

# Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF  
COMMUNITY  
MEDICINE

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



**TR14:** KHẢO SÁT NHẬN THỨC VỀ LOÉT DA DÀY - TÁ TRÀNG CỦA HỌC SINH CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

**TR44:** THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA TRẠM Y TẾ XÃ TẠI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

**TR80:** KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ CHĂM SÓC TRẺ CỦA CÔ GIÁO TẠI 3 TRƯỜNG MẦM NON HUYỆN QUẢNG XƯƠNG, TỈNH THANH HÓA NĂM 2018

**TR94:** NGHIÊN CỨU VĂN HÓA SỨC KHỎE Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ HUYỆN HÒA VANG, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2018



Số: 3 (50) tháng 05+06/2019

**ICM**  
VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

**HỘI ĐỒNG CỐ VẤN**

GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)  
GS.TS. Đỗ Tất Cường  
GS.TS. Đào Văn Dũng  
GS.TS. Đặng Tuấn Đạt  
GS.TS. Phạm Ngọc Đình  
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**

21 Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)  
Võ Thị Kim Anh  
Nguyễn Xuân Bái  
Phạm Văn Dũng  
27 Trần Văn Hưởng  
Nguyễn Văn Lành  
Hoàng Cao Sạ  
Đình Ngọc Sỹ  
34 Văn Quang Tân  
Võ Văn Thanh  
Ngô Văn Toàn  
39 Nguyễn Đức Trọng  
Nguyễn Xuân Trường  
Nguyễn Anh Tuấn  
Vũ Phong Túc  
44 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  
74 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

**MỤC LỤC**

**Nghiên cứu giải phẫu động mạch chủ ngực ở người Việt Nam trưởng thành trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính**

Đặng Nguyễn Trung An, Lê Văn Cường, Trần Minh Hoàng

3

**Nghiên cứu giải phẫu động mạch chủ bụng ở người Việt Nam trưởng thành trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính**

Đặng Nguyễn Trung An, Lê Văn Cường, Trần Minh Hoàng

9

**Khảo sát nhận thức về loét dạ dày - tá tràng của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định**

Nguyễn Thị Khánh, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Tuyết Dương

14

**Đặc điểm và nguyên nhân tai nạn thương tích của người dân tại 2 xã tỉnh Thái Bình năm 2018**

Phạm Anh Tuấn, Ngô Thị Nhu, Nguyễn Hữu Ngự, Đặng Thị Văn Quý

21

**Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình**

Bùi Thị Xuyên, Nguyễn Xuân Bái, Hoàng Thị Hòa

27

**Tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở nhóm tuổi trung niên (40-49) tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình, năm 2018**

Bùi Thanh Lịch, Đặng Bích Thủy, Vũ Phong Túc

34

**Đánh giá hệ thống giám sát bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đồng Nai năm 2018**

Lê Thị Ngọc Ánh, Phan Tân Dân,  
Đặng Văn Chính, Nguyễn Công Khanh

39

**Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại tỉnh Thái Bình năm 2017**

Phạm Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thùy Linh, Đỗ Huy Giang, Vũ Kim Dung

44

**Kiến thức về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất rượu tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình**

Ninh Thị Nhung, Đình Thị Ngọc Thủy, Trương Hồng Sơn

50

**Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm các cơ sở sản xuất rượu thủ công tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình**

Đình Thị Ngọc Thủy, Trương Hồng Sơn, Ninh Thị Nhung,  
Nguyễn Thị Hà My

57

**Hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue tại huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng**

Lê Thị Thanh Hương, Hoàng Thị Thanh Nga

63

**Kiến thức, thực hành vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018**

Cù Thu Hường, Ngô Văn Toàn

68

**Thực trạng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của điều dưỡng viên tại một số bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình năm 2018**

Lưu Đăng Duy, Nguyễn Quốc Tiến, Trần Minh Hậu, Lưu Thị Trang Ngân

74

**Kiến thức, thực hành về chăm sóc trẻ của cô giáo tại 3 trường mầm non huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa năm 2018**

Lê Thị Hà Phương, Ngô Thị Nhu, Nguyễn Thị Hiền, Đặng Thị Thu Nga

80

<b>So sánh chỉ số nhân trắc của sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định qua hai lần đo năm 2005 và năm 2016</b>	<b>85</b>
Trần Thị Kim Thục, Nguyễn Thị Tuyết Dương	
<b>Nghiên cứu văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng năm 2018</b>	<b>94</b>
Tôn Thất Thịnh, Đỗ Ích Thành, Ngô Thị Tuyết, Dương Đình Ánh, Đặng Nhật Tân, Trần Minh Huân	
<b>Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và điều kiện vệ sinh tại 3 trường mầm non huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa năm 2018</b>	<b>103</b>
Đình Thị Thu Hằng, Lê Thị Hà Phương, Ngô Thị Nhu, Đặng Thị Vân Quý	
<b>Thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên Trường Cao đẳng y tế Ninh Bình năm 2018</b>	<b>108</b>
Trần Vũ Ngọc, Phạm Văn Trọng	
<b>Thực trạng vi phạm các quy định về quảng cáo, khuyến mại thuốc lá ở các điểm bán lẻ thuốc lá tại Bình Định, Đồng Tháp và Bạc Liêu năm 2018</b>	<b>114</b>
Lê Thị Thanh Hương	
<b>Các nhân tố ảnh hưởng đến việc triển khai bảo hiểm y tế hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên</b>	<b>119</b>
Vũ Bạch Diệp, Vũ Thị Thu Huyền	
<b>Kiến thức, thực hành về an toàn vệ sinh thực phẩm của người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Bắc Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang</b>	<b>123</b>
Phùng Thế Tài, Trương Thị Thùy Dương, Trần Thị Huyền Trang	
<b>Ứng dụng phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán tế bào học các bước nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Thanh Nhân năm 2018</b>	<b>130</b>
Đào Quang Minh	
<b>Khảo sát nguy cơ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nội trú tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhân</b>	<b>134</b>
Vũ Thị Kim Định, Đào Quang Minh	
<b>Nghiên cứu mức độ cải thiện lâm sàng và chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được điều trị phục hồi chức năng hô hấp tại Bệnh viện 74 Trung ương</b>	<b>140</b>
Nguyễn Thị Thanh Liễu, Đào Quang Minh	
<b>Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm Giáo dục và Lao động xã hội Hải Phòng năm 2013</b>	<b>145</b>
Nguyễn Quang Hưng, Đào Quang Minh	
<b>Báo cáo một trường hợp phẫu thuật lấy huyết khối điều trị thiếu máu chi cấp tính do huyết khối</b>	<b>150</b>
Đào Quang Minh, Bùi Văn Bình	
<b>Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014</b>	<b>154</b>
Hoàng Minh Chính, Đào Quang Minh	
<b>Thực trạng điều kiện vệ sinh tại các nhà hàng ăn uống trên địa bàn huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng năm 2014</b>	<b>158</b>
Phạm Hồng Thắng, Đào Quang Minh	

# NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Đặng Nguyễn Trung An<sup>1</sup>, Lê Văn Cường<sup>1</sup>, Trần Minh Hoàng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát kích thước và các biến thể bình thường của động mạch chủ ngực và các nhánh ở người Việt Nam trưởng thành.

**Phương pháp:** Tiến hành đo đạc đường kính động mạch chủ ngực tại nhiều vị trí của 1102 người từ 18 đến 80 tuổi trên hình chụp cắt lớp vi tính.

**Kết quả:** Đường kính ngang trung bình và giới hạn trên bình thường của động mạch chủ ngực được ghi nhận tại mỗi vị trí. Đường kính tăng dần theo tuổi và ở nữ nhỏ hơn so với nam.

**Kết luận:** Kết quả trên đóng góp vào việc nghiên cứu hình thái học và bệnh lý động mạch chủ tại Việt Nam.

**Từ khóa:** Động mạch chủ, biến thể bình thường, cắt lớp vi tính.

## ABSTRACT:

### STUDY OF THE ANATOMY OF THE THORACIC AORTA IN THE VIETNAMESE ADULT USING COMPUTED TOMOGRAPHY

**Purpose:** To study of the thoracic aortic diameter and normal variant of thoracic aorta and its branches in Vietnamese adult.

**Methods:** Thoracic aortic diameter of 1102 patients from 18 to 80 ages was recorded at multiple locations using computed tomography.

**Results:** Mean AD and upper limits of normal for men and women were recorded for each location. The aortic diameter progressively increased in caliber with increasing age of the patients and was smaller in women than men.

**Conclusions:** The result of study is basic for other morphological and pathological studies of the Thoracic Aorta in Vietnamese population.

**Keywords:** Aorta, normal variant, computed tomography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch chủ ngực đóng vai trò quan trọng trong việc cấp máu cho vùng đầu mặt cổ và chi trên. Những biến thể của động mạch chủ ngực và các nhánh có thể gây khó khăn cho các phẫu thuật viên khi can thiệp vào động mạch và các thành phần liên quan. Việc nắm vững đặc điểm giải phẫu của động mạch chủ ngực sẽ giúp các phẫu thuật viên lồng ngực – mạch máu, các bác sĩ can thiệp tim mạch, thần kinh có thể tiên lượng và lên kế hoạch điều trị. Trên thế giới, đặc điểm giải phẫu và các biến thể của động mạch chủ ngực đã được nghiên cứu rất nhiều. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu giải phẫu động mạch chủ ngực ở người Việt Nam trưởng thành trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính nhằm cung cấp thêm số liệu tham khảo cho các bác sĩ giải phẫu người, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật tim mạch, thần kinh,...

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu trên 1102 bệnh nhân, bao gồm 611 nam và 491 nữ, được chụp cắt lớp vi tính có tiêm chất cản quang, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại học Y Dược và Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2016 đến tháng 05/2018.

### 2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính có tiêm chất cản quang vì bệnh lý không liên quan đến động mạch chủ trong thời gian nghiên cứu.

### 2.4. Tiêu chuẩn loại mẫu

- Bệnh nhân có các biến dạng cột sống đi kèm như gù, vẹo,... làm thay đổi tương quan giữa động mạch chủ và các đốt sống.

## 1. Đại học Y Dược TP HCM

- Bệnh nhân có các tổn thương chèn ép, xâm lấn vào động mạch chủ.

- Bệnh nhân có các bệnh lý của động mạch chủ trong quá trình thu thập số liệu: phình động mạch chủ, bóc tách động mạch chủ, ...

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 1102 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi

tính, bao gồm 611 nam, 491 nữ; chúng tôi ghi nhận được những kết quả như sau:

#### 3.1. Tuổi

Độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là  $47,04 \pm 11,13$ ; thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Các khoảng tuổi được trình bày trong bảng 1. Trong đó, có 1010 (91,7%) trường hợp dưới 60 tuổi và 92 (8,3%) trường hợp trên 60 tuổi.

**Bảng 1: Phân bố các nhóm tuổi trong nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Phần trăm (%)
18 – 20 tuổi	8	0,7
21 – 30 tuổi	87	7,9
31 – 40 tuổi	198	18,0
41 – 50 tuổi	349	31,7
51 – 60 tuổi	368	33,4
61 – 70 tuổi	72	6,5
71 – 80 tuổi	20	1,8

#### 3.2. Đoạn thứ nhất của động mạch chủ ngực

Đoạn thứ nhất của động mạch chủ chạy từ van động mạch chủ đến chỗ cho nhánh thân động mạch cánh tay đầu. Đoạn này có đặc điểm sau:

- Đường kính ngay trên van động mạch chủ:  $284,43$

$\pm 15,83$  mm

- Chiều dài:  $71,00 \pm 3,30$  mm

- Đường kính ngay trước khi cho nhánh thân động mạch cánh tay đầu:  $269,83 \pm 15,52$  mm

**Bảng 2: Đốt sống tương ứng với vị trí bắt đầu và kết thúc của đoạn thứ nhất**

Đốt sống	Số trường hợp	Phần trăm (%)
<b>Bắt đầu đoạn thứ nhất</b>		
Ngực thứ VI	284	25,8
Ngực thứ VII	794	72,1
Ngực thứ VIII	24	2,2
<b>Kết thúc đoạn thứ nhất</b>		
Ngực thứ III	7	0,6
Ngực thứ IV	1071	97,2
Ngực thứ V	24	2,2

**3.3. Đoạn thứ hai của động mạch chủ ngực**

Đoạn thứ hai của động mạch chủ tương ứng với cung động mạch chủ, bắt đầu từ khi động mạch chủ cho nhánh thân động mạch cánh tay đầu đến khi cho nhánh động mạch dưới đòn trái. Đoạn này có đặc điểm sau:

- Đường kính ngay sau khi cho nhánh động mạch dưới đòn trái:  $240,15 \pm 12,58$  mm
- Chiều dài:  $24,75 \pm 2,13$  mm
- Vị trí tương đối của đoạn thứ hai động mạch chủ ngực được trình bày trong bảng 3.

**Bảng 3: Vị trí tương đối của đoạn thứ hai động mạch chủ ngực**

Đốt sống	Số trường hợp	Phần trăm (%)
<b>Điểm cao nhất</b>		
Ngực thứ III	755	68,5
Ngực thứ IV	343	31,1
Ngực thứ V	4	0,4
<b>Kết thúc đoạn thứ hai</b>		
Ngực thứ IV	672	61,0
Ngực thứ V	421	38,2
Ngực thứ VI	9	0,8

**3.4. Đoạn thứ ba của động mạch chủ ngực**

Đoạn thứ ba của động mạch bắt đầu ngay sau lỗ động mạch dưới đòn trái và tận cùng tại lỗ động mạch chủ của cơ hoành. Đoạn này có đặc điểm sau:

- hoành ở ngang mức đốt sống ngực D12.
- Chiều dài:  $218,45 \pm 9,16$  mm.
- Đường kính khi đi qua lỗ cơ hoành:  $191,29 \pm 14,24$  mm.
- Đường kính động mạch chủ ngực tương ứng với các thân đốt sống được trình bày ở bảng 4.

- Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy động mạch chủ ngực tận cùng khi đi qua lỗ cơ

**Bảng 4: Đường kính của động mạch chủ ngực tương ứng với các đốt sống**

Đốt sống	Lớn nhất (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn
Ngực thứ VII	261	153	205,88	15,00
Ngực thứ VIII	264	154	202,27	14,65
Ngực thứ IX	253	152	199,04	14,43
Ngực thứ X	251	150	196,12	14,43
Ngực thứ XI	247	146	193,40	14,24

**3.5. Biến đổi về phân nhánh của cung động mạch chủ**

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận:

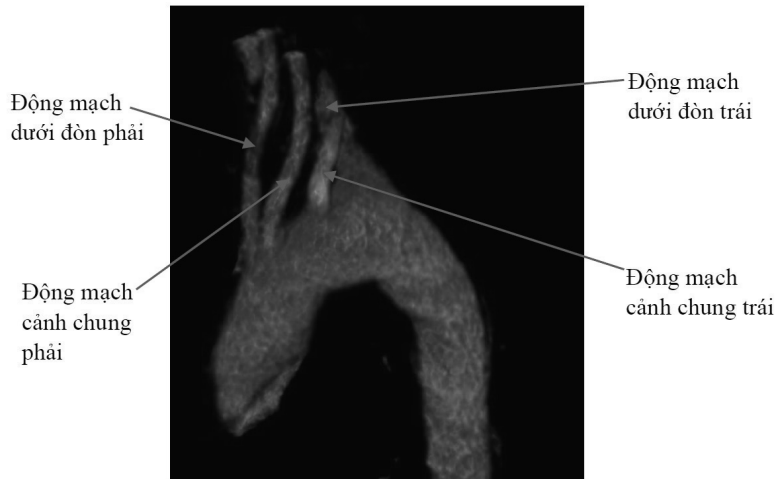
- 9 (0,82%) trường hợp cung động mạch chủ cho hai nhánh: nhánh đầu tiên là thân chung của thân động mạch

cánh tay đầu và động mạch cánh chung trái, nhánh thứ hai là động mạch dưới đòn trái.

- 1 (0,09%) trường hợp động mạch dưới đòn phải xuất phát trực tiếp từ cung động mạch chủ.



**Hình 1: Trường hợp động mạch dưới đòn phải xuất phát trực tiếp từ cung động mạch chủ**



(Nguồn: Tư liệu nghiên cứu - mã nghiên cứu: N14-0323471)

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Độ tuổi trong nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là  $47,04 \pm 11,13$  tuổi; thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Như vậy, độ tuổi trong mẫu nghiên cứu trải dài đầy đủ ở tất cả nhóm tuổi.

Tuy nhiên, chỉ có 92 (8,3%) trường hợp bệnh nhân

trên 60 tuổi. Đây cũng là giới hạn của đề tài vì theo Tổ chức Y tế thế giới[8], người cao tuổi là nhóm người trên 60 tuổi. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân này có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh lý của động mạch chủ như xơ vữa động mạch, phình, bóc tách động mạch chủ[9].

##### 4.2. Đường kính động mạch chủ ngực và giới tính

Đường kính động mạch chủ ngực ở nam giới lớn hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ) (Bảng 5). Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tuấn Vũ[5], McComb[4], Turkbey[7], ...

**Bảng 5: So sánh đường kính chủ ngực ở nam và nữ**

Vị trí	Nam (mm)	Nữ (mm)
Ngay trên van động mạch chủ	$287,06 \pm 15,00$	$281,16 \pm 16,24$
Ngay sau thân cánh tay đầu	$258,22 \pm 12,94$	$252,75 \pm 13,95$
Ngay sau động mạch dưới đòn trái	$243,04 \pm 12,26$	$236,56 \pm 12,05$
Ngay lỗ cơ hoành	$195,56 \pm 14,13$	$185,97 \pm 12,84$

##### 4.3. Đường kính động mạch chủ ngực phân theo lớp tuổi

Đường kính động mạch chủ ngực tăng dần theo tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi từ 18 đến 30 tuổi có đường kính động mạch chủ ngực nhỏ nhất; sau đó tăng

dần theo tuổi và đạt kích thước lớn nhất ở độ tuổi 71 – 80 tuổi. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Vũ[5], Turkbey[7], Mao[3] cho rằng đường kính động mạch chủ tăng dần theo tuổi do động mạch chủ giảm tính đàn hồi, xơ vữa và dày lớp nội mạc.

**Bảng 6: Đường kính động mạch chủ ngực theo tuổi**

Vị trí/Độ tuổi	18 – 30 (n = 95)	31 – 40 (n = 198)	41 – 50 (n = 349)	51 – 60 (n = 368)	61 – 70 (n = 72)	71 – 80 (n = 20)
Ngay trên van động mạch chủ	268,78 ± 13,69	275,88 ± 14,46	284,06 ± 13,21	290,12 ± 11,99	296,35 ± 19,39	302,45 ± 23,49
Ngay sau thân cánh tay đầu	242,46 ± 12,57	247,88 ± 12,80	255,17 ± 11,03	261,26 ± 10,78	266,04 ± 16,04	270,15 ± 12,99
Ngay sau động mạch dưới đòn trái	228,05 ± 11,86	234,20 ± 12,54	240,18 ± 10,76	244,30 ± 9,85	247,31 ± 14,75	254,00 ± 14,55
Ngay lỗ cơ hoành	175,84 ± 11,43	182,77 ± 11,52	190,22 ± 11,00	196,98 ± 10,79	205,63 ± 17,55	211,35 ± 17,61

**4.4. Chiều dài các đoạn của động mạch chủ ngực và vị trí tương đối so với đốt sống**

Đoạn thứ ba của động mạch chủ ngực có chiều dài lớn nhất là 218,45 ± 9,16 mm. Và đoạn thứ hai là đoạn ngắn nhất, với kích thước là 24,75 ± 2,13 mm. Trong khi đó, điểm cao nhất của cung động mạch chủ tương ứng mức thân đốt sống ngực T3 và T4.

**4.5. Biến đổi về phân nhánh của cung động mạch chủ**

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 2 dạng biến thể của các nhánh xuất phát từ cung động mạch chủ:

- 9 (0,82%) trường hợp cung động mạch chủ cho hai nhánh: nhánh đầu tiên là thân chung của thân động mạch cánh tay đầu và động mạch cảnh chung trái, nhánh thứ hai là động mạch dưới đòn trái.

- 1 (0,09%) trường hợp động mạch dưới đòn phải xuất phát trực tiếp từ cung động mạch chủ.

Theo Lale[2], Dumfarth[1], Qiu[6], các thay đổi về sự phân nhánh của cung động mạch chủ đóng vai trò

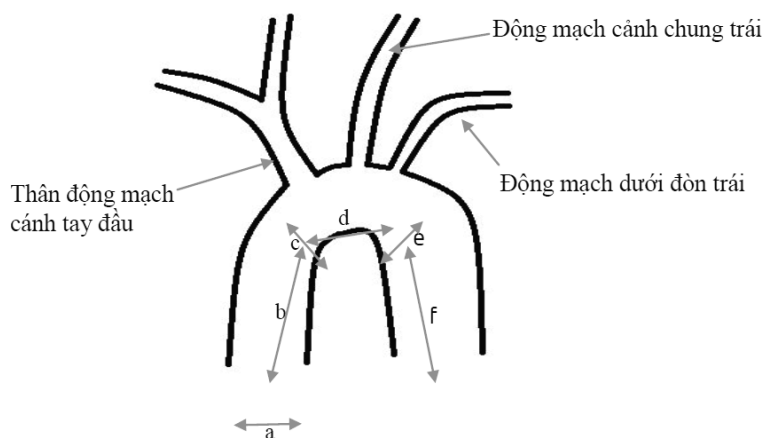
quan trọng trong việc lên kế hoạch phẫu thuật hay can thiệp nội mạch. Hầu hết các tác giả đều ghi nhận biến thể “*cung đầu bò - bovine arch*” là dạng thường gặp nhất. Ở dạng này, động mạch cảnh chung trái xuất phát từ thân động mạch cánh tay đầu. Ngoài ra, những biến thể thường gặp của sự phân nhánh của cung động mạch chủ đó là [6,2,1]: động mạch dưới đòn phải xuất phát từ cung động mạch chủ, động mạch đốt sống xuất phát từ cung động mạch chủ.

**V. KẾT LUẬN**

Đường kính động mạch chủ ngực tăng dần theo tuổi và đường kính động mạch ở nam lớn hơn ở nữ. Có sự biến đổi về sự phân nhánh của cung động mạch chủ. Trong đó, biến thể thường gặp nhất là dạng động mạch động mạch cảnh chung trái xuất phát từ thân động mạch cánh tay đầu.

Các đặc điểm của cung động mạch chủ được trình bày ở hình 2.

**Hình 2: Các kích thước của động mạch chủ ngực**





a: đường kính ngay trên van động mạch chủ (284,43 ± 15,83 mm), b: chiều dài đoạn thứ nhất (71,00 ± 3,30 mm), c: đường kính ngay trước khi cho nhánh thân động mạch cánh tay đầu (269,83 ± 15,52 mm), d: chiều dài đoạn thứ hai (24,75 ± 2,13 mm), e: đường kính ngay sau khi cho nhánh động mạch dưới đòn trái (240,15 ± 12,58 mm), f: chiều dài đoạn thứ 3 (218,45 ± 9,16 mm)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dumfarth J, Chou AS, Ziganshin BA, et al (2015), *Atypical aortic arch branching variants: A novel marker for thoracic aortic disease*, J Thorac Cardiovasc Surg., 149(6), pp: 1586-1592.
2. Lale P, Toprak U, Yagız G, et al (2014), *Variations in the Branching Pattern of the Aortic Arch Detected with Computerized Tomography Angiography*, Advances in Radiology, Volume 2014, Article ID 969728, 6 pages.
3. Mao SS, Ahmadi N, Shah B, et al (2008), *Normal thoracic aorta diameter on cardiac computed tomography in healthy asymptomatic adults: impact of age and gender*, Acad Radiol., 15(7), pp 827-834
4. McComb BL, Munden RF, Duan F, et al (2016), *Normative reference values of thoracic aortic diameter in American College of Radiology Imaging Network (ACRIN 6654) arm of National Lung Screening Trial*, Clin Imaging, 40(5), pp: 936-943
5. Nguyễn Tuấn Vũ, Phan Thanh Hải, Đặng Vạn Phước (2003), *Nghiên cứu kích thước bình thường của động mạch chủ ngực ở người Việt Nam*, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 7(1), trang 88-92.
6. Qiu Y, Wu X, Zhuang Z, et al (2018), *Anatomical variations of the aortic arch branches in a sample of Chinese cadavers: embryological basis and literature review*, Interact Cardiovasc Thorac Surg., doi: 10.1093/icvts/ivy296.
7. Turkbey EB, Jain A, Johnson C, et al (2014), *Determinants and normal values of ascending aortic diameter by age, gender, and race/ethnicity in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)*, J Magn Reson Imaging, 39(2), pp 360-368.
8. Ủy ban Thường vụ Quốc hội (2000). Người cao tuổi. Pháp lệnh số 23/2000/PL-UBTVQH 10 ngày 28/4/2000
9. Văn Tàn, Hồ Nam, Lê Nữ Hòa Hiệp và cs (2004), *Phình động mạch chủ ở người Việt Nam: chỉ định điều trị, phẫu thuật và kết quả*, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 8(1), trang 521 – 534.

# NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Đặng Nguyễn Trung An<sup>1</sup>, Lê Văn Cường<sup>1</sup>, Trần Minh Hoàng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát kích thước và các biến thể bình thường của động mạch chủ bụng và các nhánh ở người Việt Nam trưởng thành.

**Phương pháp:** Tiến hành đo đạc đường kính động mạch chủ bụng tại nhiều vị trí của 1102 người từ 18 đến 80 tuổi trên hình chụp cắt lớp vi tính.

**Kết quả:** Đường kính ngang trung bình và giới hạn trên bình thường của động mạch chủ bụng được ghi nhận tại mỗi vị trí. Đường kính tăng dần theo tuổi và ở nữ nhỏ hơn so với nam.

**Kết luận:** Kết quả trên đóng góp vào việc nghiên cứu hình thái học và bệnh lý động mạch chủ tại Việt Nam.

**Từ khóa:** Động mạch chủ, biến thể bình thường, cắt lớp vi tính.

## ABSTRACT:

**STUDY OF THE ANATOMY OF THE ABDOMINAL AORTA IN THE VIETNAMESE ADULT USING COMPUTED TOMOGRAPHY**

**Purpose:** To study of the abdominal aortic diameter and normal variant of abdominal aorta and its branches in Vietnamese adult.

**Methods:** Abdominal aortic diameter of 1102 patients from 18 to 80 ages was recorded at multiple locations using computed tomography.

**Results:** Mean AD and upper limits of normal for men and women were recorded for each location. The aortic diameter progressively increased in caliber with increasing age of the patients and was smaller in women than men.

**Conclusions:** The result of study is basic for other morphological and pathological studies of the Thoracic Aorta in Vietnamese population.

**Keywords:** Aorta, normal variant, computed tomography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc biết được đường kính bình thường của động mạch chủ bụng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định có phình động mạch chủ bụng hay không. Có nhiều tác giả đề xuất các định nghĩa phình động mạch chủ bụng khác nhau. Trong đó, phình động mạch chủ bụng được định nghĩa khi đường kính động mạch chủ bụng lớn hơn 30 mm được chấp nhận nhiều nhất[6]. Tuy nhiên, cũng có tác giả đề nghị phình động mạch chủ bụng phải được định nghĩa dựa trên đường kính động mạch chủ bụng đoạn trên thận. Theo Hội Phẫu thuật tim mạch thế giới, phình động mạch chủ bụng khi đường kính động mạch chủ bụng lớn hơn 1,5 lần kỳ vọng của động mạch chủ bụng đoạn trên thận[2].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đường kính của động mạch chủ bụng nhằm đưa ra những giá trị tham khảo của một nhóm dân số cụ thể. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu giải phẫu động mạch chủ bụng ở người Việt Nam trưởng thành trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính nhằm cung cấp thêm số liệu tham khảo cho các bác sĩ giải phẫu người, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật tim - mạch.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu trên 1102 bệnh nhân, bao gồm 611 nam và 491 nữ, được chụp cắt lớp vi tính có tiêm chất cản quang, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại học Y Dược và Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2016 đến tháng 05/2018

### 2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính có tiêm chất cản quang vì bệnh lý không liên quan đến động mạch chủ trong thời gian nghiên cứu.

## 1. Đại học Y Dược TP HCM

#### 2.4. Tiêu chuẩn loại mẫu

- Bệnh nhân có các biến dạng cột sống đi kèm như gù, vẹo,... làm thay đổi tương quan giữa động mạch chủ và các đốt sống.

- Bệnh nhân có các tổn thương chèn ép, xâm lấn vào động mạch chủ.

- Bệnh nhân có các bệnh lý của động mạch chủ trong quá trình thu thập số liệu: phình động mạch chủ, bóc tách động mạch chủ,...

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 1102 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính, bao gồm 611 nam, 491 nữ; chúng tôi ghi nhận được những kết quả như sau:

#### 3.1. Tuổi

Độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là  $47,04 \pm 11,13$ ; thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Các khoảng tuổi được trình bày trong bảng 1. Trong đó, có 1010 (91,7%) trường hợp dưới 60 tuổi và 92 (8,3%) trường hợp trên 60 tuổi.

**Bảng 1: Phân bố các nhóm tuổi trong nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Phần trăm (%)
18 – 20 tuổi	8	0,7
21 – 30 tuổi	87	7,9
31 – 40 tuổi	198	18,0
41 – 50 tuổi	349	31,7
51 – 60 tuổi	368	33,4
61 – 70 tuổi	72	6,5
71 – 80 tuổi	20	1,8

#### 3.2. Vị trí đi qua lỗ cơ hoành và tận cùng của động mạch chủ bụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp động mạch chủ bụng đều đi qua lỗ cơ hoành ở ngang mức đốt sống ngực D12 và chia đôi ngang mức đốt sống thắt

lưng L4.

#### 3.3. Vị trí xuất phát của các nhánh

Vị trí xuất phát của các động mạch thân tạng, động mạch thận, động mạch mạc treo tràng trên và động mạch mạc treo tràng dưới được trình bày trong bảng 2.

**Bảng 2: Vị trí xuất phát của các nhánh từ động mạch chủ bụng**

Đốt sống	ĐM thân tạng	ĐM mạc treo tràng trên	ĐM thận phải	ĐM thận trái	ĐM mạc treo tràng dưới
D11			2 (0,2%)		
D12	606 (55,0%)	20 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
L1	496 (45,0%)	1042 (94,6%)	503 (45,6%)	421 (38,3%)	
L2		40 (3,6%)	595 (54,0%)	678 (61,4%)	
L3			2 (0,2%)	3 (0,3%)	1076 (97,6%)
L4					23 (2,4%)

Trong đó, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp động mạch thận phải xuất phát từ động mạch chủ ngực, ngang mức D11.

Hình 1: Động mạch thận phải xuất phát từ động mạch chủ ngực, ngang mức D11



**3.4. Đường kính động mạch chủ bụng tương ứng với các đốt sống**

Đường kính động mạch chủ bụng tương ứng với các

đốt sống được trình bày trong bảng 3. Trong đó, chúng tôi ghi nhận đường kính động mạch chủ bụng nhỏ dần cho đến khi cho nhánh động mạch chậu chung.

Bảng 3: Đường kính của động mạch chủ bụng tương ứng với các đốt sống

Đốt sống	Lớn nhất (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn
Thắt lưng thứ I	22,10	13,40	17,49	1,36
Thắt lưng thứ II	20,60	12,40	15,70	1,19
Thắt lưng thứ III	18,80	10,80	14,77	1,11
Thắt lưng thứ IV	18,00	11,20	14,00	1,09

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Độ tuổi trong nghiên cứu**

Độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 47,04 ± 11,13 tuổi; thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Như vậy, độ tuổi trong mẫu nghiên cứu trải dài đầy đủ ở tất cả nhóm tuổi.

Tuy nhiên, chỉ có 92 (8,3%) trường hợp bệnh nhân trên 60 tuổi. Đây cũng là giới hạn của đề tài vì theo Tổ chức Y tế thế giới, người cao tuổi là nhóm người trên 60 tuổi. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân này có nhiều yếu tố nguy

ơ bệnh lý của động mạch chủ như xơ vữa động mạch, phình, bóc tách động mạch chủ.

**4.2. Đường kính động mạch chủ bụng và giới tính**

Đường kính động mạch chủ bụng ở nam giới lớn hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,000) (Bảng 4). Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Joh và cộng sự [1] cho rằng đường kính động mạch chủ bụng đoạn trên động mạch thận ở nam (19,0 mm) lớn hơn ở nữ (17,9 mm); hay nghiên cứu của Ouriel và cộng sự [4] với đường kính động mạch chủ trung bình ở nam là 23 mm và ở nữ là 19 mm.

Bảng 4: So sánh đường kính chủ ngực ở nam và nữ

Vị trí	Nam (mm)	Nữ (mm)
Thắt lưng thứ I	17,95 ± 1,27	16,90 ± 1,24
Thắt lưng thứ II	16,13 ± 1,16	15,16 ± 1,01
Thắt lưng thứ III	15,17 ± 1,09	14,26 ± 0,91
Thắt lưng thứ IV	14,38 ± 1,08	13,54 ± 0,91



### 4.3. Đường kính động mạch chủ bụng phân theo lớp tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường kính động mạch chủ bụng tăng dần theo tuổi. Trong đó, đường kính động mạch chủ bụng nhỏ nhất ở giai đoạn 18 đến 30 tuổi. Sau đó, đường kính động mạch tăng dần, đạt kích thước

lớn nhất ở độ tuổi 71 đến 80.

Trong nghiên cứu của những tác giả khác[4,1,3] đều cho rằng đường kính động mạch chủ bụng tăng theo tuổi. Điều này có thể do các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, thay đổi cấu trúc của thành mạch, giảm sự đàn hồi của thành mạch.

**Bảng 6: Đường kính động mạch chủ ngực theo tuổi**

Vị trí/Độ tuổi	18 - 30 (n = 95)	31 - 40 (n = 198)	41 - 50 (n = 349)	51 - 60 (n = 368)	61 - 70 (n = 72)	71 - 80 (n = 20)
Đốt sống L1	16,27 ± 1,22	16,76 ± 1,29	17,51 ± 1,15	17,86 ± 1,12	18,69 ± 1,52	18,88 ± 1,52
Đốt sống L2	14,76 ± 1,02	15,22 ± 1,18	15,66 ± 0,99	15,91 ± 0,93	16,92 ± 1,63	17,29 ± 1,62
Đốt sống L3	13,97 ± 0,95	14,45 ± 1,89	14,73 ± 0,98	14,96 ± 0,90	15,63 ± 1,42	15,70 ± 1,51
Đốt sống L4	13,27 ± 0,97	13,73 ± 1,12	14,00 ± 1,00	14,18 ± 0,94	14,61 ± 1,45	14,69 ± 1,51

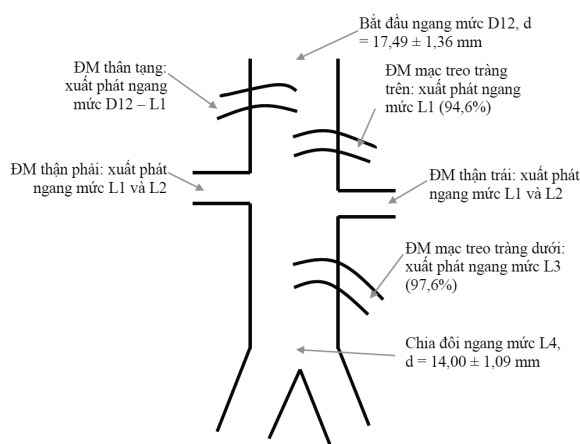
### 4.4. Sự phân nhánh của động mạch chủ bụng

Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi ghi nhận:

- Động mạch thân tạng thường xuất phát từ động mạch chủ bụng ở ngang mức đốt sống D12 và L1.
- Động mạch mạc treo tràng trên thường xuất phát từ động mạch chủ bụng ở ngang mức đốt sống L1 (94,6%).
- Động mạch thận thường xuất phát từ động mạch chủ bụng ở ngang mức đốt sống L1 và L2.
- Động mạch mạc treo tràng dưới thường xuất phát từ động mạch chủ bụng ở ngang mức đốt sống L3 (97,6%).

Chúng tôi cũng ghi nhận 2 (0,2%) trường hợp động mạch thận phải xuất phát từ động mạch chủ ngực, ở ngang mức D11. Trong nghiên cứu của Patel và cộng sự[5] cũng ghi nhận 2 trường hợp động mạch thận phải xuất phát từ động mạch chủ ngực ở ngang mức D11 và D12. Việc nắm vững các biến thể có thể giúp các phẫu thuật viên hạn chế tổn thương các động mạch trong các phẫu thuật lấy thận từ người cho hay trong các thủ thuật chụp mạch máu số hóa xóa nền động mạch thận.

**Hình 2: Các kích thước của động mạch chủ bụng và vị trí các nhánh**



## V. KẾT LUẬN

Đường kính động mạch chủ bụng tăng dần theo tuổi và giảm dần theo các đốt sống. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, động mạch chủ bụng đều bắt đầu ngang mức đốt sống D12 và chia đôi ngang mức đốt

sống L4.

Có 2 (0,2%) trường hợp động mạch thận phải xuất phát từ động mạch chủ ngực ngang mức D11.

Các kích thước của động mạch chủ bụng được trình bày trong hình 2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joh JH, Ahn HJ, Park HC (2013), *Reference diameters of the abdominal aorta and iliac arteries in the Korean population*, Yonsei Med J., 54(1), pp 48-54
2. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. *Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. Subcommittee on Reporting Standards for Arterial Aneurysms, Ad Hoc Committee on Reporting Standards, Society for Vascular Surgery and North American Chapter, International Society for Cardiovascular Surgery.* J Vasc Surg 1991;13:452-8
3. Länne T, Sonesson B, Bergqvist D, et al (1992), *Diameter and compliance in the male human abdominal aorta: influence of age and aortic aneurysm*, Eur J Vasc Surg., 6(2), pp 178-84.
4. Ouriel K, Green RM, Donayre C, et al (1992), *An evaluation of new methods of expressing aortic aneurysm size: relationship to rupture*, J Vasc Surg., 15(1), pp 12-8.
5. Patel K, Gandhi S, Modi P (2016), *Unusual Origin of Right Renal Artery: A Report of Two Cases*, J Clin Diagn Res., 10(5): TJ03–TJ04.
6. Wanhainen A. *How to define an abdominal aortic aneurysm--influence on epidemiology and clinical practice.* Scand J Surg 2008;97:105-9



# KHẢO SÁT NHẬN THỨC VỀ LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG CỦA HỌC SINH CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Khánh<sup>1</sup>, Phạm Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tuyết Dương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng nhận thức về loét dạ dày - tá tràng (dd-tt) của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định.

**Phương pháp nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu:** Lựa chọn các em học sinh tại các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định, đồng ý tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi khảo sát nhận thức của các em về bệnh loét dạ dày – tá tràng.

**Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 12 năm 2018 trên tổng số 404 học sinh được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên phân tầng từ các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định.

**Kết quả nghiên cứu:** Độ tuổi trung bình của 404 học sinh tham gia là  $14,75 \pm 1,163$ . Kết quả cho thấy 37,9% học sinh nhận thức tốt về viêm loét dd-tt; 20,8% nhận thức rất tốt. 14% học sinh tham gia xác nhận có dấu hiệu của bệnh loét DD – TT; 91,8% chọn giải pháp nói với cha, mẹ hoặc người thân để được đưa đi khám bác sỹ nếu có những biểu hiện của bệnh.

**Từ khóa:** Nhận thức, loét dạ dày- tá tràng, trẻ em.

## SUMMARY:

### PEPTIC ULCER PERCEPTION SURVEY AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN NAM DINH CITY

**Objective:** Survey on peptic ulcer perception among secondary school students on Nam Dinh city.

**Methods:** Cross sectional design was implemented on 404 secondary school students in Nam Dinh city, using stratified random sampling, from February to December, 2018.

**Results:** Mean age of 404 participants was  $14,75 \pm 1,163$ . The results showed that 37,9% participants has good peptic ulcer perception, 20,8% very good perception. 14% students identified they had signs of peptic ulcer; 91,8% chose talk with their parents or their family member who can help them health checking in case having symptoms of peptic ulcer.

**Key words:** Perception, peptic ulcer, children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dd - tt là bệnh khá phổ biến trong cộng đồng chiếm khoảng 10% dân số ở nhiều quốc gia. Đây là bệnh mạn tính, diễn biến có chu kỳ, hay tái phát và dễ gây biến chứng nguy hiểm như chảy máu, thủng dạ dày, ung thư dạ dày... Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và công việc, làm giảm sút sức lao động của toàn xã hội.

Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 4 triệu người bị ảnh hưởng bởi căn bệnh này (1). Trong đó có 10 – 20% người bệnh đã gặp phải các biến chứng, đặc biệt thủng ổ loét (chiếm 2 – 14%), đe dọa cuộc sống, thậm chí cướp đi tính mạng của người bệnh (tỷ lệ tử vong 10 – 40%) (8). Ở các nước đang phát triển ước tính tỷ lệ bệnh là 10%, mỗi năm tăng khoảng 0,2% (1). Có khoảng ¼ dân số Việt Nam bị viêm loét dd – tt, chiếm 16% và đứng đầu trong tổng số các ca phẫu thuật bệnh lý ở đường tiêu hoá mỗi năm (1).

Hiện nay bệnh lý về dạ dày không còn là “bệnh độc quyền” ở lứa tuổi trưởng thành nữa (3). Trên thế giới có nhiều thống kê về viêm loét dạ dày ở trẻ em, tỷ lệ mắc bệnh chênh lệch nhiều ở các khu vực khác nhau. Khảo sát tại một số nước châu Âu cho thấy tỷ lệ trẻ mắc bệnh là 8,1%, ở Nga là 35%, ở Israel là 22,5%, ở Italy là 3,4%. Tại

## 1. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

» Ngày nhận bài: 14/03/2019 | » Ngày phản biện: 22/03/2019 | Ngày duyệt đăng: 27/03/2019

một số nước châu Á như ở Trung Quốc tỷ lệ trẻ mắc bệnh là 6,9%, Đài Loan là 5,4% (6).

Trong khi tỷ lệ viêm loét dd – tt cao trong cộng đồng thì nhận thức thực sự của người dân về căn bệnh này như thế nào. Nghiên cứu của Padmavathi et al. (10) tại Ấn Độ cho thấy 34% người tham gia có nhận thức kém (<40%) về viêm, loét dd – tt. Nhận thức về yếu tố nguy cơ, dấu hiệu và triệu chứng, biến chứng của bệnh tương ứng 5,82; 3,76 và 0,82. Nghiên cứu can thiệp của Nguyễn Thị Lệ Thủy, Trần Hữu Hiếu, và Vũ Ngọc Anh (2017) cho thấy người bệnh phẫu thuật thủng ổ loét dd – tt có nhận thức chưa cao về phòng tái phát loét dd – tt (7,2 điểm trên tổng số 20 điểm). Cụ thể là nhận thức đúng về giới, độ tuổi hay mắc loét dd – tt là 14% và 12%. Chỉ có 6% người bệnh nhận thức đúng về con đường lây nhiễm HP. Tác giả Dương Thị Hương (2017) tìm hiểu nhận thức phòng loét dd – tt trên người bệnh cho thấy độ tuổi mắc loét dd – tt là tương đối trẻ (dưới 40 tuổi). Kết quả của một nghiên cứu khác cũng cho thấy người tham gia vẫn còn những hạn chế trong nhận thức về các yếu tố kích thích gây hại dạ dày, chế độ ăn và sử dụng thuốc để phòng bệnh tái phát (50 – 75% người bệnh nhận thức chưa phù hợp) (4)

Học sinh trung học cơ sở là đối tượng có nguy cơ cao viêm loét dd-tt bởi áp lực học hành, thi cử. Để tìm hiểu nhận thức về bệnh, giảm được tỷ lệ viêm loét dd-tt trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát thực trạng nhận thức về loét dạ dày – tá tràng của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Đối tượng nghiên cứu: Là học sinh, tại các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định, đồng ý tham gia nghiên cứu. Thời gian từ 02 – 12/2018 tại thành phố Nam Định.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang để mô tả nhận thức về bệnh loét dạ dày – tá tràng ở trẻ em tại các trường THCS trên địa bàn thành phố Nam Định.

Với các chỉ số nghiên cứu chính bao gồm: Điều tra

phần trăm về giới, nhận thức về nguyên nhân, hậu quả và cách phòng tránh...

### 2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

\* Áp dụng công thức

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

n là số lượng trẻ em.

$Z_{\alpha/2}$  là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị  $\alpha$ ; trong nghiên cứu này lấy  $\alpha = 0,05$  với  $Z = 1,96$ .

p: lựa chọn  $p = q = 0,5$

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ bệnh thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P), trong nghiên cứu này chọn  $d = 0,05$ .

Thay vào công thức trên tính được  $n = 385$  em. Ước tính có 5% đối tượng có thể từ chối tham gia, do đó cỡ mẫu cần thiết là 404 em.

\* Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp ngẫu nhiên phân tầng

### 2.2.3. Bộ câu hỏi thu thập số liệu

Bộ câu hỏi gồm 3 phần: phần 1, nhận thức chung về bệnh loét DD – TT; phần 2, nhận thức về dự phòng bệnh viêm loét DD – TT (3 câu); phần 3 gồm câu 17 (thăm dò và thống kê sơ bộ), câu 18 (thăm dò hành vi dự định).

Cách tính điểm: Mỗi câu trả lời đúng được 1,0 điểm; trả lời sai: 0 điểm

Tổng điểm tối đa là 48 điểm. Áp dụng phân loại nhận thức trong nghiên cứu của Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al tại Bangalore Ấn độ, phân loại nhận thức gồm 4 mức: kém, trung bình, tốt và rất tốt (2013).

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS trước khi đưa vào phân tích.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Nam Định tham gia nghiên cứu là 14,75, độ lệch chuẩn: 1.163. Tỷ lệ tham gia cao nhất là học sinh khối lớp 9 và thấp nhất là khối lớp 7.

Phân bố về tỷ lệ giới tính trong nhóm nghiên cứu là: nam chiếm tỷ lệ 52%, nữ là 48%.





**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi**

Khối lớp	Tổng	
	Số lượng	%
Khối lớp 6	111	27,5
Khối lớp 7	65	16,1
Khối lớp 8	109	27
Khối lớp 9	119	29,5
<b>Tổng</b>	<b>404</b>	<b>100</b>

Có sự khác biệt về độ tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu với các nghiên cứu trước đó. Độ tuổi trung bình 14,75 (khoảng 12-16) cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác  $10,17 \pm 4,03$  (9),  $8,6 \pm 3,8$  (7).

Sự khác biệt này là do khi nghiên cứu tìm hiểu về nhận thức của lứa tuổi học đường về bệnh lý dạ dày, tá tràng, một vấn đề đang xuất hiện nhiều và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt của trẻ em, nhà nghiên

cứu quan tâm đến lứa tuổi là học sinh trung học cơ sở. Chính lứa tuổi này các em đang bắt đầu làm quen, có những tìm hiểu về cơ thể mình và những áp lực tâm lý được xem là một trong những nguyên nhân dẫn đến bệnh lý này.

### 3.2. Nhận thức về viêm loét dạ dày - tá tràng

**3.2.1. Nhận thức chung về độ tuổi, giới tính có nguy cơ bị viêm loét dạ dày - tá tràng**

**Bảng 2. Nhận thức chung về độ tuổi, giới tính có nguy cơ bị viêm loét dạ dày - tá tràng**

Nhận thức	Tần số (tỷ lệ)	
	Đúng	Sai
Độ tuổi	389 (96,3)	15 (3,7)
Giới tính	389 (96,3)	15 (3,7)

Có 96,3% học sinh tham gia trả lời đúng về độ tuổi và giới tính người có nguy cơ bị viêm loét dạ dày – tá tràng. Không có nhiều nghiên cứu đề cập đến nội dung này. Để giúp các em có được những nhận thức cơ bản để phòng bệnh thì yếu tố giới tính cũng là một nội dung

cần quan tâm. Tỷ lệ trả lời đúng cao, tuy không hoàn toàn phản ánh đúng về nhận thức của các em nhưng cũng được xem là một điểm dự đoán các em có tìm hiểu về bệnh lý này.

### 3.2.2. Nhận thức về nguyên nhân gây loét DD - TT

**Bảng 3. Nhận thức về nguyên nhân gây loét DD - TT**

Nguyên nhân gây loét DD – TT	Tần số (tỷ lệ %)	
	Đúng	Sai
Nhiễm trùng xoắn khuẩn <i>Helicobacter pylori</i>	321 (79,5)	83 (20,5)
Sử dụng dài ngày các thuốc chống viêm non-steroid, thí dụ: Aspirin, Ibuprofen...	184 (45,5)	220 (54,5)
Các nguyên nhân gây tăng tiết acid dạ dày và pepsin	272 (67,3)	132 (32,7)

79,5% các ý kiến cho rằng nguyên nhân chính gây bệnh loét DD – TT do nhiễm trùng xoắn khuẩn helicobacter pylori, điều này cho thấy các em đã nhận thức rất rõ nguyên nhân gây bệnh. Điểm này tương đồng với ý kiến hiện nay cho rằng tần xuất viêm loét DD - TT ở trẻ em khoảng 1 -1,5%, thường tiên phát, chủ yếu là mạn tính và khu trú ở tá tràng mà nguyên nhân chủ yếu là do nhiễm HP (khoảng 80%) hoặc không rõ nguyên nhân (khoảng 20%) (6).

Việc sử dụng dài ngày các thuốc chống viêm non - steroid cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh loét DD - TT, nhưng các em học sinh nhận thức được nguyên nhân này chưa nhiều, tỷ lệ trả lời sai tương đối cao 54,5%. Hiện nay, nhận thức của người dân nói chung về thuốc chống viêm non – steroid gây loét DD-TT còn hạn chế, hiện tượng sử dụng thuốc không theo đơn của bác sĩ còn phổ biến, nên cũng là một điều phù hợp khi nhiều em nhận thức sai về vấn đề này. Do vậy nhà trường và gia

đình cần có biện pháp bổ sung nhận thức cho các em về vấn đề này.

Có rất nhiều nguyên nhân gây tăng tiết acid dạ dày và pepsin như chế độ ăn uống, tâm lý, bệnh lý, nhiễm vi khuẩn... đối với câu hỏi này tỷ lệ câu trả lời đúng khá cao 67,3% điều này cho thấy các em nhận thức được khá đầy đủ về vấn đề này nên cũng cần nhà trường và gia đình có biện pháp bổ sung thêm kiến thức giúp cho các em hoàn thiện hơn.

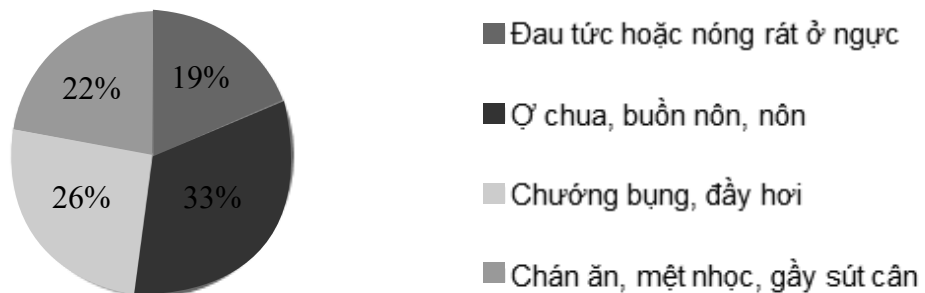
### 3.2.3. Đường lây nhiễm xoắn khuẩn helicobacter pylori

Khi được hỏi về con đường lây nhiễm xoắn khuẩn HP, 74,8% chọn “đường tiêu hóa” (25,2% chọn đường hô hấp, truyền máu hay quan hệ tình dục). Điều này cho thấy nhận thức của các em hiểu biết khá tốt về con đường lây nhiễm bệnh loét DD – TT.

### 3.2.4. Nhận thức về triệu chứng của bệnh loét DD - TT

Hình 1. Nhận thức về triệu chứng của bệnh loét DD - TT

#### Biểu hiện loét dạ dày - tá tràng



Biểu đồ trên cho thấy các em nhận thức khá chắc về biểu hiện của bệnh. Biểu hiện ợ chua, buồn nôn, nôn, tỷ lệ trả lời đúng cao nhất chiếm 33%, tiếp đến là biểu hiện chướng bụng, đầy hơi 26%, biểu hiện chán ăn, mệt nhọc, gầy sút cân chiếm 22% và 19% là biểu hiện đau tức hoặc nóng rát ở ngực.

Đây là câu hỏi tổng hợp mang tính hệ thống các triệu chứng của viêm loét DD – TT, cũng như nguyên nhân dẫn đến các triệu chứng. Chỉ có 18,8% học sinh trả lời đúng tất cả các ý trên. Điều này cho thấy các em chưa có nhận thức đầy đủ về các triệu chứng và biểu hiện bệnh kiến thức còn rỗng

chưa mang tính hệ thống. Có thể nói là cũng khó nếu các em chưa bị bao giờ hoặc tiền sử gia đình chưa có người mắc.

Các biểu hiện triệu chứng lâm sàng của 588 trẻ nhi bao gồm 96,9% đau bụng, 59,5% biếng ăn (chán ăn), 46,9% nôn, ngoài ra còn các triệu chứng khác như ợ hơi, ợ chua, chướng bụng, đầy hơi, nóng rát (6). Tuy không có sự tương đồng về tỷ lệ giữa các triệu chứng mà các em học sinh nhận thức được và thực tế lâm sàng, nhưng cũng bước đầu thấy được các em đã có những hình dung ban đầu về các triệu chứng có thể có trên bệnh cảnh dạ dày- tá tràng.

### 3.2.5. Mức độ biến chứng của bệnh loét DD - TT



**Bảng 4. Mức độ biến chứng của bệnh loét DD - TT**

Mức độ biến chứng của bệnh loét DD – TT	Tần số (tỷ lệ)		Đúng cả 4 nội dung (tỷ lệ %)
	Đúng	Sai	
Chảy máu dạ dày - tá tràng	303 (75)	101 (25)	62 (15,3)
Thủng dạ dày - tá tràng	256 (63,4)	147 (36,4)	
Hẹp môn vị dạ dày	104 (25,7)	300 (74,3)	
Ung thư dạ dày	253 (62,6)	151 (37,4)	

Mức độ biến chứng có 15,3% trả lời đúng hết tất cả các nội dung liên qua đến mức độ biến chứng của bệnh. Biến chứng chảy máu DD – TT có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất 75%, tiếp đến là biến chứng thủng DD – TT 63,4%, ung thư dạ dày 62,6%. Biến chứng hẹp môn vị có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất 25%. Tìm hiểu về nhận thức của các em về mức độ biến chứng của dd - tt

là một nội dung khó, bởi các em chưa thể hình dung hết được các mức độ tổn thương cũng như biến chứng thực sự. Câu hỏi này có thể là một cảnh báo giúp các em lưu tâm hơn về mức độ nguy hiểm nếu mắc phải bệnh lý DD-TT.

**3.3. Nhận thức đúng về cách phòng ngừa mắc bệnh loét dạ dày - tá tràng**

**Bảng 5: Nhận thức đúng về cách phòng ngừa mắc bệnh loét DD - TT**

Phòng ngừa	Tần số (tỷ lệ %)		Đúng cả 4 nội dung (tỷ lệ)
	Đúng	Sai	
<b>Thực hiện lối sống</b>			
Không hút thuốc, không uống rượu	331 (81,9)	73 (18,1)	82 (20,3)
Không ăn trước khi đi ngủ tối, nếu đói bụng nên uống 1 ly sữa ấm	222 (55,0)	182 (45,0)	
Không hoạt động trí óc hay hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn	277 (68,6)	127 (31,4)	
Giữ ấm vùng bụng và cơ thể	178 (44,1)	226 (55,9)	
<b>Thực hiện ăn uống</b>			
Rửa tay sạch trước khi ăn	243 (60,1)	161 (39,9)	165 (40,8)
Thức ăn đồ uống phải đảm bảo vệ sinh đảm bảo chín và sạch	287 (71,0)	117 (29,0)	
Ăn chậm, nhai kỹ, không ăn nhanh nuốt vội, không vừa ăn vừa làm việc	295 (73,0)	109 (27,0)	
Ăn uống điều độ đúng giờ, không để quá đói hoặc quá no	299 (74,0)	105 (26,0)	
<b>Tránh những thói quen ăn uống</b>			
Ăn nhiều các đồ ăn chiên rán	249 (61,6)	155 (38,4)	45 (11,1)
Ăn nhiều đồ ăn tẩm ướp ngấm muối như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cà muối, dưa muối...	302 (74,8)	102 (25,2)	
Ăn nhiều đồ ăn sống, đồ ăn để lạnh	223 (55,2)	181 (44,8)	
Uống nhiều nước hoặc nước canh trong và ngay sau bữa ăn	120 (29,7)	284 (70,3)	

\* **Nhận thức đúng về lối sống:** Đa số các em đều nhận thức đúng về những thói quen cần thực hiện để phòng tránh bệnh loét DD – TT có 20,3% trả lời đúng cả 4 đáp án. Thói quen không hút thuốc, không uống rượu 81,9%, tiếp đến là không hoạt động trí óc hay hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn là 68,6%. Giữ ấm vùng bụng và cơ thể là 44,1% các em chưa nhận thức được vùng bụng sau khi bị lạnh sẽ khiến chức năng dạ dày kém đi, việc cần giữ ấm vùng bụng quan trọng như thế nào. Do vậy, sau khi thực hiện bài khảo sát này hi vọng các em sẽ có thêm nhận thức để giữ gìn và phòng tránh được bệnh.

\* **Nhận thức đúng về thực hiện chế độ ăn uống:** Các em có nhận thức rất tốt về phần này có 40,8% trả lời đúng cả 4 đáp án. Ăn uống điều độ: nghiên cứu cho thấy, ăn uống điều độ đúng giờ, có định lượng sẽ hình thành phản xạ có điều kiện, hỗ trợ bài tiết tuyến tiêu hóa, có lợi cho tiêu hóa. Cần ăn đầy đủ 3 bữa/ngày và ăn đúng giờ, không nên để dạ dày quá đói hoặc quá no vì khi đó các acid trong dạ dày sẽ tiết ra, gây ảnh hưởng đến hoạt động tiêu hóa. Đạt 61,6% câu trả lời đúng trên 404 phiếu khảo sát

\* **Nhận thức đúng cần tránh những thói quen ăn uống:**

Ăn ít thực phẩm chiên rán: Do các loại đồ ăn này không dễ tiêu hóa nên có thể làm gia tăng gánh nặng cho

đường tiêu hóa. Ăn nhiều có thể khiến máu nhiễm mỡ, không tốt cho sức khỏe.

Ăn ít thực phẩm ngâm muối: Trong các thực phẩm ướp chứa nhiều muối cũng làm cho dạ dày “vắt vả” hơn trong khâu xử lý. Hơn nữa, chúng còn chứa một số chất gây ung thư, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra khi ăn các loại thức ăn có chứa nitrates và nitrites như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cũng như rau, cà, dưa muối... nên cần hạn chế, không nên ăn. Vấn đề này các em nhận thức rất tốt đạt 74,8% câu trả lời đúng trên 404 phiếu nhưng do đó là món khoái khẩu nên các em khó lòng từ chối được các thức ăn này.

Hạn chế đồ sống, lạnh: Đồ ăn sống, lạnh có tác dụng kích thích khá mạnh đối với niêm mạc đường tiêu hóa, nhất là niêm mạc dạ dày nên dễ gây tiêu chảy hoặc viêm dạ dày.

Uống nước đúng cách: Thời điểm uống nước tốt nhất là lúc ngủ dậy vào sáng sớm và một giờ trước khi ăn. Uống nước ngay sau bữa ăn sẽ làm loãng dịch vị dạ dày, càng dễ gây ra chứng đau dạ dày. Uống quá nhiều nước canh cũng sẽ ảnh hưởng tới việc tiêu hóa thức ăn trong và sau bữa ăn nhưng vấn đề này các em chưa nhận thức được do vậy câu trả lời đúng chỉ đạt 29,7%. Do vậy nên chỉ có 11,1% các em trả lời đúng cả 4 đáp án.

### 3.4. Phân loại mức độ nhận thức về viêm loét dạ dày - tá tràng

**Bảng 6: Phân loại mức độ nhận thức về viêm loét dạ dày- tá tràng**

Mức nhận thức	Điểm	Khoảng tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số cộng dồn
Nhận thức kém	< 19	<40%	77	19.1	19.1
Nhận thức trung bình	20-28	41-60%	90	22.3	41.3
Nhận thức tốt	29-38	61-80%	153	37.9	79.2
Nhận thức rất tốt	>38	81-100%	84	20.8	100.0

Điểm số cao nhất = 48, điểm trung bình  $29,85 \pm 9,68$  Điểm nhận thức được chia làm 4 mức độ, căn cứ theo hướng dẫn của Padmavathi et al. (2013). Nhận thức tốt có 153 học sinh tham gia (chiếm tỷ lệ 37,9%) về viêm loét dạ dày- tá tràng. 41,3 % học sinh có nhận thức kém và trung bình. Số học sinh nhận thức rất tốt là 84 em chiếm 20,8%. Như vậy là có trên 50% học sinh tham gia nghiên cứu có nhận thức từ mức tốt (60%) trở lên.

## IV. KẾT LUẬN

**Nhận thức về bệnh loét dạ dày – tá tràng:** 96,3%

học sinh nhận thức đúng về độ tuổi, giới tính mắc bệnh lý dạ dày - tá tràng. 30% học sinh trả lời đúng về các yếu tố dẫn đến nhiễm xoắn khuẩn HP với con đường lây nhiễm qua đường tiêu hoá (74,8%). Các em có nhận thức về các triệu chứng có thể có trên bệnh lý DD – TT; trả lời đúng các mức độ của ổ loét (11,9%) và các mức độ biến chứng của bệnh (15,3%)

Để phòng ngừa bệnh loét DD – TT: Tỷ lệ nhận thức đúng liên quan đến thực hiện lối sống không hút thuốc, không uống rượu (20,3%), thực hiện chế độ ăn uống hợp lý như rửa tay, ăn đồ ăn đảm bảo vệ sinh (40,8%);



tránh thói quen ăn uống với đồ chiên rán, đồ ăn sống, cá muối, uống nhiều nước hoặc canh trong và ngay sau bữa ăn (11,1%).

**Phân loại mức độ nhận thức về viêm loét DD – TT:**  
19,1% nhận thức kém; 22,3% nhận thức trung bình; 37,9% nhận thức tốt; 20,8% nhận thức rất tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tài liệu tiếng Việt

1. Cục An toàn thực phẩm. (2016). Phòng tránh đau dạ dày qua chế độ ăn hợp lý. <http://www.vfa.gov.vn/thuc-pham-va-suc-khoe/phong-tranh-dau-da-day-qua-che-do-an-hop-ly.html>
2. Dương Thị Hương. (2017). Khảo sát nhận thức của người bệnh về phòng bệnh loét dạ dày tá tràng tái phát. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.
3. Hoài Nhân. (2017). Xuất huyết tiêu hóa: Biểu chứng của loét dạ dày - tá tràng ở trẻ em. <http://suckhoedoisong.vn/xuat-huyet-tieu-hoa-bien-chung-cua-loet-da-day-ta-trang-o-tre-em-n135924.html>
4. Nguyễn Thị Huyền Trang, & Ngô Huy Hoàng. (2018). Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định 2017. Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 1.
5. Nguyễn Thị Lệ Thủy, Trần Hữu Hiếu, & Vũ Ngọc Anh. (2017). Đánh giá sự thay đổi nhận thức về phòng loét tái phát của người bệnh phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.
6. Nguyễn Thị Út. (2016). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm, loét dạ dày tá tràng do Helicobacter pylori kháng kháng sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Việt Hà, Phan Thị Hiền, & Trần Văn Quang. (2010). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do helicobacter pylory ở trẻ em. Tạp chí Nhi khoa, 3(3&4), 204-210.

### Tài liệu tiếng Anh

8. Bertleff, M. J., & Lange, J. F. (2010). Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg, 27(3), 161 - 169.
9. Oleastro, M., Cabral, J., Ramalho, P. M., Lemos, P. S., Paixão, E., Benoliel, J., . . . Lopes, A. I. (2011). Primary antibiotic resistance of Helicobacter pylori strains isolated from Portuguese children: a prospective multicentre study over a 10 year period. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 66(10), 2308-2311.
10. Padmavathi, G. V., Nagaraju, B., Shampalatha, S., Nirmala, M., Begum, F., Susan, T., & Pavani, G. (2013). Knowledge and Factors Influencing on Gastritis among Distant Mode Learners of Various Universities at Selected Study Centers Around Bangalore City With a View of Providing a Pamphlet. Sch J App Med Sci, 1(2), 101-110.
11. Zelikson, M. S., Bronder, C. M., Jonhson, B. L., Camunas, J. A., Smith, D., Rawlinson, D., . . . Taylor, S. M. (2011). Helicobacter pylori is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. Am Surg, 77(8), 1054 - 1060.

# ĐẶC ĐIỂM VÀ NGUYÊN NHÂN TAI NẠN THƯƠNG TÍCH CỦA NGƯỜI DÂN TẠI 2 XÃ TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2018

Phạm Anh Tuấn<sup>1</sup>, Ngô Thị Nhu<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Ngự<sup>2</sup>, Đặng Thị Vân Quy<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Từ tháng 10/2018 đến tháng 3/2019 chúng tôi tiến hành khảo sát tỷ lệ, đặc điểm và nguyên nhân tai nạn thương tích của 104 người dân tại xã Vũ Chính thành phố Thái Bình và 133 người dân xã Vũ Hội huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình. Chúng tôi thu được kết quả: Tỷ lệ tai nạn thương tích chung là 14,6%; trong đó tỷ lệ cao nhất là té ngã chiếm 49,8%; sau đến tai nạn thương tích trong lao động là 23,2%; tai nạn giao thông chiếm thứ ba (21,5%). Tỷ lệ bị tai nạn thương tích ở nam cao hơn nữ (63,3% - 36,7%); độ tuổi bị cao nhất là 16 đến 25 (36,7%). Nguyên nhân chủ yếu gây tai nạn thương tích là do vô ý (85,2%). Tai nạn thương tích xảy ra chủ yếu tại nhà (35,9%); tại nơi làm việc là 29,5. Đa số người bị tai nạn thương tích không sử dụng rượu bia. Tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau khi bị tai nạn thương tích là 69,6%; chủ yếu là giảm khả năng vận động (94,4%); không có trường hợp tử vong khi bị tai nạn thương tích.

**Từ khóa:** Tai nạn thương tích, nguyên nhân tai nạn thương tích.

## ABSTRACT:

### CHARACTERISTICS AND CAUSES OF INJURIES OF PEOPLE IN 2 COMMUNES OF THAI BINH PROVINCE IN 2018

We conducted a survey on the rate, characteristics and causes of injuries of 104 people in Vu Chinh commune, Thai Binh city and 133 people in Vu Hoi commune, Vu Thu district, Thai Binh province from 10/2018 to 3/2019. We attained results: The overall injury rate was 14.6%; in which the highest rate was 49.8 falling, next to the injury rate in labor was 23.2%, finally the rate of traffic accidents accounted for 21.5%. Injuries rate in men was higher than that in women (63.3% - 36.7%). The ages of the highest injury rate were 16 to 25 years old. The main

cause of injuries was inadvertent (85.2%). Injuries occurred primarily at home (35.9%) and at work place (29.5). The majority of people suffering injuries did not use alcohol. The rate of complete cure after an injury was 69.6%, decreased locomotion was essential (94.4). There were no cases of death after an injury.

**Key words:** Injury, the cause of injury.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tai nạn thương tích đang là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao ở Việt Nam. Theo kết quả điều tra y tế Quốc gia 2001-2002, tai nạn đứng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong. Trong đó, tai nạn thương tích chủ yếu là bỏng, đuối nước, ngã, giết người và bạo lực, ngộ độc, tự tử, tai nạn giao thông và các chấn thương có chủ định khác. Nguyên nhân của thực trạng tai nạn thương tích trên một phần do nhận thức của cộng đồng về phòng chống tai nạn thương tích còn hạn chế. Chính quyền các cấp chưa quan tâm đúng mức đến việc chỉ đạo và đầu tư thực hiện công tác phòng, chống tai nạn thương tích ở địa phương chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

*Xác định tỷ lệ, đặc điểm và nguyên nhân tai nạn thương tích của người dân tại 2 xã tỉnh Thái Bình năm 2018.*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại xã Vũ Chính - TP Thái Bình và xã Vũ Hội huyện Vũ Thư.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người dân tại 2 xã điều tra, là những người sống, sinh hoạt và làm việc tại địa phương trong thời gian ít nhất là 01 năm

### 2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10/2018 đến tháng 3/2019

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

1. Trường Cao đẳng y tế Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Đề tài nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang. Việc điều tra cắt ngang được thực hiện qua:

+ Điều tra hộ gia đình (bao gồm tất cả những người sống trong gia đình theo tuổi, giới và các đặc trưng khác).

+ Điều tra tất cả những người trong hộ gia đình đó bị TNTT trong thời gian từ 01/10/2017 - 31/10/2018.

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

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Tỷ lệ tai nạn thương tích trên địa bàn nghiên cứu**

Địa bàn nghiên cứu	Số đối tượng nghiên cứu	Số người bị TNTT	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xã Vũ Chính	803	104	12,9
Xã Vũ Hội	822	133	16,2
<b>Tổng</b>	<b>1625</b>	<b>237</b>	<b>14,6</b>

Kết quả bảng 3.1 cho thấy với 1625 người dân tại 2 xã, chúng tôi xác định được tỷ lệ tai nạn thương tích chung cho 2 xã là 14,6%; trong đó xã Vũ Chính là 12,9% và xã Vũ Hội là 16,2%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ các loại tai nạn thương tích**

Loại TNTT	Vũ Chính		Vũ Hội		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tai nạn giao thông	32	30,8	19	14,3	51	21,5
Té ngã	66	63,5	52	39,1	118	49,8
Súc vật cắn	2	1,9	6	4,5	8	3,4
Bông, phông lửa	4	3,8	1	0,7	5	2,1
Máy công cụ lao động	0	-	55	41,4	55	23,2
<b>Tổng</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

Bảng 3.2 cho thấy trong các loại tai nạn thương tích tại địa bàn nghiên cứu thì tai nạn do té ngã chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,8%; sau đến tai nạn do máy công cụ lao động chiếm 23,2%; tai nạn giao thông chiếm 21,5%. Tai nạn do súc vật cắn và bông chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.3. Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích**

Nguyên nhân	Vũ Chính (n=104)		Vũ Hội (n=133)		Chung (n=237)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Vô ý do người khác	16	15,4	17	12,8	33	13,9
Vô ý do mình	87	83,6	115	86,5	202	85,2
Cố ý bởi người khác	1	1,0	0	-	1	0,4
Do thiên tai	0	-	1	0,7	1	0,4

Trong các trường hợp tai nạn thương tích chúng tôi điều tra được thì nguyên nhân là vô ý do mình chiếm 85,2%; vô ý do người khác là 13,9%; cố ý bởi người khác; do thiên tai chiếm 0,4%.

**Bảng 3.4. Phân bố các loại tai nạn thương tích theo giới tính**

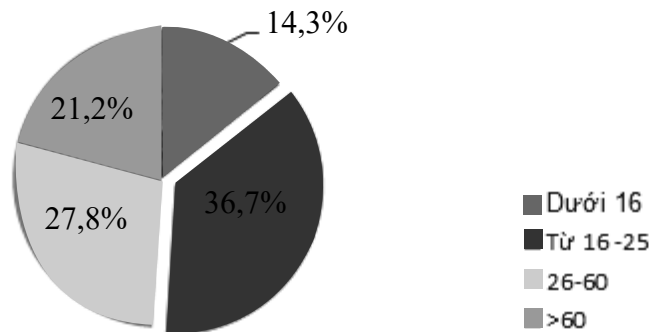
Loại TNTT	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tai nạn giao thông	30	20,0	21	24,1	51	21,5
Té ngã	65	43,3*	53	60,9*	118	49,8
Tai nạn lao động	48	32,0*	7	8,0*	55	23,2
Động vật cắn	4	2,7	4	4,6	8	3,4
Bỏng, phỏng lửa	3	2,0	2	2,3	5	2,1
<b>Tổng</b>	<b>150</b>	<b>63,3*</b>	<b>87</b>	<b>36,7*</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

Ghi chú:  $p^* < 0,05$ .

Bảng 3.4 cho thấy tai nạn thương tích gặp ở nữ là 36,7%; nam giới là 63,3%. Trong tai nạn lao động thì nam

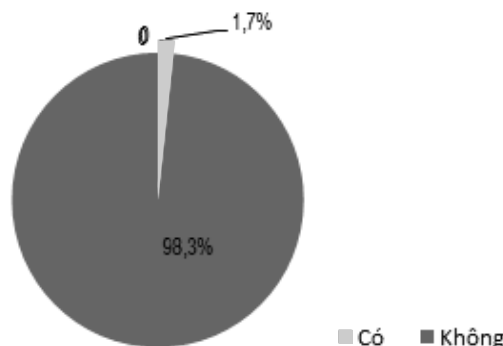
chiếm 32%; nữ chiếm 8%. Có sự khác biệt về hai giới ở tai nạn thương tích do lao động (nam cao hơn nữ); té ngã (nữ cao hơn nam); tai nạn chung (nam cao hơn nữ).

**Biểu đồ 3.1. Phân bố các loại tai nạn thương tích theo nhóm tuổi (n=237)**



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ tai nạn thương tích ở trẻ dưới 16 tuổi là 14,3%; từ 16 - 25 tuổi bị nhiều nhất là 36,7%; lứa tuổi 26-60 chiếm tỷ lệ là 27,8%.

**Biểu đồ 3.2. Sử dụng bia rượu khi xảy ra tai nạn thương tích (n=237)**





Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy trong các đối tượng bị tai nạn thương tích chỉ có 1,7% là có sử dụng rượu bia.

**Bảng 3.5. Sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn thương tích**

Sơ cứu	Vũ Chính (n=104)		Vũ Hội (n=133)		Chung (n=237)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có được sơ cứu	67	64,4	79	59,4	146	61,6
Không được sơ cứu	37	35,6	54	40,6	91	39,4

Qua kết quả bảng 3.5 cho thấy những người bị tai nạn thương tích có được sơ cứu là 61,6%; trong đó tại xã Vũ Chính tỷ lệ này là 64,4%; xã Vũ Hội là 59,6%.

**Bảng 3.6. Người sơ cấp cứu ban đầu cho người bị tai nạn thương tích**

Người sơ cấp cứu	Vũ Chính (n=67)		Vũ Hội (n=79)		Chung (n=146)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tự sơ cấp cứu	5	7,5	14	17,7	16	11,0
Người nhà, bạn, đồng nghiệp	22	32,8	14	17,7	36	24,6
Cán bộ y tế	28	41,8	51	64,6	79	54,1
Người đi đường	12	17,9	0	-	12	8,2

Bảng kết quả 3.6 cho thấy khi bị tai nạn thương tích, số người được cán bộ y tế sơ cấp cứu chiếm tỷ lệ là 54,1%; người nhà, bạn bè, đồng nghiệp là 24,6%; tự sơ cấp cứu là 11%.

**Bảng 3.7. Thời gian đối tượng được sơ cứu**

Thời gian được sơ cứu	Vũ Chính (n=67)		Vũ Hội (n=79)		Chung (n=146)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Trước 30 phút	59	88,0	30	36,0	89	61,0
Trong 1 giờ đầu	5	7,5	12	15,2	17	11,6
Từ 1-3 giờ	1	1,5	12	15,2	13	8,9
Từ 3-6 giờ	0	-	3	3,8	3	2,0
Từ 6-24 giờ	1	1,5	21	26,6	22	15,7
Sau 24 giờ	1	1,5	1	1,3	2	2,0

Kết quả bảng 3.7 cho thấy người bị tai nạn thương tích được sơ cấp cứu trước 30 phút đầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 61%; trong 1 giờ đầu là 11,6%; từ 6-24 giờ là 15,7%; sau 24 giờ là 2%.

**Bảng 3.8. Những vị trí tổn thương khi bị tai nạn thương tích**

Vị trí tổn thương	Vũ Chính (n=104)		Vũ Hội (n=133)		Chung (n=237)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đầu mặt cổ	15	14,4	27	11,6	42	17,7
Thân mình	12	11,5	0	-	12	5,0
Tứ chi	84	80,8	108	81,2	192	81,0
Bụng	1	1,0	0	-	1	0,4

Qua kết quả bảng 3.8 cho thấy 81% số người bị tai nạn thương tích tổn thương tứ chi là 81%; tổn thương đầu mặt cổ là 17,7%; thân mình là 5%.

**Bảng 3.9. Những ảnh hưởng sau khi bị tai nạn thương tích**

Ảnh hưởng sau khi TNTT	Vũ Chính (n=104)		Vũ Hội (n=133)		Chung (n=237)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Khôi hoàn toàn	57	54,8	108	81,2	165	69,6
Di chứng	47	45,2	25	18,8	72	30,4
Tử vong	0	-	0	-	0	-

Sau khi bị tai nạn thương tích trong vòng 1 năm qua thì các đối tượng khôi hoàn toàn chiếm 69,6%; có để lại di chứng là 30,4%.

**Bảng 3.10. Di chứng sau khi bị tai nạn thương tích**

Di chứng	Xã Vũ Chính (n=47)		Xã Vũ Hội (n=25)		Chung (n=72)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Giảm nhận thức	2	4,2	2	8,0	4	5,6
Giảm khả năng vận động	45	95,8	23	92,0	68	94,4

Kết quả bảng 3.10 cho thấy 94,4% đối tượng bị giảm khả năng vận động. Kết quả ở 2 xã tương đương nhau.

#### **IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại 2 xã vùng nông thôn của tỉnh Thái Bình. Xã Vũ Hội là xã có một số làng nghề phụ như nghề “đồng nát” hay còn gọi là nghề thu gom rác thải kim loại (phế liệu), nghề đúc nhôm, nghề làm bún. Xã Vũ Chính là xã với nghề nông nghiệp là chủ yếu. Tỷ lệ đối tượng bị tai nạn thương tích chung tại địa bàn nghiên cứu là 14,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao

hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Lê Anh Tuấn tại huyện Hưng Nguyên tỉnh Nghệ An (4,26%); nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Bê tại Thái Bình năm 2012 là 6,7%. Có sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về địa lý.

Xác định tỷ lệ các loại tai nạn thương tích trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy té ngã cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (49,8%); công cụ lao động là 23,2%; tai nạn giao thông là 21,5%. Tuy nhiên, về tai nạn trong lao động thì chỉ được thấy ở xã Vũ Hội. Điều này có thể giải thích về đặc điểm về nghề nghiệp và tính chất làng nghề của xã

Phân bố các loại tai nạn thương tích thì bảng 3.5 cũng



cho thấy tai nạn do lao động chủ yếu gặp ở nam (32%), trong đó nữ chỉ chiếm 7%; nhưng ngược lại té ngã lại gặp ở nữ nhiều hơn nam (60,9% và 43,3%); tỷ lệ tai nạn thương tích do giao thông thì ở nam tương đương với nữ. Kết quả này cũng là phù hợp với thực tế về giới, tuổi lao động, lực lượng tham gia lao động chủ yếu và có liên quan đến máy móc là nam giới; nhưng nam giới lại chắc chắn hơn nên ít bị té ngã nhất là người cao tuổi

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tai nạn thương tích chung là 14,6%; trong tỷ lệ cao nhất là té ngã chiếm 49,8%; sau đến tai nạn thương tích trong lao động là 23,2%; tai nạn giao thông chiếm thứ ba (21,5%).

- Tỷ lệ bị tai nạn thương tích ở nam cao hơn nữ (63,3% - 36,7%); độ tuổi bị cao nhất là 16 đến 25 (36,7%).

- Nguyên nhân chủ yếu gây tai nạn thương tích là do vô ý (85,2%). Tai nạn thương tích xảy ra chủ yếu tại nhà (35,9%); tại nơi làm việc là 29,5%. Khi xảy ra tai nạn thương tích không có ai đi cùng chiếm tỷ lệ là 56,9%.

- Đa số người bị tai nạn thương tích không sử dụng rượu bia; tỷ lệ được sơ cứu khi bị tai nạn thương tích là 61,6% và chủ yếu được sơ cứu trước 30 phút đầu khi xảy ra tai nạn thương tích.

- Tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau khi bị tai nạn thương tích là 69,6%; chủ yếu là giảm khả năng vận động (94,4%); không có trường hợp tử vong khi bị tai nạn thương tích.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Tấn An, Đặng Văn Chính (2014), “Tỷ lệ chấn thương do tai nạn giao thông đường bộ và kết quả điều trị tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận năm 2011”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, số 6, tr. 126.
2. Nguyễn Thế Bê (2013), *Nghiên cứu tai nạn thương tích và một số yếu tố ảnh hưởng đến tai nạn thương tích của người dân tỉnh Thái Bình năm 2011-2012*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình
3. Lê Thanh Hải, Hà Công Thanh (2010), “Một số đặc điểm TNTT trẻ em vào cấp cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới”, *Tạp chí Y học Thực hành*, (714), số 4, Tr. 59-61.
4. Lê Thị Hương, Nguyễn Thúy Quỳnh (2018), “Thực trạng tai nạn thương tích của học sinh trường Trung học cơ sở Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2018”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 28, số 4(146), tr. 27.
5. Trần Thị Thực, Nguyễn Thúy Quỳnh (2017), “Thực trạng tai nạn thương tích trong lao động của người làm mộc tại làng nghề mộc Vĩnh Đông, huyện Yên Lạc tỉnh Vĩnh Phúc năm 2017”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 27, số 5, tr. 252.

# Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Bùi Thị Xuyên<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Bái<sup>2</sup>, Hoàng Thị Hòa<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018.

**Phương pháp:** Là một nghiên cứu mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

**Kết quả:** 96,9% nhân viên y tế (NVYT) biết rằng tuân thủ vệ sinh tay (VST) sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn, 82,7% biết tuân thủ VST thường quy loại bỏ hầu hết vi sinh vật trên da bàn tay, 98,2% NVYT biết cần VST trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân. 34,9% NVYT trả lời đúng thời gian thích hợp cho 1 lần VST với nước và xà phòng hoặc với cồn/dung dịch sát khuẩn chứa cồn. 66,1% và 47,8% NVYT biết có 3 lần phải VST khi mang và tháo phương tiện phòng hộ (PTPH). 96,9% NVYT biết PTPH bao gồm áo choàng, mũ, kính mắt, tấm che mặt, găng tay và khẩu trang. Tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về VST là 56,6%; về sử dụng PTPH là 45,4%.

Về thực hành đúng VST trong phòng ngừa chuẩn: 46,8% và 56,9% NVYT có VST trước và sau khi động chạm vào bệnh nhân; 40,3% và 49,8% NVYT có VST trước khi mang găng; và sau khi tháo găng. Tỷ lệ NVYT mang găng tay khi thực hiện các thao tác có khả năng tiếp xúc với máu/dịch cơ thể là 63,1%. Tỷ lệ NVYT mang khẩu trang giấy ngoại khoa khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng/bắn máu, dịch cơ thể là 30,5%. Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn là 42,7%.

**Kết luận:** Tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về VST là 56,6%; về sử dụng PTPH là 45,4%. Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn là 42,7%.

**Từ khóa:** Vệ sinh tay, phòng ngừa chuẩn.

## SUMMARY:

**KNOWLEDGE, PRACTICE OF HEALTH STAFF IN IMPLEMENTING SOME PREVENTION MEASURES AT THAI BINH PROVINCE HOSPITAL**

**Objective:** Describe the knowledge and practice of medical staff in implementing some standard preventive measures at Thai Binh General Hospital in 2018.

**Method:** A descriptive study through a cross-sectional investigation.

**Results:** 96.9% of health workers know that compliance with hand hygiene will reduce the risk of infection, 82.7% know how to comply with routine hand hygiene and eliminate most of VSV on hand skin, 98.2% know need to clean hands before and after contacting each patient. 34.9% of health workers answered the right time for 1 hand hygiene with water and soap or with alcohol/antiseptic alcohol containing alcohol. 66.1% and 47.8% of health workers knew that had to clean their hands 3 times when carrying and removing protective devices. 96.9% of health workers know protective equipment including robes, hats, eyeglasses, face shields, gloves and masks. The rate of health workers reaching general knowledge about hand hygiene is 56.6%; about the use of protective equipment is 45.4%

About proper hand hygiene practices in standard precautions: 46.8% and 56.9% of health workers have hand hygiene before and after touching patients; 40.3% and 49.8% of health workers have hand hygiene before wearing gloves; and after removing gloves. The proportion of health workers carrying gloves when performing operations that are likely to be exposed to blood / body

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình
2. Trường Đại học Y dược Thái Bình
3. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

fluids is 63.1%. 30.5% wear surgical paper masks when performing procedures that risk splashing / splashing blood and body fluids. The proportion of health workers with the right practice of standard prevention is 42.7%.

**Keywords:** Hand hygiene, standard prevention

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa chuẩn (PNC) được định nghĩa là tập hợp các biện pháp phòng ngừa áp dụng cho mọi người bệnh tại bệnh viện không tùy thuộc vào chẩn đoán và tình trạng nhiễm trùng của người bệnh. Mục tiêu của phòng ngừa chuẩn là nhằm phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm chéo qua máu, dịch tiết cơ thể, chất tiết cho dù chúng được nhìn thấy có chứa máu hay không, da không lành lặn và niêm mạc. Đây là biện pháp phòng ngừa quan trọng nhất, nhằm hạn chế sự lây truyền từ người sang người và từ người sang môi trường [3].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, có ít nhất 1 trong 4 bệnh nhân chăm sóc đặc biệt bị nhiễm trùng trong thời gian ở bệnh viện, ở các nước đang phát triển, ước tính này có thể được tăng lên gấp đôi [6]. Báo cáo bùng nổ NKBV tại châu Âu, các bệnh nhiễm trùng gây ra do chăm sóc sức khỏe làm tăng thêm 16 triệu ngày điều trị và 37 nghìn trường hợp tử vong. Ở nước ta, công tác PNC vẫn còn đối đầu rất nhiều trở ngại như nguồn ngân sách còn hạn chế, cơ sở vật chất thiếu thốn, phần lớn NVYT và các nhà quản lý chưa nhận thức tầm quan trọng của công tác này. Nguyên nhân gây NKBV có rất nhiều [5], tuy nhiên, một trong những nguyên nhân quan trọng là kiến thức, thái độ của NVYT phòng ngừa chuẩn chưa cao.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là bệnh viện hạng I, với quy mô 1000 giường bệnh, mỗi ngày có khoảng 700 bác sỹ và điều dưỡng bệnh viện trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân, với khoảng 1300 lượt người bệnh đến khám và điều trị mỗi ngày. Bên cạnh đó bệnh viện là cơ sở thực hiện nhiều chuyên khoa sâu nên vấn đề phòng ngừa chuẩn đang ngày càng trở lên cấp thiết. Các nghiên cứu trước đây phần lớn chỉ tìm hiểu về kiến thức, thái độ tuân thủ một số quy định về PNC, chưa khai thác đầy đủ các khía cạnh khác của tuân thủ PNC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: NVYT bao gồm

các bác sỹ, điều dưỡng, hộ lý đang trực tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng có thực hành các biện pháp phòng ngừa chuẩn; làm việc liên tục tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình  $\geq 12$  tháng; đồng ý tham gia nghiên cứu

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 9/2018 - 5/2019

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả qua một cuộc điều tra cắt ngang.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu xác định tỷ lệ:

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

Lấy  $p=0,5$ . Cỡ mẫu tính toán tối thiểu là 267 đối tượng, thực tế điều tra 295 đối tượng.

### Phương pháp chọn mẫu

Tổng số cán bộ ở 24 khoa lâm sàng là 695. Nhân viên y tế được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống. Lập danh sách tất cả NVYT của 24 khoa lâm sàng. Xác định khoảng cách mẫu  $k=N/n=695/270=2,57$ . Chọn khoảng cách mẫu là  $k=3$ . Chọn ngẫu nhiên đối tượng đầu tiên và các đối tượng tiếp theo sẽ được chọn vào mẫu cho đến khi đủ 295 đối tượng.

### Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số kiến thức của nhân viên y tế:

- Kiến thức của nhân viên y tế về tác dụng của VST trong phòng ngừa chuẩn.
- Kiến thức của nhân viên y tế về thời gian thích hợp cho 1 lần VST
- Tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức chung về VST theo trình độ
- Kiến thức đúng của NVYT về quy trình sử dụng phương tiện phòng hộ trong PNC
- Kiến thức chung về sử dụng phương tiện phòng hộ theo trình độ

Biến số về thực hành:

- Thực hành của NVYT về VST trong PNC
- Thực hành của NVYT về phòng hộ cá nhân trong PNC

### Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

\* Công cụ thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các biến số nghiên cứu và dựa trên “Hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh” của Bộ Y tế, năm 2017 và Thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh.

\* Phương pháp thu thập số liệu

+ Phương pháp tiến hành phát phiếu tự điền

\* Đo lường kiến thức, thái độ, thực hành

- Về kiến thức của NVYT: Đánh giá theo thang điểm nhị giá, 1 điểm cho câu trả lời đúng và 0 điểm cho câu trả lời sai. Số câu trả lời đúng sẽ bằng tổng số điểm đạt được. Kiến thức được đánh giá là Đạt khi điểm số  $\geq 2/3$  số điểm tuyệt đối.

- Về thái độ của NVYT: Nghiên cứu sử dụng thang đo Likert 3 mức “không đồng ý”, “Không ý kiến” và “Đồng ý” để NVYT lựa chọn. Điểm tối đa của phần đánh giá thái độ là 7 điểm. NVYT được đánh giá là có thái độ được đánh giá là tích cực khi số điểm  $\geq 5$  điểm ( $> 70\%$ ). Không tích

cực khi số điểm  $< 5$  điểm .

- Về thực hành của NVYT: Đánh giá theo thang điểm 4: luôn luôn (4 điểm), thường xuyên (3 điểm), đôi khi (2 điểm), hiếm khi (1 điểm), không thực hiện (0 điểm). NVYT có thực hành đúng khi thực hiện ở mức luôn luôn hoặc thường xuyên và đạt điểm  $> 50\%$ .

**Xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS phân tích.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Kiến thức của NVYT về VST trong phòng ngừa chuẩn**

Đặc điểm	Kiến thức đúng					
	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bàn tay NVYT là tác nhân quan trọng trong lây truyền NKBV	67	81,7	192	90,1	259	87,8
NVYT tuân thủ VST sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn	81	98,8	205	96,2	286	96,9
Tuân thủ VST thường quy loại bỏ hầu hết VSV trên da bàn tay	56	68,3	188	88,3	244	82,7
NVYT cần VST trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân	80	97,6	210	98,6	290	98,3

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế cho rằng: bàn tay NVYT là tác nhân quan trọng trong lây truyền NKBV là 87,8%, tuân thủ VST sẽ làm giảm nguy

cơ mắc nhiễm khuẩn là 96,9%, tuân thủ VST thường quy loại bỏ hầu hết VSV trên da bàn tay là 82,7%. NVYT cần VST trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân là 98,2%.

**Bảng 3.2. Kiến thức của NVYT về thời gian thích hợp cho một lần VST**

Dung dịch VST	Thời gian 1 lần VST	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Nước và xà phòng	5-15 giây	3	3,7	8	3,8	11	3,7
	20-30 giây	38	46,3	139	65,3	177	60,0
	35-45 giây	38	46,3	65	30,5	103	<b>34,9</b>
	Không biết	3	3,7	1	0,5	4	1,4
Cồn hoặc dung dịch sát khuẩn có chứa cồn	5-15 giây	36	43,9	93	43,7	129	43,7
	20-30 giây	38	46,3	113	53,1	151	<b>51,2</b>
	35-45 giây	6	7,3	6	2,83,3	12	4,1
	Không biết	2	2,4	1	0,5	3	1,0
Tổng		82	100,0	213	100,0	295	100,0



Kết quả bảng cho thấy có 34,9% NVYT trả lời đúng thời gian thích hợp cho 1 lần vệ sinh tay với nước và xà phòng là 35-45 giây; 51,2% NVYT trả lời đúng thời gian thích hợp cho 1 lần vệ sinh tay với cồn hoặc dung dịch sát khuẩn có chứa cồn là 20-30 giây.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về VST theo trình độ**

Kiến thức chung về VST của NVYT	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không đạt	46	56,1	82	38,5	128	43,4
Đạt	36	43,9	131	61,5	167	56,6
Tổng	82	100,0	213	100,0	295	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về VST là 56,6%. Trong đó bác sĩ là 43,9% và điều dưỡng là 61,5%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về quy trình sử dụng PTPH**

Kiến thức đúng về quy trình sử dụng PTPH	Kiến thức đúng					
	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	SL	%	SL	SL	%	SL
Mang phương tiện phòng hộ	54	65,9	141	66,2	195	66,1
Tháo phương tiện phòng hộ	41	50,0	100	46,9	141	47,8
Mục đích mang PTPH	72	87,8	201	94,4	273	92,5
Phương tiện không là PTPH	79	96,3	207	97,2	286	96,9

Kết quả bảng trên cho thấy 66,1% và 47,8% NVYT biết có 3 lần phải vệ sinh tay khi mang và khi tháo phương tiện phòng hộ. 92,5% NVYT biết mục đích mang phương tiện phòng hộ để bảo vệ NVYT và người bệnh và cộng đồng. 96,9% NVYT biết phương tiện phòng hộ bao gồm áo choàng, mũ, kính mắt, tấm che mặt, găng tay và khẩu trang.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về sử dụng PTPH theo trình độ**

Kiến thức chung về sử dụng phương tiện phòng hộ	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không đạt	47	57,3	114	53,5	161	54,6
Đạt	35	42,7	99	46,5	134	45,4
Tổng	82	100,0	213	100,0	295	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức chung về sử dụng phương tiện phòng hộ là 45,4%. Trong đó bác sĩ là 42,7% và điều dưỡng là 46,5%.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ NVYT thực hành đúng VST trong PNC**

Nội dung	Thực hành đúng					
	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	n	%	n	%	n	%
VST trước khi thao tác trên BN	39	47,6	99	46,5	138	46,8
VST sau khi thao tác trên BN	47	57,3	121	56,8	168	56,9
VST trước khi mang găng	32	39,0	87	40,8	119	40,3
VST sau khi tháo găng	39	47,6	108	50,7	147	49,8
VST sau khi tiếp xúc với đồ dùng, vật dụng trong bề mặt môi trường buồng bệnh	34	41,5	105	49,3	139	47,1

Kết quả bảng trên cho thấy có 46,8% và 56,9% NVYT có thực hiện VST trước và sau khi thao tác trên BN; 40,3% và 49,8% NVYT có VST trước khi mang và sau khi tháo găng; 47,1% có VST sau khi tiếp xúc với đồ dùng, vật dụng trong bề mặt môi trường buồng bệnh.

**Bảng 3.7. Tỷ lệ NVYT thực hành đúng sử dụng PHCN trong PNC**

Nội dung	Thực hành đúng					
	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	n	%	n	%	n	%
Mang găng tay khi thực hiện các thao tác có khả năng tiếp xúc với máu/dịch cơ thể.	63	76,8	123	57,7	186	63,1
Mang găng khi bàn tay NVYT bị trầy xước, viêm da	53	64,6	136	63,8	189	64,1
Không sử dụng một đôi găng để thăm khám nhiều BN	30	36,6	64	30,0	94	31,9
Mang khẩu trang giấy ngoại khoa khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng/bắn máu, dịch	29	35,4	61	28,6	90	30,5
Sử dụng tấm che mặt/ kính bảo hộ khi thực hiện thủ thuật nguy cơ văng, bắn máu/dịch	27	32,9	79	37,1	106	35,9

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ NVYT mang găng tay khi thực hiện các thao tác có khả năng tiếp xúc với máu/dịch cơ thể là 63,1%. Mang găng khi bàn tay bị trầy xước, viêm da là 64,1%. Tỷ lệ NVYT không sử dụng một đôi găng để thăm khám nhiều bệnh nhân là 31,9%. Tỷ lệ NVYT mang khẩu trang giấy ngoại khoa khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng/bắn máu, dịch cơ thể là 30,5%. Tỷ lệ NVYT sử dụng tấm che mặt/ kính bảo hộ khi thực hiện thủ thuật nguy cơ văng, bắn máu/dịch cơ thể là 35,9%.





**Bảng 3.8. Tỷ lệ NVYT đạt thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn theo trình độ**

Thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn	Bác sĩ (n=82)		Điều dưỡng (n=213)		Chung (n=295)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không đạt	52	63,4	117	54,9	169	57,3
Đạt	30	36,6	96	45,1	126	42,7
Tổng	82	100,0	213	100,0	295	100,0

Kết quả tại bảng trên cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn là 42,7%. Trong đó bác sĩ là 36,6% và điều dưỡng là 45,1%.

#### IV. BÀN LUẬN

Vệ sinh tay là nội dung cơ bản của PNC và là biện pháp hiệu quả nhất trong kiểm soát lây truyền tác nhân gây bệnh trong các cơ sở khám chữa bệnh [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NVYT cho rằng: bàn tay NVYT là tác nhân quan trọng trong lây truyền NKBV là 87,8%; tuân thủ VST sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn là 96,9%; tuân thủ VST thường quy loại bỏ hầu hết VSV trên da bàn tay là 82,7%. NVYT cần VST trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân là 98,2%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành rửa tay của NVYT tại một bệnh viện ở Cairo (Ai Cập) với kết quả là 96% điều dưỡng cho rằng rửa tay sẽ giúp bảo vệ họ tránh khỏi nhiễm khuẩn; 92% cho rằng rửa tay cũng có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện nhiều hơn so với bất kỳ phương pháp kiểm soát nhiễm khuẩn khác.

Các thời điểm vệ sinh tay khi chăm sóc người bệnh gồm có 5 thời điểm: Trước khi tiếp xúc người bệnh, tỷ lệ trả lời đúng của bác sĩ và điều dưỡng tương ứng là (97,6% và 98,6%); tỷ lệ chung đạt 98,3%. Theo nghiên cứu của tác giả Trương Anh Thư thì kết quả tỷ lệ về nội dung vệ sinh tay trước khi tiếp xúc người bệnh đạt 90,8%, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Để đạt được hiệu quả trong công tác vệ sinh tay thì ngoài kỹ thuật và thời điểm vệ sinh tay thì việc lựa chọn hóa chất và thời gian vệ sinh tay là vô cùng quan trọng [2]. Tuy nhiên đối với các câu hỏi kiến thức, số NVYT trả lời sai nhiều nhất ở câu hỏi về thời gian thích hợp cho một lần vệ sinh tay với nước và xà phòng (65,1%), với dung dịch vệ sinh tay chứa cồn (48,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phùng Văn Thủy năm 2014 là 62,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ

NVYT đạt kiến thức chung về VST là 56,6%. Điều dưỡng có kiến thức về VST cao hơn bác sĩ (61,5% và 43,9%). Kết quả này cho thấy những hạn chế trong nội dung tập huấn về VST. Theo đó nội dung tập huấn VST của BVĐK tỉnh Thái Bình cần nhấn mạnh và dành nhiều thời lượng hơn để nâng cao ý thức của NVYT về thời gian và các hình thức VST, về việc sử dụng, lựa chọn hóa chất VST thích hợp cho từng thời điểm.

Phương tiện phòng hộ cá nhân là một trong những nội dung chính của phòng ngừa chuẩn, nó đồng thời là hàng rào bảo vệ cho NVYT trong công tác chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy gần như toàn bộ nhân viên y tế (92,5%) đã trả lời đúng về mục đích của việc mang phương tiện phòng hộ cá nhân là để bảo vệ cho NVYT và bệnh nhân tránh nguy cơ nhiễm trùng chéo. Kết quả này tương đồng với kết quả của Võ Văn Tân tại Bệnh viện Tiền Giang (98%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy 66,1% và 47,8% NVYT biết có 3 lần phải vệ sinh tay khi mang và tháo phương tiện phòng hộ. 96,9% NVYT biết phương tiện phòng hộ bao gồm áo choàng, mũ, kính mắt, tấm che mặt, găng tay và khẩu trang. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức chung về sử dụng phương tiện phòng hộ là 45,4%. Trong đó bác sĩ là 42,7% và điều dưỡng là 46,5%.

Rửa tay thường quy là bắt buộc với các nhân viên y tế ở mọi khoa/phòng nhằm phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, đảm bảo an toàn cho người bệnh, NVYT và cộng đồng. Kết quả cho thấy, về thực hành VST trước khi tiếp xúc với người bệnh đạt 46,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng [4] đạt 29,1%. Kết quả nghiên cứu này khá thấp so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể lý giải rằng trong nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ.

Về nội dung VST sau khi tiếp xúc với người bệnh chúng tôi nhận thấy kết quả của tác giả Sharma S có tỷ lệ tuân thủ đạt 52%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đạt 56,9% khá tương đồng [7]. Về nội dung VST trước khi mang găng và sau khi tháo găng, theo Nguyễn Quang Tập

tỷ lệ này đạt 79,1% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhân viên y tế vệ sinh tay trước khi mang găng là 40,3% và sau khi mang găng là 49,8%.

Thực hành về sử dụng PTPH trong PNC, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NVYT mang găng tay khi thực hiện các thao tác có khả năng tiếp xúc với máu/dịch cơ thể là 63,1%. Tỷ lệ NVYT mang găng khi bàn tay bị trầy xước, viêm da là 64,1%. Tỷ lệ NVYT không sử dụng một đôi găng để thăm khám nhiều bệnh nhân là 31,9%. Tỷ lệ NVYT mang khẩu trang giấy ngoại khoa khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng/bắn máu, dịch cơ thể là 30,5%. Các kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác

giả Nguyễn Việt Hùng [4].

Các kết quả của nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình vẫn chưa có được đầy đủ các kiến thức cần thiết về PNC. Do đó bệnh viện cần phải có biện pháp tuyên truyền, tập huấn nhằm nâng cao hơn nữa hiểu biết của NVYT về các kiến thức liên quan đến PNC, từ đó có những thay đổi tích cực trong thực hành PNC và nâng cao hiệu quả phòng chống NKBV.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NVYT đạt kiến thức chung về VST là 56,6%; về sử dụng phương tiện phòng hộ là 45,4%. Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng về phòng ngừa chuẩn là 42,7%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), Thông tư 18/2009/TT- BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám, chữa bệnh.
2. Bộ Y tế (2012), Tài liệu đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tuyến cơ sở.
3. Nguyễn Việt Hùng (2010), Đánh giá thực trạng và xác định mối liên quan kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của nhân viên y tế một số bệnh viện miền Bắc, Tạp chí Y học thực hành, Số 5/2010, tr. 36- 40.
4. Trần Hữu Nghĩa (2013), Kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên Đại học tại chức khóa 9 - Đại học Y Hà Nội về phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân YTCC, trường Đại học Y Hà Nội.
5. Truong Anh Thu, Ngo Quy Chau and Nguyen Viet Hung (2012), Knowledge, Attitude and Practices Regarding Standard and Isolation Precautions Among Vietnamese Health Care Workers: A Multicenter Cross-Sectional Survey, pp.37-56
6. Sharma S., S. Puri và cộng sự (2011), Hand hygiene compliance in the intensive care units of a tertiary care hospital. Indian J Community Med, 36 (3), pp. 217-221.
7. WHO (2015), Guidelines on hand hygiene in health care (Advanced draft): A summary, pp.213-229
8. WHO (2011), Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide.



# TỶ LỆ TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NHÓM TUỔI TRUNG NIÊN (40-49) TẠI 2 XÃ THUỘC THÀNH PHỐ THÁI BÌNH, NĂM 2018

Bùi Thanh Lịch<sup>1</sup>, Đặng Bích Thủy<sup>2</sup>, Vũ Phong Túc<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành năm 2018 trên 400 người từ 40-49 tuổi tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình nhằm xác định tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp. Kết quả cho thấy:

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp chiếm 47,2%. Trong đó nam (48,9%) cao hơn so với nữ (46,8%) ( $p>0,05$ ). Độ tuổi 40-44 chiếm 48,6% cao hơn so với độ tuổi 45-49 (46,2%) ( $p>0,05$ ).

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở nhóm người lao động trí óc là 48,4%, cao hơn so với lao động chân tay là 46,9% ( $p>0,05$ ).

**Từ khóa:** Tiền tăng huyết áp, nhóm tuổi 40-49, xã ven biển tỉnh Thái Bình

## SUMMARY:

### THE PREVALENCE OF PREHYPERTENSION AMONG THE MIDDLE-AGE PEOPLE (FROM 40-49) AT 2 COMMUNITIES IN THAI BINH CITY, 2018

A cross-sectional study was conducted in 2018 on 400 individuals between 40 to 49 years old at 2 communities in Thai Binh city in order to explore the prevalence of prehypertension. The results showed that:

The prevalence of prehypertensive was 47.2%. This percentage was higher in men than in women ( $p>0.05$ ); and was higher in aged 40-44 (48.6%), age group 45-49 (46.2%)

The prevalence of prehypertensive was higher in occupational groups ( $p>0.05$ )

**Keywords:** Prehypertension; age group 40-49; coastal communities, Thai Binh province

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh hay gặp nhất trong các

bệnh tim mạch ở hầu hết các nước trên thế giới. THA là một trong các bệnh được WHO quan tâm vì bệnh vừa có tính chất thời sự, tính xã hội - cộng đồng, do đặc tính ảnh hưởng đến tuổi thọ, sức lao động, tỷ lệ tàn phế có tốc độ tăng hàng năm [2],[5],[6]. Tại Việt Nam, tỷ lệ THA đang tăng nhanh. THA đứng thứ 6 trong 10 bệnh thường đến bệnh viện và xếp thứ 4 trong những nguyên nhân gây tử vong [2].

Bên cạnh vấn đề THA thì huyết áp hơi cao được gọi là tiền THA (prehypertension). Tiền THA là áp lực tâm thu 120-139 mmHg hoặc áp lực tâm trương 80-89mm Hg. Tiền THA có thể sẽ chuyển thành bệnh THA nếu không làm thay đổi lối sống, chẳng hạn như bắt đầu tập thể dục và ăn uống lành mạnh...

Tiền THA không gây ra triệu chứng. Cách duy nhất để phát hiện tiền THA là theo dõi huyết áp. Tiền THA và THA đều làm tăng nguy cơ đau tim, đột quỵ và suy tim. Để phòng bệnh, cần thiết phải tập thể dục và thay đổi lối sống lành mạnh khác có thể kiểm soát tiền tăng huyết áp.

Tại Thái Bình, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, các bệnh liên quan tới thay đổi lối sống tăng lên trong đó có tiền THA là vấn đề y tế đáng quan tâm. Nhằm xác định tỷ lệ tiền THA, làm cơ sở cho công tác y tế trong thời gian tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

*Xác định tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp ở người 40-49 tuổi tại 2 xã thuộc thành phố Thái Bình, năm 2018*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Người dân độ tuổi từ 40-49 tuổi, sinh sống tại 2 xã Đông Mỹ và Vũ Chính thuộc thành phố Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2018 đến tháng 12/2018

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 03/04/2019 | » Ngày phản biện: 10/04/2019 | » Ngày duyệt đăng: 17/04/2019

2.2. *Thiết kế nghiên cứu:* Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

2.3. *Chọn mẫu, cỡ mẫu:* Được tính toán bằng công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu có thể cho ước lượng tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp ở người dân;  $\alpha/2$ : Độ tin cậy lấy ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$ ; p: tỷ lệ người dân mắc tiền THA, được lấy bằng 0,403; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,05. Kết quả tính toán và làm tròn n = 400 người

Cách chọn đối tượng: Tại 2 xã được chọn, tiến hành chọn ngẫu nhiên mỗi xã 3-5 thôn, tại mỗi thôn tiến hành điều tra toàn bộ số người từ 40-49 tuổi hiện có mặt tại thời điểm nghiên cứu sao cho đủ cỡ mẫu theo tính toán. Mỗi đối tượng được chọn sẽ được cộng tác viên y tế thôn gửi giấy mời đến trạm y tế xã để khám bệnh và phỏng vấn vào một ngày nhất định.

2.4. *Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu*

- Đo huyết áp (Theo hướng dẫn của Bộ Y tế): Chuẩn đoán tiền tăng huyết áp theo JNC VII. Tiền tăng huyết áp khi huyết áp từ 120/80 mmHg đến 139/89 mmHg.

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

2.5. *Xử lý số liệu:* Sử dụng phần mềm SPSS 21.0 trong thống kê, phân tích kết quả nghiên cứu. Tính các giá trị trung bình, tỷ lệ %; sử dụng Test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

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

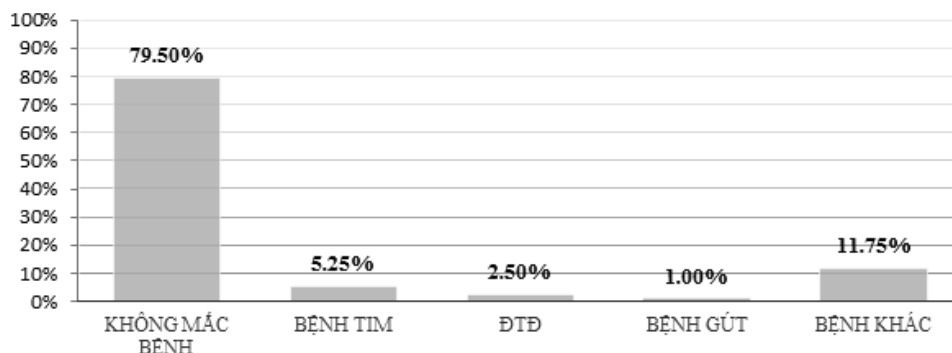
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tiền sử tăng huyết áp trong gia đình của đối tượng nghiên cứu (n=400)**

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cha, mẹ	114	28,5
Anh, em trai	37	9,3
Chị em gái	15	3,8
Khác	13	3,3

Qua bảng 1 cho thấy, đối tượng có cha mẹ mắc tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (28,5%); sau đó là anh, em trai (chiếm 9,3%). Đối tượng có chị, em gái mắc cao huyết

áp chỉ chiếm 3,8%; còn lại những người thân khác (chồng, cô dì, chú bác...) chiếm 3,3%.



**Biểu đồ 1. Tiền sử mắc bệnh đối tượng nghiên cứu (n=400)**



Biểu đồ 1 cho thấy, có 79,5% đối tượng không có tiền sử mắc bệnh nặng hoặc bệnh mạn tính. Ngoài ra, tỷ lệ đối tượng mắc bệnh tim mạch chiếm 5,25%, mắc đái tháo đường chiếm 2,5%. Các bệnh mà đối tượng mắc phải chiếm tỷ lệ thấp nhất là Gout (1,0%).

**Bảng 2. Đặc điểm huyết áp trung bình ( $X \pm SD$ ) của đối tượng nghiên cứu (n=400)**

Huyết áp (mmHg)	Nam (n=88)	Nữ (n=312)	Chung (n=400)	p
HA tối đa	123,2 ± 14,8	122,8 ± 19,3	124,1 ± 17,5	<0,05
HA tối thiểu	78,8 ± 11,4	77,9 ± 10,1	78,4 ± 10,4	<0,05

Qua kết quả bảng 2 cho thấy chỉ số huyết áp tâm thu trung bình và huyết áp tâm trương trung bình ở nam đều cao hơn so với nữ (123,2 ± 14,8 so với 122,8 ± 19,3) và (78,8 ± 11,4) so với (77,9 ± 10,1). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp của đối tượng NC (n=400)**

Huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	124	31,0
Tiền tăng huyết áp	189	47,2
Tăng huyết áp	87	21,8

Kết quả bảng 3 cho thấy, tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp của các đối tượng lần lượt là 47,2% và 21,8%. Có 31% đối tượng có huyết áp bình thường.

**Bảng 4. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp theo tuổi, giới (n=400)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)	So sánh
Giới tính	Nam (n=88)	43	48,9	p>0,05
	Nữ (n=312)	146	46,8	
Nhóm tuổi	40-44 (n=175)	85	48,6	p>0,05
	45-59 (n=225)	104	46,2	

Qua kết quả bảng 4 cho thấy: Nam giới có tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 48,9%, cao hơn so với nữ (46,8%) (p>0,05). Tỷ lệ đối tượng tiền tăng huyết áp trong độ tuổi 40-44 cao hơn trong độ tuổi 45-49. Tuy nhiên, những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**Bảng 5. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số điều tra	Tiền tăng huyết áp		So sánh
		Số mắc	%	
Lao động trí óc	95	46	48,4	>0,05
Lao động chân tay	305	143	46,9	
Cộng	400	189	47,2	

Qua kết quả bảng 5 cho thấy, tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở nhóm người lao động trí óc là 48,4%, cao hơn so với lao động chân tay là 46,9%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Tiền tăng huyết áp là một dấu hiệu cảnh báo nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp trong tương lai. Hiện nay vẫn chưa có cách chữa trị, nhưng có dự phòng và điều trị bằng chế độ ăn uống, thói quen lối sống và dùng thuốc.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tiền tăng huyết áp thường không rõ nguyên nhân. Một số yếu tố góp phần gây tiền tăng huyết áp cũng như tăng huyết áp lại không thể kiểm soát được như tuổi tác, chủng tộc, tiền sử gia đình nhưng có thể kiểm soát được nhiều yếu tố nguy cơ khác như béo phì, sử dụng thuốc lá và rượu, ăn mặn hay ít vận động [3],[8].

Từ nhiều năm nay, chương trình y tế Quốc gia Phòng chống bệnh tăng huyết áp đã được phê duyệt và được triển khai mạnh mẽ trên cả nước. Tuy nhiên việc phát hiện tiền tăng huyết áp còn chưa được quan tâm đầu tư một cách thoả đáng, dẫn đến những thách thức đối với công tác nâng cao sức khoẻ, tăng tuổi thọ của người dân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy, tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 47,2%. Trong đó nam giới chiếm 48,9%, cao hơn so với nữ là 46,8% ( $p > 0,05$ ). Độ tuổi 40-44 chiếm 48,6% cao hơn so với độ tuổi 45-49 ( $p > 0,05$ ).

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tương tự như của Đỗ Thái Hòa và cộng sự (tỷ lệ đối tượng độ tuổi 40 -59 bị tiền tăng huyết áp là 47,3%) [1]. Kết quả này là cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tước (tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở người trên 25 tuổi là 5,6%) [4]. Điều này có thể lý giải là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi 40-49 tuổi, đây là nhóm tuổi có nguy

cơ tiền THA và đều sinh sống tại khu vực ngoại ô thành phố Thái Bình, cả 2 xã đều có điều kiện kinh tế, văn hóa-xã hội phát triển.

Theo các chuyên gia về tim mạch cho biết tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp thì bản thân cũng sẽ có nguy cơ bị tăng huyết áp. Tăng huyết áp là bệnh có thể tránh ngay dù có lưu hành trong gia đình. Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy đối tượng có cha mẹ bị mắc tăng huyết áp chiếm 28,5%.

Đã có nhiều tác giả cho rằng tiền THA có liên quan đến nghề nghiệp, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở nhóm người lao động trí óc là 48,4%, cao hơn so với lao động chân tay là 46,9%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tiền tăng huyết áp sẽ dẫn đến tăng huyết áp, khi bị tăng huyết áp nếu không được điều trị sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng. Thành động mạch chịu áp lực quá tải do tăng huyết áp gây ra có thể làm tổn thương nghiêm trọng nhiều cơ quan quan trọng của cơ thể.

Tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp có đặc tính là không gây ra dấu hiệu hay triệu chứng gì, vì vậy người ta mới gọi đó là kẻ giết người thầm lặng. Nếu chỉ căn cứ vào cảm giác khoẻ mạnh để coi là mình có huyết áp bình thường là không đủ. Cách duy nhất để biết có tăng huyết áp không là kiểm tra huyết áp [2],[3],[7].

#### V. KẾT LUẬN

Qua điều tra 400 người dân, độ tuổi trung niên từ 40-59 tuổi, kết quả cho thấy tỷ lệ tiền THA chiếm 47,2%, trong đó nam (48,9%) cao hơn so với nữ (46,8%) ( $p < 0,05$ ). Độ tuổi 40-44 chiếm 48,6% cao hơn so với độ tuổi 45-49 (46,2%) ( $p > 0,05$ ).

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở nhóm người lao động trí óc là 48,4%, cao hơn so với lao động chân tay là 46,9% ( $p > 0,05$ ).



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Dương Thị Hồng, Phan Trọng Lâm (2016)**. Thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 4 (177) 2016
2. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cs (2003)**, “Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001-2002”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (33), Hà Nội. Tr.9-34.
3. **Thạch Nguyễn (2007)**. Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. *Nhà xuất bản Y học*, tr 31-78.
4. **Nguyễn Hữu Tước (2014)**. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân trên 25 tuổi sinh sống tại phường Trang Hạ thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXIV, số 1 (149) 2014, trang 80-85.
5. **Brenda Goodman, MA (2011)**; Even Slightly High Blood Pressure Is Associated With Significant Stroke Risk; WebMD Health News
6. **Chrysohoou C, Pitsavos C, Panagiotakos DB, Skourmas J, Stefanadis C (2004)**. Association between prehypertension status and inflammatory markers related to atherosclerotic disease: the ATTICA Study. *Am J Hypertens*. 2004;17:568–573.
7. **Laura P. Svetkey (2005)**. Management of Prehypertension, <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000167152.98618.4b> Hypertension. 2005;45:1056–1061
8. **WHO (2013)**, A global brief on Hypertension; 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27.

# ĐÁNH GIÁ HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI TỈNH ĐỒNG NAI NĂM 2018

Lê Thị Ngọc Ánh<sup>1</sup>, Phan Tân Dân<sup>2</sup>, Đặng Văn Chính<sup>1</sup>, Nguyễn Công Khanh<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp giữa định lượng và định tính, được thực hiện từ 1/2018 - 7/2018 tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai, TTYTDP tỉnh Đồng Nai, TTYT Tp. Biên Hòa và 02 trạm y tế Phường Long Bình và xã Tam Phước nhằm đánh giá hiệu quả của hệ thống giám sát bệnh Tay Chân Miệng (TCM) theo Thông tư 54/2015/TT-BYT. Chúng tôi phỏng vấn sâu 14 nhân viên y tế và thu thập thông tin từ 50 bệnh án để đánh giá các đặc tính của Hệ thống gồm: tính hoàn thiện và chất lượng dữ liệu, tính đơn giản, tính linh hoạt, và tính chấp nhận. Kết quả cho thấy, phần lớn nhân viên y tế đều cho rằng Hệ thống vận hành đơn giản, dễ thực hiện, khá linh hoạt và 100% nhân viên đều muốn tiếp tục công việc trong Hệ thống giám sát TCM. Về tính hoàn thiện của dữ liệu: chỉ có 84% ca bệnh được báo cáo lên phần mềm, trong đó có 21,4% ca báo cáo không đầy đủ thông tin. Các thông tin còn thiếu phần lớn là số điện thoại và phân độ bệnh. Ngoài ra, 61,9% ca báo cáo sai ngày khởi phát, 23,8% ca không cập nhật phân độ bệnh, 4,8% ca sai ngày nhập viện, 9,5% ca có địa chỉ tạm trú sai, 4,8% ca sai ngày xuất viện. Hệ thống cần được hoàn thiện và cần nâng cao chất lượng của các dữ liệu báo cáo.

**Từ khóa:** Bệnh Tay Chân Miệng, Hệ thống giám sát, tỉnh Đồng Nai

## ABSTRACT:

### EVALUATION OF THE HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE (HFMD) SURVEILLANCE SYSTEM IN DONG NAI PROVINCE, VIETNAM, 2018

The cross-sectional study, using quantitative and qualitative methods, was conducted from January to July 2018 at Dong Nai Children's Hospital, Dong Nai province Preventive Medicine Center, Bien Hoa city

Preventive Medicine Center, and 02 Commune Health Center in Long Binh and Tam Phuoc Commune, to assess effectiveness of Hand, Foot, and Mouth disease (HFMD) surveillance system in accordance with Circular 54/2015/Cir-MOH. A total of 14 in-depth interviews with medical staff were done, and 50 medical records were randomly selected, to evaluate attributes of the HFMD surveillance system, including simplicity, flexibility, acceptability, data completeness, and data quality. The results showed that most health workers assumed that the implementation system is quite simple, easy to implement, quite flexible and 100% of interviewees were ready to continue the work in the system. However, the assessment of the completeness of data showed that only 84% of cases were reported to the software; of which, 21.4% of reports were incomplete. The missing information were mostly the lack of phone numbers and severity levels. In addition, 61.9% of cases' onset dates reported were inaccurate and 23.8% of the cases had not updated severities, 4.8% incorrect admission days, 9.5% incorrect accommodation addresses, 4.8% incorrect discharged dates. The system should be improved its completeness and quality of the reported data.

**Keywords:** Hand Foot and Mouth Disease, surveillance system, Dong Nai, Vietnam

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân và miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, do nhóm virus đường ruột là Coxsackievirus A16 (CA16) và Enterovirus 71 (EV71) gây ra. Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá với nguồn lây chính là nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh. Bệnh TCM có thể dễ dàng lây lan nhanh và bùng phát thành dịch lớn nếu không được kiểm soát kịp thời, bệnh có thể diễn biến nặng và dẫn đến tử vong. Hiện nay

1. Viện Y tế Công cộng Tp.HCM. Điện thoại: 0976119309 Email: lengocanh309@yahoo.com
2. Bệnh viện Dã chiến 2.1 Việt Nam, Phái bộ LHQ tại Nam Xu-dăng.
3. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương



bệnh TCM vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng bệnh [ 1], [2].

Bệnh TCM xảy ra tại nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Năm 2016, tại Trung Quốc có 2.141.471 trường hợp mắc TCM (với 204 ca tử vong), tại Nhật Bản có 61.965 trường hợp mắc TCM, tại Singapore có 39.911 trường hợp và tại Việt Nam có 46.388 trường hợp mắc TCM trong đó có 01 trường hợp tử vong [3].

Tại Việt Nam, bệnh TCM đang là vấn đề y tế công cộng quan tâm, bệnh xuất hiện quanh năm và có khuynh hướng tăng cao từ tháng 3- tháng 6 và từ tháng 9- tháng 12 [4]. Năm 2012 cả nước ghi nhận 75.268 trường hợp mắc TCM trong đó có 41 trường hợp tử vong. Khu vực phía Nam đứng đầu trong cả nước về số ca mắc và tử vong do TCM (chiếm trên 60%). Trong đó, cao nhất là TP.HCM (13.199 ca mắc), tiếp đến là Đồng Nai (8.655 ca mắc). Mặc dù có tổng số ca mắc TCM thấp hơn nhưng Đồng Nai lại đứng đầu về số ca mắc/100.000 dân (320,9/100.000 dân so với khu vực phía Nam là 259,9/100.000 dân) [5].

Tỉnh Đồng Nai là một trong các tỉnh đã và đang áp dụng giám sát bệnh TCM qua phần mềm của Hệ thống Thông tư 54 theo quy định của Bộ Y tế. Nhằm đánh giá Hệ thống giám sát, hỗ trợ cho các hoạt động điều tra và kiểm soát ổ dịch được hiệu quả, kịp thời ngăn chặn và hạn chế sự lây lan của bệnh TCM trên địa bàn tỉnh Đồng Nai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá các đặc tính của Hệ thống giám sát bệnh TCM theo Thông tư 54/2015/TT-BYT, gồm tính hoàn thiện của dữ liệu, chất lượng dữ liệu, tính đơn giản, tính linh hoạt và tính chấp nhận.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế hoạt động trong Hệ thống giám sát bệnh TCM tại tỉnh Đồng Nai;

Hồ sơ bệnh án và các báo cáo ca bệnh trên phần mềm Thông tư 54.

#### 2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai, TTYTDP tỉnh Đồng Nai, TTYTDP Tp. Biên Hòa và 02 trạm y tế phường Long Bình và xã Tam Phước.

#### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1- 7/2018

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu

**Nghiên cứu định lượng:** Đánh giá tính hoàn thiện và chất lượng dữ liệu của Hệ thống giám sát TCM, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 50 hồ sơ bệnh án là các ca bệnh TCM tại Khoa Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai được điều trị trong thời gian từ tháng 1- tháng 5 năm 2018. Thông tin trên các bệnh án sẽ được so sánh với thông tin của chính các ca bệnh này báo cáo trên phần mềm Thông tư 54. Bộ câu hỏi soạn sẵn được thiết lập theo Biểu mẫu 1- Báo cáo trường hợp bệnh theo Thông tư 54/2015/TT-BYT để thu thập thông tin ca bệnh.

**Nghiên cứu định tính:** Đánh giá tính đơn giản, tính linh hoạt, tính chấp nhận Hệ thống và những thuận lợi, khó khăn khi thực hiện Hệ thống giám sát TCM. Phương pháp phỏng vấn sâu được thực hiện trên 14 nhân viên y tế là trưởng/phó Khoa và nhân viên phụ trách quản lý dữ liệu về bệnh Tay Chân Miệng tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai (Phòng Khám (2 người), Khoa Nhiệt đới (02 người), Phòng Kế hoạch tổng hợp (02 người)), tại TTYTDP tỉnh Đồng Nai (Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm (02 người), tại TTYTDP TP. Biên Hòa (khoa Kiểm soát bệnh tật và HIV/AIDS (02 người) và tại Trạm y tế Phường Long Bình và xã Tam Phước (mỗi đơn vị 02 người trưởng/phó trạm và nhân viên phụ trách bệnh TCM).

#### 2.2.3 Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 13.0, các biến số được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Số liệu định tính sau khi thu thập được giải bang và trình bày dưới dạng văn bản.

#### 2.2.4. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin của các đối tượng được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện. Nghiên cứu này không làm tổn hại về mặt thể chất và tinh thần của đối tượng tham gia nghiên cứu, do đó không vi phạm vấn đề y đức.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tính hoàn thiện của dữ liệu

**Bảng 1. Tính hoàn thiện của dữ liệu (n=50)**

Tính hoàn thiện dữ liệu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Số ca bệnh trong hồ sơ bệnh án được nhập lên phần mềm của Hệ thống (n=50)	42/50	84,0
Số ca bệnh báo cáo không đầy đủ thông tin theo mẫu quy định (n=42)	9/42	21,4
Số ca bệnh thiếu số điện thoại liên lạc hoặc số điện thoại không chính xác (n=42)	7/42	16,7
Số ca bệnh không ghi phân độ (n=42)	2/42	4,8

Chỉ có 42/50 ca (84%) bệnh TCM được báo cáo lên phần mềm của hệ thống Thông tư 54. Trong số những ca được báo cáo lên phần mềm có 9 ca có đầy đủ thông tin theo mẫu báo cáo Thông tư 54 quy định. Các thông tin còn

thiếu trong các báo cáo phần lớn là thiếu số điện thoại hoặc số điện thoại không chính xác chiếm 16,7%. Ngoài ra, có 4,8% ca bệnh thiếu phân độ bệnh.

**3.2. Chất lượng của dữ liệu**

**Bảng 2. Chất lượng của dữ liệu (n=42)**

Chất lượng dữ liệu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Số ca bệnh được chẩn đoán đúng theo Quyết định 1003/QĐ-BYT	42/42	100,0
Số ca bệnh báo cáo sai ngày khởi phát	26/42	61,9
Số ca bệnh báo cáo sai ngày nhập viện	5/42	11,9
Số ca bệnh báo cáo sai ngày xuất viện	2/42	4,8
Số ca bệnh thay đổi phân độ chẩn đoán nhưng không được cập nhật lên Hệ thống	10/42	23,8
Số ca bệnh TCM đã xác minh, điều tra nhưng không tìm thấy trên địa bàn	2/42	4,8
Số ca bệnh có địa chỉ tạm trú sai	4/42	9,5

Trong số những ca bệnh được báo cáo lên Hệ thống giám sát thì có đến 61,9% ca sai ngày khởi phát bệnh và 23,8% ca thay đổi phân độ chẩn đoán nhưng không được cập nhật. Bên cạnh đó có 4,8% ca bệnh báo cáo sai ngày nhập viện và có 9,5% ca bệnh có địa chỉ tạm trú sai. Ngoài ra có 4,8% ca bệnh báo cáo sai ngày xuất viện, và 4,8% ca bệnh đã xác minh, điều tra nhưng không tìm thấy theo địa chỉ khai báo của bệnh nhân.

**3.3. Tính đơn giản, tính linh hoạt và tính chấp nhận**

**3.3.1. Tính đơn giản:** Kết quả phỏng vấn sâu 14 nhân viên y tế thực hiện trong Hệ thống giám sát bệnh TCM từ TTYTDP tỉnh, TTYT huyện, trạm y tế và Bệnh viện Nhi Đồng Nai cho thấy có 13/14 nhân viên y tế (chiếm 92,8%) cho rằng Hệ thống báo cáo ca bệnh theo Thông tư 54 rất đơn giản, chỉ có 1/14 nhân viên (7%) không có ý kiến. Các thông tin ca bệnh được thu thập, nhập liệu, cập nhật vào

phần mềm và trích xuất từ phần mềm Thông tư 54 khá đơn giản, dễ dàng thực hiện. Hệ thống phần mềm Thông tư 54 có tốc độ đường truyền khá ổn định, các nhân viên phụ trách nhập liệu và triết xuất báo cáo hiếm khi không truy cập được vào phần mềm. Trước kia, khi không có phần mềm TT54 thì việc phản hồi, xác minh thông tin ca bệnh vẫn được thực hiện nhưng khá chậm. Từ khi có phần mềm TT54 thì việc nhận thông tin, báo cáo, xác minh ca bệnh và xử lý ổ dịch được nhanh hơn, giúp ích cho công tác dự phòng và xử lý ngăn chặn dịch TCM hiệu quả hơn.

**3.3.2. Tính linh hoạt:** 100% (14/14) nhân viên được phỏng vấn đều trả lời Hệ thống báo cáo theo Thông tư 54 linh hoạt. Các nhân viên đều cho rằng việc chỉnh sửa các thông tin sai hoặc thêm các thông tin cần thiết, cập nhật các thông tin (thay đổi địa chỉ, thay đổi chẩn đoán) trong các ca bệnh trên Hệ thống khá dễ dàng và linh hoạt.



Việc áp dụng Hệ thống báo cáo theo Thông tư 54 giúp thuận lợi cho việc lấy thông tin, kết xuất báo cáo khi cần thiết (số lượng ca bệnh, thời gian xảy ra, nơi xảy ra, phân độ nặng, xử lý dịch) một cách dễ dàng, tiện lợi giúp cho công tác báo cáo và giám sát bệnh TCM được linh hoạt và hiệu quả hơn. Tuy nhiên việc nhập liệu ca bệnh lên Hệ thống cần linh hoạt hơn bằng cách kết nối được với danh sách các ca bệnh có sẵn thông tin đầy đủ lên phần mềm thay vì phải nhập lại từng ca. Ngoài ra Hệ thống chưa kiểm soát/ lọc tốt các trường hợp ca bệnh nhập nhiều lần trên Hệ thống do bệnh nhân đến khám ở nhiều cơ sở y tế khác nhau nên gây mất thời gian cho người quản lý báo cáo phải sàng lọc lại.

**3.3.3. Tính chấp nhận:** Có 7/14 nhân viên (50%) cho rằng thực hiện theo báo cáo Thông tư 54 là thêm việc, tốn thời gian, áp lực công việc tăng nhưng không có chế độ phụ cấp. Do quy định bệnh TCM phải được báo cáo trong vòng 24h, nhân viên nhập liệu phải làm việc cả thứ 7 và chủ nhật nhưng không có thêm phụ cấp/ thù lao. Một số trường hợp khi thu thập thông tin từ bệnh nhân/ người nhà là ông bà/ cô chú không nhớ chính xác số điện thoại, địa chỉ nhà, hoặc thời điểm khởi phát bệnh nên người thu thập thông tin mất thời gian phải đợi người nhà điện thoại hỏi lại thông tin mới thu thập được. Tuy nhiên 14/14 (100%) nhân viên y tế được phỏng vấn trả lời chấp nhận sẵn sàng tiếp tục thực hiện công việc của Hệ thống giám sát bệnh TCM vì đó là nhiệm vụ được giao, vì trách nhiệm với cộng đồng, và có thêm thông tin và kiến thức. Ngoài ra, 01 nhân viên y tế quản lý số liệu TCM cho biết “Làm việc trên phần mềm TT54 về bệnh TCM giúp tôi có thêm thông tin về khu vực nào có dịch lớn, nơi nào có số ca nặng nhiều, từ đó tôi có thể tư vấn hoặc cảnh báo cho bạn bè, họ hàng ở những khu vực đó để có biện pháp dự phòng, tránh mắc bệnh cho trẻ”.

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh tay chân miệng là bệnh nhiễm vi rút cấp tính, thường xảy ở trẻ nhỏ và lây truyền rất nhanh nếu ca bệnh không được kiểm soát kịp thời, đặc biệt trong mùa tựu trường, trẻ tập trung vào năm học mới, điều kiện thời tiết thuận lợi, điều kiện vệ sinh chưa đảm bảo là yếu tố thuận lợi cho sự lây lan và phát triển của dịch bệnh [6]. Theo quy định của Bộ Y tế, bệnh Tay Chân Miệng là 1 trong các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm phải báo cáo ngay sau khi

có chẩn đoán không quá 24h. Hệ thống giám sát bệnh Tay Chân Miệng được thực hiện theo quy định hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm của Thông tư 54/2015/TT-BYT ban hành ngày 28/12/2015 [7]. Hệ thống giám sát này đã được áp dụng trên tất cả các tỉnh, thành của Việt Nam. Với mục tiêu là chủ động dự báo và phát hiện sớm ca bệnh, bao vây và xử lý kịp thời không để dịch lan rộng.

Qua phỏng vấn nhân viên y tế thực hiện công việc liên quan trong Hệ thống giám sát bệnh TCM theo Thông tư 54 tại Đồng Nai cho thấy: hầu hết nhân viên đều cho rằng Hệ thống thực hiện khá đơn giản, dễ thực hiện và khá linh hoạt và 100% nhân viên đều sẵn sàng tiếp tục thực hiện công việc của Hệ thống. Tuy nhiên, kết quả đánh giá tính hoàn thiện của dữ liệu trong Hệ thống giám sát cho thấy chỉ có 84% ca bệnh TCM được báo cáo lên phần mềm của Hệ thống. Trong đó có 21,4% ca báo cáo không đầy đủ thông tin theo mẫu quy định. Các thông tin còn thiếu phần lớn là thiếu số điện thoại hoặc số điện thoại không chính xác chiếm 16,7% và thiếu phân độ bệnh (4,8%).

Ngoài ra, sau khi kiểm tra chất lượng thông tin từ các báo cáo ca bệnh được trên phần mềm cho thấy, có đến 61,9% ca báo cáo sai ngày khởi phát và 23,8% ca thay đổi phân độ chẩn đoán nhưng không được cập nhật lên Hệ thống, 4,8% ca bệnh báo cáo sai ngày nhập viện, 9,5% ca bệnh có địa chỉ tạm trú sai, 4,8% ca bệnh báo cáo sai ngày xuất viện và 4,8% ca bệnh đã xác minh, điều tra nhưng không tìm thấy trên địa bàn. Các trường hợp này gây khó khăn cho công tác điều tra, xác minh và xử lý ca bệnh kịp thời, đặc biệt là đối với các vùng đông dân như thành phố Biên Hòa, nơi tập trung nhiều khu công nghiệp, hiện có hơn 1 triệu dân, phường đông nhất là 150.000 dân.

Bên cạnh đó, theo báo cáo của TTYT TP. Biên Hòa - Định nghĩa ổ dịch TCM (02 ca bệnh trong vòng 7 ngày trong 01 ấp) chưa thực tế và chưa phù hợp ở tỉnh Đồng Nai, đặc biệt là ở thành phố Biên Hòa vì 01 khu phố có diện tích rất lớn. Do đó ổ dịch nên được định nghĩa theo bán kính tính từ nhà có ca mắc bệnh đầu tiên.

#### V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Hệ thống giám sát bệnh TCM thông qua phần mềm Thông tư 54 đã được triển khai khá hiệu quả tại Đồng Nai. Phần lớn nhân viên y tế thực hiện công việc liên quan trong Hệ thống đều đánh giá hệ thống này khá đơn giản, dễ thực

hiện và linh hoạt; 100% nhân viên đều sẵn sàng tiếp tục thực hiện công việc trong Hệ thống.

Bên cạnh đó, thông tin ca bệnh nhập lên Hệ thống giám sát còn thiếu về số lượng cũng như chất lượng thông tin, thiếu và sai nhiều thông tin như số điện thoại, phân độ bệnh, ngày khởi phát, ngày nhập viện, ngày xuất viện và

địa chỉ tạm trú của bệnh nhân.

Do đó, các ca bệnh TCM cần được phát hiện, điều tra kịp thời, thông tin ca bệnh cần được thu thập đầy đủ, kiểm tra kỹ trước khi cập nhật lên Hệ thống phần mềm. Khi có sự thay đổi thông tin của ca bệnh (ra viện hoặc thay đổi mức độ bệnh) nhân viên cần cập nhật sớm lên Hệ thống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012) Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh tay chân miệng, Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2012: tr. 1-4.
2. WHO (2011) A Guide to Clinical Management and Public Health Response of Hand, Foot and Mouth disease (HFMD). WHO \$ REDI centre. pp.10-29.
3. WHO (2016) Hand, Foot and Mouth Disease Situation Update Number, 503. Surveillance summary in the Western Pacific Region:pp.1-4.
4. Hữu TN. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh Tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía Nam Việt Nam giai đoạn 2005-2011. Tạp chí Y học TpHCM. 2012; tập 16 (phụ bản số 3): tr. 19-25.
5. Cục Y tế Dự phòng. Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2012, Bộ Y tế. Hà Nội 2013.
6. Cục Y tế Dự phòng- Bộ Y tế (2018) Chủ động phòng bệnh tay chân miệng, <http://vncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/2361/chu-dong-phong-benh-tay-chan-mieng>, truy cập ngày 25.04.2018.
7. Bộ Y tế (2015) Hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm, Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. tr.1-23.



# THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA TRẠM Y TẾ XÃ TẠI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Phạm Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>, Đỗ Huy Giang<sup>2</sup>, Vũ Kim Dung<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện tại 68 trạm y tế xã/thị trấn thuộc tỉnh Thái Bình năm 2018 nhằm mục đích mô tả thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả cho thấy: Trung bình mỗi trạm y tế đã khám chữa bệnh cho  $5756 \pm 2590$  (Trung bình  $\pm$  Độ lệch chuẩn) lượt bệnh nhân, số lượt khám bảo hiểm y tế trung bình là  $1914 \pm 1044$  lượt và có trung bình  $96 \pm 111$  lượt sơ, cấp cứu. Tỷ lệ trạm thực hiện được trên 50% số kỹ thuật, thủ thuật được phê duyệt chỉ chiếm 38,2%. Có đến 98,5% số trạm y tế chưa đủ trang thiết bị y tế theo quy định, 70,6% số trạm y tế chưa đủ danh mục thuốc theo quy định. Trong tổng số 356 nhân viên y tế, có gần 1 nửa số nhân viên y tế là y sỹ (41,6%), tỷ lệ bác sĩ chiếm khoảng 1/5 (19,1%), tỷ lệ nhân viên có chuyên môn được, hộ sinh và điều dưỡng lần lượt là 18,8%; 13,2% và 7,3%.

**Từ khóa:** Trạm y tế xã, khám chữa bệnh, nhân viên y tế.

## ABSTRACT:

### HEALTHCARE PROVIDED BY COMMUNE HEALTH STATIONS IN THAI BINH, 2017

The study was conducted at 68 commune health stations (CHS) in Thai Binh province in 2018 with the aim of describing the current status of healthcare service in the commune health stations in the study sites. The results show that: On average, each CHS provided consultation and treatment for  $5756 \pm 2590$  (average  $\pm$  standard deviation) patients, of which the average number of patients with health insurance was  $1914 \pm 1044$ . The number of emergency service provided by CHS was  $96 \pm 111$ . Percentage of CHS that performed more than 50% of the registered technical procedures only accounted for

38.2%. Up to 98.5% of CHS was reported to be lack of medical equipment, 70.6% being lack of medicine. In a total of 356 health workers, the proportion of doctors accounts for about one fifth (19.1%), the proportion of health workers specialized in pharmacy, maternity and nursing were 18.8%; 13.2% and 7.3%.

**Key words:** Commune health station, healthcare, health worker

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạng lưới y tế cơ sở, gồm y tế thôn, xã, phường, thị trấn, huyện là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội. Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước đã rất quan tâm đầu tư phát triển mạng lưới y tế tuyến này, các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được triển khai rộng khắp và hiệu quả. Tuy nhiên, bên cạnh kết quả đạt được, mạng lưới y tế cơ sở vẫn còn yếu kém chưa thích ứng với sự phát triển của xã hội và sự thay đổi của cơ cấu bệnh tật; chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

Câu hỏi đặt ra là: Hiện nay thực trạng hoạt động của các trạm y tế như thế nào; các nhân viên y tế tuyến xã đã hoàn thành chức trách nhiệm vụ của mình đến đâu; thực trạng công tác khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến xã ra sao; làm thế nào để có thể nâng cao được chất lượng hoạt động của trạm y tế xã, góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên? Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại tỉnh Thái Bình năm 2017**” với mục tiêu:

*Mô tả thực trạng cơ sở vật chất, nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại tỉnh Thái Bình năm 2017.*

## 1. Trường ĐH Y Dược Thái Bình,

Tác giả chính: Phạm Thị Mỹ Hạnh. SĐT: 0943162636

## 2. Sở Y tế Thái Bình

» Ngày nhận bài: 15/03/2019 | » Ngày phản biện: 21/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 28/03/2019

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tài liệu, số liệu sẵn có tại trạm y tế về: Cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, hoạt động khám chữa bệnh.

Nhân viên y tế làm việc tại các trạm y tế.

### 2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2018.

### 2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu*

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*Cỡ mẫu và cách chọn mẫu*

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ. Chúng tôi đã điều tra

được 68 trạm y tế xã gồm 356 nhân viên y tế. Trên thực tế phỏng vấn được 345 nhân viên y tế. Những nhân viên y tế không điều tra được là do họ không có mặt tại trạm y tế vào thời điểm tiến hành điều tra.

- Chọn mẫu: Chọn toàn bộ trạm y tế xã thuộc địa bàn nghiên cứu và toàn bộ nhân viên y tế làm việc tại các trạm y tế đã được chọn.

### 2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Sử dụng bộ phiếu thu thập thông tin tại trạm y tế về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, các kỹ thuật chuyên môn. Thu thập số liệu thứ cấp về hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế thông qua sổ sách, báo cáo của các trạm y tế.

Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp nhân viên y tế bằng bộ câu hỏi được chuẩn bị trước.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1: Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc của trạm y tế xã (n=68)**

	Số trạm y tế	Tỷ lệ phần trăm
Tình trạng nhà chữa tốt	32	47,1
Số phòng chữa đủ theo Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014	8	11,8
Trang thiết bị văn phòng chữa đủ theo Quyết định 1020/QĐ-BYT ngày 22/03/2004	36	52,9
Trang thiết bị y tế chữa đủ theo Quyết định 1020/QĐ-BYT ngày 22/03/2004	67	98,5
Danh mục thuốc chữa đủ theo Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017	48	70,6

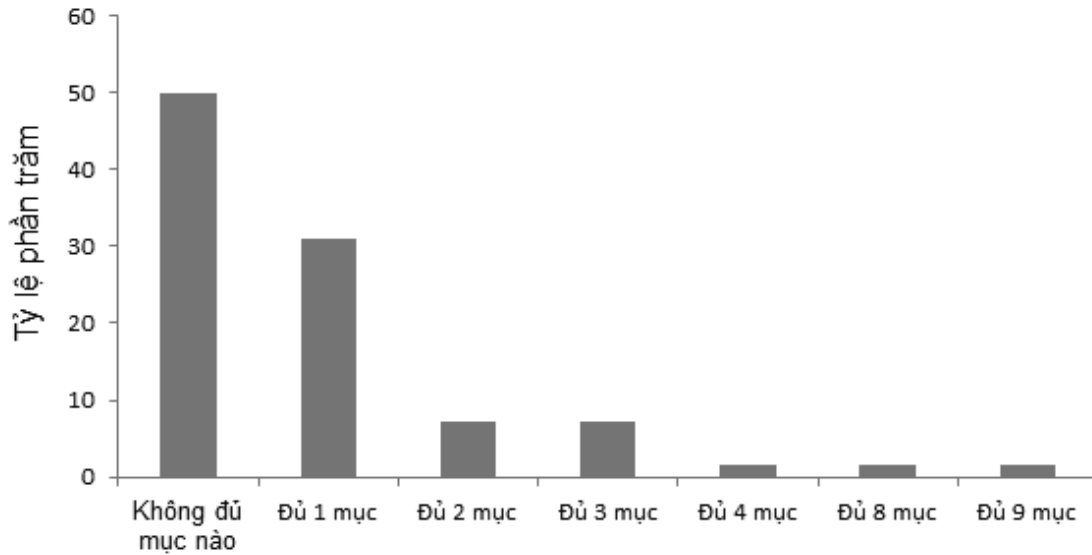
Kết quả bảng 3.1 cho thấy có đến 98,5% số trạm y tế chữa đủ trang thiết bị y tế theo quy định, 70,6% số trạm y tế chữa đủ danh mục thuốc theo quy định, 52,9% số trạm y tế chữa đủ trang thiết bị văn phòng theo quy định, 47,1% số trạm y tế có tình trạng nhà chữa tốt và 11,8% số trạm y tế chữa đủ số phòng theo quy định.

Theo Quyết định số 1020/QĐ-BYT ngày 22/03/2004

của Bộ Y tế về việc bổ sung vào danh mục trang thiết bị tại trạm y tế xã có bác sỹ, danh mục trang thiết bị được quy định gồm 9 mục: Khám, điều trị chung; Y học cổ truyền; Chuyên khoa tai mũi họng – răng hàm mặt – mắt; Xét nghiệm; Khám, điều trị sản phụ khoa – đỡ đẻ; Dụng cụ diệt khuẩn; Thiết bị thông dụng; Túi y tế thôn bản; Gói đỡ đẻ sạch.



**Biểu đồ 3.1: Tình trạng trang thiết bị y tế tại trạm y tế**

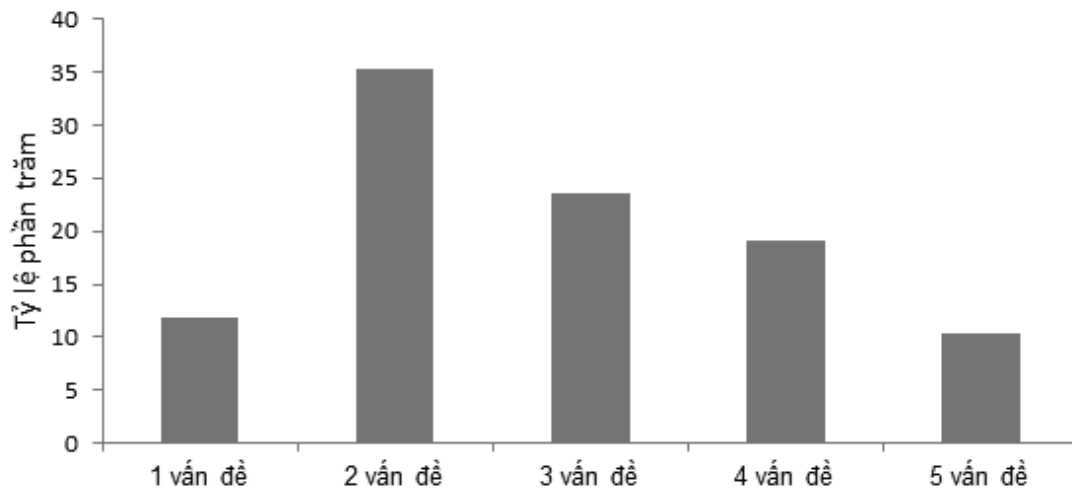


Biểu đồ 3.1 cho thấy, số lượng trạm y tế không đủ bất kỳ mục nào trong danh mục trang thiết bị y tế theo quy định là khá cao (34/68 trạm), số trạm chỉ đủ 1 mục là 21/68 trạm, 5/68 là số trạm đủ 2 và 3 mục. Chỉ có duy nhất 1 trạm đầy đủ các mục trong danh mục trang thiết bị y tế

theo quy định.

Trong nghiên cứu đề cập đến 6 vấn đề về cơ sở vật chất tại trạm y tế bao gồm: tình trạng nhà, số phòng của trạm y tế, trang thiết bị y tế, trang thiết bị văn phòng, danh mục thuốc của trạm và cơ sở thuốc cho phòng chống dịch.

**Biểu đồ 3.2: Số lượng vấn đề mà các trạm y tế gặp phải.**



Tất cả các trạm y tế trong nghiên cứu đều gặp phải các vấn đề trong 6 vấn đề về cơ sở vật chất, trang thiết bị. Ngoại trừ thuốc phòng chống dịch tất cả các trạm đều có đủ, những vấn đề khác đều có thể gặp phải ở ít nhất

một trạm. Tỷ lệ trạm gặp phải 2 vấn đề chiếm nhiều nhất (35,3%) và có tới 7 trạm (10,3%) gặp phải tất cả các vấn đề về cơ sở vật chất, trang thiết bị.

**Bảng 3.2: Trình độ chuyên môn và chức danh theo việc làm của nhân viên y tế**

	Số người	Tỷ lệ phần trăm
<b>Trình độ chuyên môn</b>		
Bác sỹ	68	19,1
Y sỹ	148	41,6
Hộ sinh	47	13,2
Điều dưỡng	26	7,3
Dược	67	18,8
Tổng	356	100,0
<b>Chức danh theo việc làm</b>		
Khám chữa bệnh	84	24,3
Y tế dự phòng	72	20,9
Hộ sinh	73	21,2
Y học cổ truyền	53	15,4
Dược	65	18,8
Khác	21	6,1
Tổng	345	100,0

Tại các trạm y tế xã, có gần 1 nửa số nhân viên y tế là y sỹ (41,6%). Tỷ lệ bác sĩ chiếm khoảng 1/5 (19,1%). Tỷ lệ nhân viên có chuyên môn dược, hộ sinh và điều dưỡng lần lượt là 18,8%; 13,2% và 7,3%.

**Bảng 3.3: Độ bao phủ y tế thôn tại các xã (n=68)**

Độ bao phủ	Số xã	Tỷ lệ phần trăm
Dưới 1 y tế thôn/1 thôn	4	5,9
1 y tế thôn/1 thôn	10	14,7
Trên 1 y tế thôn/1 thôn	54	79,4

Hầu hết các xã đều có từ 1 y tế thôn/1 thôn trở lên (64/68 trạm). Chỉ có 4 xã là có dưới 1 y tế thôn/1 thôn.

**Bảng 3.4: Tỷ lệ kỹ thuật, thủ thuật thực hiện được theo phê duyệt của Sở Y tế (n=68)**

Tỷ lệ kỹ thuật, thủ thuật thực hiện được	Số trạm y tế	Tỷ lệ phần trăm
Dưới 50%	42	61,8
Từ 50% trở lên	26	38,2





Kết quả trên cho thấy tỷ lệ trạm thực hiện được trên 50% số kỹ thuật, thủ thuật chỉ chiếm chưa tới ½ số trạm y tế trong nghiên cứu (38,2%).

**Bảng 3.5: Hoạt động khám chữa bệnh tại trạm y tế xã**

	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Số lượt khám chữa bệnh tại trạm y tế	5756 ± 2590	1034	13154
Số lượt khám bảo hiểm y tế	1914 ± 1044	334	4765
Số lượt sơ cấp cứu	96 ± 111	0	560
Số lượt chuyển tuyến	226 ± 656	0	4758
Tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý sớm	89,4 ± 9,2	52,0	100,0
Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai 3 lần	92,9 ± 11,0	50,0	100,0
Số ca đẻ trong năm	97 ± 40	0	180
Số ca đẻ tại trạm y tế	2 ± 3	0	23
Số ca nạo hút thai trạm y tế quản lý	4 ± 9	0	55

Trung bình mỗi trạm y tế đã khám chữa bệnh cho 5756 ± 2590 lượt bệnh nhân với xã cao nhất đạt 13154 lượt. Số lượt khám bảo hiểm y tế trung bình là 1914 ± 1044 lượt và có trung bình 96 ± 111 lượt sơ, cấp cứu. Số trường hợp chuyển tuyến trung bình là 226 ± 656 lượt. Trạm y tế có lượt sơ cấp cứu và chuyển viện nhiều nhất lần lượt là 560 và 4758 lượt. Riêng trạm y tế thị trấn Vũ Thư không có lượt sơ cấp cứu và chuyển tuyến nào.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 68 trạm y tế trên địa bàn nghiên cứu có đến 98,5% số trạm y tế chưa đủ trang thiết bị y tế theo Quyết định 1020/QĐ-BYT. Một nghiên cứu thực hiện trên 270 trạm y tế xã tại Thái Bình năm 2012 cũng cho thấy thực trạng trang thiết bị tại các trạm y tế rất hạn chế, cũ, lạc hậu và nghèo nàn. Các thiết bị phổ biến ở trạm chỉ có gồm ống nghe, máy đo huyết áp, một số dụng cụ khám phụ khoa và bàn đẻ. Nhiều loại dụng cụ có nhưng không được sử dụng hoặc không sử dụng được.

Về cơ cấu nhân lực tại các trạm y tế, có gần 1 nửa số nhân viên y tế là y sỹ (41,6%). Tỷ lệ bác sĩ chiếm 19,1%. Tỷ lệ bác sĩ, y sỹ đa khoa cao hơn so với kết quả nghiên cứu được thực hiện tại các trạm y tế ở Nghi Lộc, Nghệ An năm 2014, cho thấy: tỷ lệ bác sĩ, y sỹ đa khoa, điều dưỡng trung học lần lượt chiếm 15,2%; 17,7% và 20,3%.

Trung bình trong năm 2017 mỗi trạm y tế đã khám chữa bệnh cho 5756 ± 2590 lượt bệnh nhân với xã cao nhất đạt 13154 lượt. Kết quả này cao hơn so với một nghiên cứu tại trạm y tế xã Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội với số lượt người ốm đến khám chữa bệnh tại trạm y tế xã trong 6 tháng đầu năm 2009 là 1560 lượt. Số lượt khám bảo hiểm y tế trung bình là 1914 ± 1044 lượt và có trung bình 96 ± 111 lượt sơ, cấp cứu. Số trường hợp chuyển tuyến trung bình là 226 ± 656 lượt. Những số liệu trên cho thấy, lượng bệnh nhân tới sử dụng dịch vụ y tế tại các trạm y tế xã không phải là thấp, lượt khám bảo hiểm y tế đạt khoảng 1/3 số lượt khám chữa bệnh chung. Số trường hợp chuyển tuyến chỉ chiếm khoảng 4% số lượt khám chữa bệnh tại trạm cho thấy phần nào năng lực thực hiện các hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế đã được cải thiện. Tuy nhiên, tỷ lệ trạm thực hiện được trên 50% số kỹ thuật, thủ thuật Sở Y tế phê duyệt chỉ chiếm chưa tới ½ số trạm y tế trong nghiên cứu (38,2%). Kết quả này cũng là phù hợp khi xem xét thực tế về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các trạm y tế còn nhiều thiếu thốn. Khi không có đủ trang thiết bị và nhân lực hoặc nhân lực thiếu kỹ năng, trình độ sẽ dẫn tới hạn chế của việc triển khai các kỹ thuật, thủ thuật và dịch vụ y tế của cơ sở y tế.

## V. KẾT LUẬN

### Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại tỉnh Thái Bình năm 2017.

Tình trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị tại các trạm y tế đều còn tồn tại nhiều vấn đề và chưa đáp ứng được các tiêu chuẩn: 98,5% số trạm y tế chưa đủ trang thiết bị y tế, 70,6% số trạm y tế chưa đủ danh mục thuốc, 52,9% số trạm y tế chưa đủ trang thiết bị văn phòng, 47,1% số trạm y tế có tình trạng nhà chưa tốt và 11,8% số trạm y tế chưa đủ số phòng theo quy định.

Trong tổng số 356 nhân viên y tế, có 41,6% số nhân viên y tế là y sĩ, tỷ lệ bác sĩ chiếm 19,1%. Tỷ lệ nhân viên có chuyên môn dược, hộ sinh và điều dưỡng lần lượt là 18,0%; 15,0% và 8,4%. Trung bình mỗi trạm có 1 bác sĩ, tuy nhiên trên thực tế vẫn có xã chưa có bác sĩ làm việc tại trạm.

Số lượt khám chữa bệnh trung bình trong năm tại mỗi trạm y tế là  $5756 \pm 2590$  lượt, trong đó khám bảo hiểm y tế là  $1914 \pm 1044$  lượt. Số lượt sơ cấp cứu trung bình là  $96 \pm$

111 lượt với số trường hợp chuyển tuyến trung bình là  $226 \pm 656$  trường hợp.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Cải thiện về cơ sở vật chất các trạm y tế cả về số lượng và chất lượng, cụ thể xây mới, bổ sung hoặc sửa chữa các phòng bệnh, phòng chức năng.

Thường xuyên cải thiện tình trạng vệ sinh môi trường trong và quanh trạm.

Bảo dưỡng, sửa chữa và bổ sung đủ trang thiết bị y tế theo quy định và các thiết bị thiết yếu phục vụ khám chữa bệnh ban đầu.

Bổ sung đảm bảo về cả số lượng và chất lượng thuốc đúng, đủ theo quy định, và đủ cho nhu cầu điều trị các bệnh thường gặp tại trạm y tế xã.

2. Có các chính sách thu hút nhân lực trình độ cao, bác sĩ về trạm y tế xã, đồng thời có chế độ đào tạo lại, đào tạo liên tục cho nhân viên y tế nhằm đảm bảo cán bộ y tế đủ khả năng thực hiện các nhiệm vụ tại trạm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017* Quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
2. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014 về việc ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020.*
3. Bộ Y tế (2004), *Quyết định số 1020/QĐ-BYT ngày 22/03/2004 về việc ban hành sửa đổi danh mục trang thiết bị y tế trạm y tế xã có bác sĩ vào danh mục trang thiết bị y tế bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và túi y tế thôn bản* ban hành kèm theo Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/02/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Phạm Quang Hòa (2012), *Thực trạng quá tải ở bệnh viện các tuyến và mối liên quan với hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã tại tỉnh Thái Bình*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Nguyễn Duy Luật, Hoàng Trung Kiên (2010), *Nghiên cứu thực trạng công tác khám chữa bệnh tại trạm y tế xã Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội*, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 70 (5), tr.124-129.
6. Lê Giang Nam (2014), *Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân và năng lực cung cấp dịch vụ của các trạm y tế xã huyện Nghi Lộc, tỉnh Nghệ An năm 2014*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thái Bình.



# KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI TRỰC TIẾP SẢN XUẤT RƯỢU TẠI XÃ VŨ TIẾN, HUYỆN VŨ THỤ, TỈNH THÁI BÌNH

Ninh Thị Nhung<sup>3</sup>, Đinh Thị Ngọc Thủy<sup>1</sup>, Trương Hồng Sơn<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất rượu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 127 chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công thuộc địa bàn nghiên cứu. **Kết quả:** 2,7% đối tượng được cấp giấy xác nhận kiến thức, có 81,9% đối tượng biết về các điều kiện chung cần có để đảm bảo ATTP khi tiến hành sản xuất thực phẩm, điểm trung bình của tổng điểm kiến thức là  $17,2 \pm 4,9$ , tỷ lệ chung đạt yêu cầu kiến thức về ATTP chiếm 6,3%; trong đó chủ cơ sở chiếm 6,8% cao hơn so với người trực tiếp sản xuất (5,7%).

**Từ khóa:** An toàn thực phẩm; sản xuất rượu thủ công; kiến thức; Thái Bình.

## SUMMARY:

**KNOWLEDGE OF FOOD SAFETY OF ALCOHOL DIRECTLY PRODUCERS IN VU TIEN COMMUNE, VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE**

**Objective:** To evaluate the knowledge of food safety of alcohol directly producers. **Methods:** cross-sectional study on 127 owners and alcohol directly producers in the study area. **Results:** 2,7% of the study subjects were granted a certificate of knowledge, 81,9% of them knew about the general conditions needed to ensure food safety when conducting food production, the average score of the total of knowledge points is  $17.2 \pm 4.9$ , the rate of satisfactory knowledge of food safety accounts for 6,3%; in which owners accounted for 6,8% higher than direct producers (5,7%).

This was a cross-sectional descriptive study conducted at Vu Tien commune, Vu Thu district, Thai

Binh province about knowledge of food safety of people directly producing alcohol. The result show that:

**Keywords:** Food safety; wine production manually; knowledge; Thai Binh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu rượu đã là một thức uống quen thuộc, việc sử dụng rượu coi là một phương thức giao tiếp và trở thành thói quen mang đậm nét văn hoá gắn liền với đời sống văn hoá tại nhiều nước trên thế giới trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên rượu bia lại là chất gây nghiện nên người sử dụng rất dễ lạm dụng và phụ thuộc. Uống rượu bia vượt ngưỡng an toàn là tác nhân nguy hiểm gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe của người uống. Đặc biệt từ đầu năm 2017 đến nay số vụ ngộ độc rượu đã tăng đột biến. Có thể thấy các vụ tai nạn giao thông hiện nay phần lớn là do tác động của rượu bia. Trong rượu không chỉ có ethanol mà còn có thể chứa một lượng lớn methanol, aldehyde, furfural và các chất độc hại khác, gây độc mạnh hơn ethanol, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến bộ máy tuần hoàn, hô hấp và thần kinh của con người [4].

Hiện nay, Việt Nam có hơn 320 cơ sở sản xuất rượu có quy mô lớn, sản xuất khoảng 360 triệu lít rượu/năm; các cơ sở sản xuất nhỏ có sản lượng dưới 1 triệu lít/năm, các hộ gia đình tự sản xuất ước tính khoảng 250 triệu lít/năm. Rượu chưng cất ở Việt Nam (chủ yếu là rượu trắng) đa số được sản xuất tự do tại các địa phương và hầu hết đều nấu bằng phương pháp thủ công. Nhiều người nấu, nhiều cách nấu và nguyên liệu mỗi nơi mỗi khác nên chất lượng rượu không đồng đều. Với số lượng rượu được sản xuất lớn như vậy, vấn đề chất lượng, an toàn rượu bia đang là vấn đề “nóng” trong toàn xã hội [5], [7].

## 1. Chi cục ATTP tỉnh Thái Bình

SĐT: 0985635786; Email: ngocthuyanh89@gmail.com

## 2. Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

## 3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 05/04/2019 | » Ngày phản biện: 09/04/2019 | » Ngày duyệt đăng: 15/04/2019

Thái Bình là địa bàn có nhiều cơ sở sản xuất rượu thủ công để đáp ứng nhu cầu tiêu dùng, xu hướng sử dụng rượu, bia đang ngày càng gia tăng. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất rượu tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2018.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu: Chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất rượu thủ công

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2018 – 3/2019

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

#### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu: Đánh giá kiến thức là toàn bộ 127 chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công thuộc địa bàn nghiên cứu.

b/ Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ 127 chủ cơ sở và người trực tiếp tham gia sản xuất rượu tại các cơ sở đã chọn.

### 2.3. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

Phòng vấn trực tiếp kiến thức ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất rượu: Sử dụng 01 bộ phiếu điều tra thiết kế sẵn (phụ lục 2) gồm 30 câu hỏi, các câu hỏi kiến thức được xây dựng dựa trên Quyết định số 6409/QĐ-BCT ngày 21/7/2014 [1].

### 2.4. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Phần đánh giá kiến thức căn cứ Điều 11, Thông tư số 13/2014/TTLT-BYT - BNNPTNT - BCT ngày 9 tháng 4 năm 2014 [3] như sau:

- Trả lời được  $\geq 80\%$  số lượng câu hỏi ( $\geq 24$  câu) thì toàn bộ phiếu đó đạt. Đánh giá kiến thức đạt.

- Trả lời được  $< 80\%$  số lượng câu hỏi ( $< 24$  câu) thì phiếu đó được tính là không đạt. Đánh giá kiến thức không đạt.

**2.5. Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi điều tra xử lý bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để xử lý với các test thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Thông tin chung về chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất rượu (n = 127)**

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	65	51,2
	Nữ	62	48,8
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	2	1,6
	40 – 60 tuổi	106	83,4
	> 60 tuổi	19	15,0
Trình độ học vấn	Tiểu học	36	28,3
	Trung học cơ sở	84	66,2
	Trung học phổ thông	7	5,5
	Trung cấp trở lên	0	0

Qua bảng kết quả 3.1 cho thấy, trong tổng số 127 người trực tiếp sản xuất rượu thủ công được điều tra, nam chiếm 51,2%; nữ là 48,8%. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi chiếm 1,6%; nhóm tuổi từ 40-60 tuổi chiếm 83,4% và

nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi chiếm 15%. Đồng thời, các đối tượng điều tra có trình độ tiểu học chiếm 28,3%; trình độ trung học cơ sở chiếm 66,2%; trình độ trung học phổ thông chiếm 5,5%.



**Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu được cấp giấy chứng nhận**

Giấy chứng nhận	Chủ cơ sở (n = 74)		Người trực tiếp SX (n = 53)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giấy xác nhận kiến thức	2	2,7	2	3,8
Giấy khám sức khỏe	4	5,4	3	5,7

Trong số 74 chủ cơ sở, số người được cấp giấy xác nhận kiến thức chiếm 2,7% và có cấp giấy khám sức khỏe là 5,4%. Trong số 53 người trực tiếp sản xuất, số người được cấp giấy xác nhận kiến thức chiếm 3,8% và được cấp giấy khám sức khỏe là 5,7%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết các khái niệm và các điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm**

Thông tin		Chủ cơ sở (n = 74)		Người trực tiếp SX (n = 53)		Chung (n = 127)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Điều kiện	Cơ sở	7	9,5	4	7,5	11	8,7
	Trang thiết bị, dụng cụ	3	4,1	4	7,5	7	5,5
	Con người	2	2,7	3	5,7	5	3,9
	Cả 3 điều kiện trên	62	83,7	42	79,3	104	81,9
Khái niệm	Thực phẩm	48	64,9	43	81,1	91	71,7
	Sản xuất thực phẩm	43	58,1	25	47,2	68	53,5
	Kinh doanh thực phẩm	38	51,4	31	58,5	69	54,3

Qua kết quả bảng 3.3 cho thấy sự hiểu biết của 127 đối tượng nghiên cứu về các điều kiện ATTP cần có khi tiến hành sản xuất thực phẩm đa số chọn 3 điều kiện về cơ sở, trang thiết bị dụng cụ, điều kiện về con người chiếm 81,9%; trong đó chủ cơ sở chiếm 83,7%; người trực tiếp sản xuất chiếm 79,3%. Tiếp đến chọn điều kiện về cơ sở chiếm 8,7%; trong đó chủ cơ sở chiếm 9,5% và người trực tiếp sản xuất chiếm 7,5%. Tỷ lệ đối tượng chọn điều kiện về con người chiếm 3,9% trong đó chủ cơ sở chiếm 3,7% và người sản xuất

chiếm 5,7%. Số còn lại chọn điều kiện trang thiết bị dụng cụ chiếm 5,5%.

Sự hiểu biết đúng về khái niệm thực phẩm của đối tượng nghiên cứu chiếm 71,7% trong đó chủ cơ sở chiếm 64,9% người trực tiếp sản xuất chiếm 81,1%. Tiếp theo tỷ lệ đối tượng biết về khái niệm sản xuất thực phẩm là 53,5% trong đó chủ cơ sở chiếm 58,1% và người trực tiếp sản xuất chiếm 47,2%. Có 54,3% đối tượng biết khái niệm kinh doanh thực phẩm, trong đó chủ cơ sở chiếm 51,4% và người trực tiếp sản xuất chiếm 58,5%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết các điều kiện an toàn tại khu vực sản xuất và kho bảo quản thực phẩm**

Đặc điểm	Chủ cơ sở (n = 74)		Người trực tiếp SX (n = 53)		Chung (n = 127)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Khu vực sản xuất cách biệt nguồn ô nhiễm	41	55,4	33	62,3	74	58,3
Kho bảo quản thực phẩm phải đảm bảo theo quy định	33	44,6	33	62,3	66	52,0

Qua kết quả bảng 3.4 cho thấy, sự hiểu biết đúng của đối tượng nghiên cứu về điều kiện tại khu vực sản xuất cách biệt nguồn ô nhiễm chiếm 58,3%; trong đó chủ cơ sở chiếm 55,4% và người trực tiếp sản xuất chiếm 62,3%. Có

52% đối tượng nghiên cứu biết về điều kiện tại kho bảo quản thực phẩm đảm bảo theo quy định; trong đó chủ cơ sở chiếm 44,6% và người trực tiếp sản xuất chiếm 62,3%.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết các điều kiện về nguyên liệu, bao bì, thành phẩm**

Đặc điểm	Chủ cơ sở (n = 74)		Người trực tiếp SX (n = 53)		Chung (n = 127)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nguyên liệu, bao bì, thành phẩm không được bảo quản chung trong cùng một khu vực	32	43,2	26	49,1	58	45,7
Nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách tường $\geq 30$ cm	45	60,8	21	39,6	76	59,8
Nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách trần $\geq 50$ cm	42	56,8	26	49,1	68	53,5
Nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách nền $\geq 15$ cm	26	35,1	22	41,5	48	37,8
Bao bì, dụng cụ tiếp xúc với thực phẩm bảo đảm theo quy định	56	75,7	41	77,4	97	76,4

Qua kết quả bảng 3.5 cho thấy có 45,7% đối tượng biết về nguyên liệu, bao bì, thành phẩm không được bảo quản chung trong cùng một khu vực; trong đó chủ cơ sở chiếm 43,2%; người trực tiếp sản xuất chiếm 49,1%.

Số đối tượng biết về nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách trần  $\geq 50$ cm chiếm 53,5%; trong đó chủ cơ sở chiếm 56,8% và người trực tiếp sản xuất chiếm 49,1%.

Tiếp theo số đối tượng biết về nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách nền  $\geq 15$ cm chiếm 37,8%; trong đó chủ cơ sở chiếm 35,1% và người trực tiếp sản xuất

chiếm 41,5%.

Đồng thời, sự hiểu biết đúng về bao bì, dụng cụ tiếp xúc với thực phẩm bảo đảm theo quy định của đối tượng nghiên cứu chiếm 76,4%; trong đó chủ cơ sở chiếm 75,7% và người trực tiếp sản xuất chiếm 77,4%.

Đa số đối tượng biết về quy định vệ sinh tay đối với người sản xuất thực phẩm chiếm 86,6%; trong đó chủ cơ sở chiếm 89,2% và người trực tiếp sản xuất chiếm 83%. Số người biết về quy định đối tượng cần có giấy xác nhận kiến thức chiếm 59,8%.



**Bảng 3.6. Điểm trung bình kiến thức về ATTP của người sản xuất Và chủ cơ sở theo giới tính**

Điểm	Giới tính	Nam (n = 65)	Nữ (n = 62)	Chung (n = 127)	P
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Kiến thức chung		11,2 ± 3,9	11,2 ± 3,7	11,2 ± 3,8	> 0,05
Kiến thức chuyên ngành		5,8 ± 1,8	6,1 ± 2,0	6,0 ± 1,9	> 0,05
Tổng điểm		17,0 ± 4,8	17,3 ± 5,0	17,2 ± 4,9	> 0,05

Qua bảng 3.6 cho thấy, nhìn chung số điểm trung bình kiến thức của nam tương đương với nữ. Số điểm trung bình của kiến thức chung là 11,2 ± 3,8; trong đó điểm trung bình kiến thức chung của nam là 11,2 ± 3,9 tương đương với nữ là 11,2 ± 3,7. Số điểm trung bình của kiến thức chuyên ngành là 6,0 ± 1,9; trong đó điểm

trung bình kiến thức chuyên ngành của nam là 5,8 ± 1,8 thấp hơn so với nữ là 6,1 ± 2,0. Số điểm trung bình của tổng điểm là 17,2 ± 4,9 trong đó điểm trung bình tổng điểm của nam là 17,0 ± 4,8 thấp hơn so với nữ 17,3 ± 5,0. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 3.7. Điểm trung bình kiến thức về ATTP của người sản xuất và chủ cơ sở theo thời gian làm nghề của đối tượng**

Điểm	Thời gian làm nghề	< 10 năm (n = 8)	10-20 năm (n = 54)	>20 năm (n = 65)	P
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Kiến thức chung		11,4 ± 4,6	10,9 ± 3,9	11,4 ± 3,7	> 0,05
Kiến thức chuyên ngành		6,4 ± 1,6	5,9 ± 2,1	5,9 ± 1,8	> 0,05

Theo kết quả bảng trên cho thấy, trong đó thời gian làm nghề < 10 năm là 11,4 ± 4,6; thời gian làm nghề 10 đến 20 năm là 10,9 ± 3,9 và > 20 năm là 11,4 ± 3,7. Số điểm trung bình kiến thức chuyên ngành ở thời gian làm

nghề < 10 năm là 6,4 ± 1,6; thời gian làm nghề 10 đến 20 năm là 5,9 ± 2,1 và > 20 năm là 5,9 ± 1,8. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**Bảng 3.8. Đánh giá kiến thức của chủ cơ sở, người trực tiếp sản xuất rượu**

Phân loại kiến thức	Chủ cơ sở (n = 74)		Người trực tiếp SX (n = 53)		Chung (n = 127)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Kiến thức đạt	5	6,8	3	5,7	8	6,3
Kiến thức không đạt	69	93,2	50	94,3	119	93,7

Theo kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ có kiến thức đạt chiếm 6,3%, ở đối tượng chủ cơ sở chiếm 6,8% và ở người trực tiếp sản xuất chiếm 5,7%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 127 người sản xuất rượu thủ công được

điều tra, kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn của các đối tượng điều tra thấp, trình độ tiểu học chiếm 28,3%; trình độ trung học cơ sở chiếm 66,2%; trình độ trung học phổ thông chiếm 5,5% và không có người có trình độ từ trung cấp, cao đẳng trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lâm Quốc Hùng và cộng sự năm 2013:

trình độ học vấn của chủ cơ sở sản xuất rượu có 26,5% người học tiểu học; 44,5% người học THCS và cũng không có người có trình độ trung học/cao đẳng trở lên [6].

Thông tư số 57/2015/TT-BCT ban hành ngày 31 tháng 12 năm 2015 quy định điều kiện đảm bảo ATTP trong sản xuất thực phẩm nhỏ lẻ thuộc trách nhiệm quản lý nhà nước của Bộ Công thương quy định chủ cơ sở và người trực tiếp tham gia sản xuất phải có Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm (còn hiệu lực) do cơ quan có thẩm quyền cấp [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số người được cấp giấy xác nhận kiến thức rất thấp, chiếm 3,1%; trong đó chủ cơ sở chiếm 2,7%; người trực tiếp sản xuất chiếm 3,8%.

Đa số các đối tượng hiểu đúng về các điều kiện chung (điều kiện cơ sở, điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện con người) cần có để đảm bảo ATTP khi tiến hành sản xuất thực phẩm chiếm 81,9%; trong đó chủ cơ sở chiếm 83,7% cao hơn người trực tiếp sản xuất chiếm 79,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả của một nghiên cứu trước đây, tỷ lệ người hiểu đúng về các điều kiện chung cần có để đảm bảo ATTP khi tiến hành sản xuất thực phẩm chiếm 85,5%; trong đó chủ cơ sở cao hơn người trực tiếp sản xuất (87,9% > 84,8%) [7].

Sự hiểu biết đúng về khái niệm thực phẩm của đối tượng nghiên cứu chiếm đa số 71,7%; trong đó chủ cơ sở chiếm 64,9% thấy hơn người trực tiếp sản xuất chiếm 81,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng biết về khái niệm sản xuất thực phẩm là thấp, chỉ có 53,5%; trong đó chủ cơ sở chiếm 58,1% và người trực tiếp sản xuất chiếm 47,2%. Tiếp theo, có 54,3% đối tượng biết khái niệm kinh doanh thực phẩm; trong đó chủ cơ sở chiếm 51,4% và người trực tiếp sản xuất chiếm 58,5%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 58,3% đối tượng nghiên cứu biết về điều kiện tại khu vực sản xuất cần phải cách biệt nguồn ô nhiễm, trong đó chủ cơ sở chiếm 55,4% và người trực tiếp sản xuất chiếm 62,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lâm Quốc Hùng và các cộng sự về thực trạng nhận thức, thái độ và thực hành quy định bảo đảm an toàn thực phẩm của chủ cơ sở, người trực tiếp sản xuất tại cơ sở sản xuất rượu lên men truyền trên địa bàn Tp. Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh, có 97,0% chủ cơ sở và người sản xuất rượu cho rằng cần quy định về đặt cơ sở các xa nguồn ô nhiễm [6].

Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu biết về các điều kiện về kho bảo quản thực phẩm, các bảo quản nguyên liệu, bao bì, thành phẩm còn thấp. Kết quả cho thấy có 52% đối tượng nghiên cứu biết về điều kiện tại kho bảo quản

thực phẩm cần đảm bảo theo quy định; trong đó tỷ lệ của chủ cơ sở thấp người trực tiếp sản xuất (44,6% < 62,3%). Trong 127 đối tượng nghiên cứu có 45,7% đối tượng biết về nguyên liệu, bao bì, thành phẩm không được bảo quản chung trong cùng một khu vực; trong đó chủ cơ sở chiếm 43,2% thấp hơn người trực tiếp sản xuất chiếm 49,1%. Có 59,8% đối tượng nghiên cứu biết về nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách tường  $\geq 30$ cm, trong đó chủ cơ sở cao hơn người trực tiếp sản xuất (60,8% > 39,6%). Số đối tượng biết về nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách trần  $\geq 50$ cm chiếm 53,5%; kết quả này lại cho thấy tỷ lệ hiểu biết của chủ cơ sở chiếm 56,8% cao hơn người trực tiếp sản xuất chiếm 49,1%. Tiếp theo số đối tượng biết về nguyên liệu, sản phẩm phải được bảo quản cách nền  $\geq 15$ cm chiếm 37,8%; trong đó chủ cơ sở chiếm 35,1% và người trực tiếp sản xuất chiếm 41,5%. Thực tế, các cơ sở sản xuất theo thời vụ hoặc theo nhu cầu, đơn đặt hàng của khách hàng, việc bảo quản nguyên liệu, thành phẩm diễn ra không thường xuyên liên tục nên chưa được các cơ sở quan tâm, tuân thủ đúng theo quy định.

Nhìn chung số điểm trung bình kiến thức của nam tương đương với nữ. Số điểm trung bình của kiến thức chung là  $11,2 \pm 3,8$ ; trong đó điểm trung bình kiến thức chung của nam là  $11,2 \pm 3,9$  tương đương với nữ là  $11,2 \pm 3,7$ ; tuy nhiên sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê. Số điểm trung bình của kiến thức chuyên ngành là  $6,0 \pm 1,9$ ; trong đó điểm trung bình kiến thức chuyên ngành của nam là  $5,8 \pm 1,8$  thấp hơn so với nữ là  $6,1 \pm 2,0$ . Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Trần Bảo Huyền với điểm trung bình kiến thức chung về ATTP của người sản xuất rượu là  $14 \pm 2,9$ ; điểm trung bình kiến thức chuyên ngành là  $8,5 \pm 1,6$ . Kết quả nghiên cứu này khi đánh giá kiến thức của người sản xuất rượu cho thấy: trong 127 đối tượng điều tra, tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức chung về ATTP là rất thấp chiếm 6,3%; trong đó chủ cơ sở chiếm 6,8% cao hơn so với người trực tiếp sản xuất (5,7%). Trong một nghiên cứu của Lê Minh Uy về kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh an toàn của người sản xuất thực phẩm, tiến hành trên 385 cơ sở sản xuất tại An Giang cho thấy Tỷ lệ người có kiến thức đúng về VSATTP là 2,08% [8].

Qua đây chúng ta cũng thấy được một mặt của công tác truyền thông nâng cao nhận thức của người sản xuất rượu về ATTP trong phòng chống ô nhiễm thực phẩm, phòng chống ngộ độc thực phẩm còn chưa hiệu quả, chương trình mục tiêu ATTP chưa đạt được thành quả như mong đợi. Vì vậy, để góp phần đảm bảo ATTP cần triển khai đồng bộ các giải





pháp đẩy mạnh hơn nữa công tác giáo dục, nâng cao kiến thức - thái độ - thực hành của người sản xuất rượu trong việc thực hiện nghiêm túc quy trình kỹ thuật, chấp hành các quy định về ATTP trong sản xuất kinh doanh rượu thủ công bằng cách mở nhiều lớp tập huấn; tăng cường công tác tuyên truyền trên nhiều phương tiện thông tin đại chúng như báo, đài phát thanh, truyền hình...

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức về ATTP chiếm 6,3%; trong đó chủ cơ sở chiếm 6,8% cao hơn so với người trực tiếp sản xuất (5,7%).

- Có 81,9% đối tượng biết về các điều kiện chung cần có để đảm bảo ATTP khi tiến hành sản xuất thực phẩm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Công thương (2014), Quyết định số 6409/QĐ-BCT ngày 21/7/2014
2. Bộ Công thương (2015), Thông tư số 57/2015/TT-BCT ngày 31 tháng 12 năm 2015 *Quy định điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm trong sản xuất thực phẩm nhỏ lẻ thuộc trách nhiệm quản lý nhà nước của Bộ Công thương*, Hà Nội.
3. Bộ Y tế - Bộ Nông nghiệp Phát triển Nông thôn - Bộ Công thương (2014), Thông tư số 13/2014/TTLT-BYT - BNNPTNT - BCT ngày 9 tháng 4 năm 2014.
4. Chính phủ (2014), Quyết định số 244/QĐ-TTg ngày 12/2/2014 của Thủ tướng Chính phủ về *Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020*.
5. Phạm Xuân Đà (2009), Nghiên cứu thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất rượu trắng chưng cất theo phương pháp truyền thống tại Việt Nam, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 3 (102), 52-56.
6. Lâm Quốc Hùng và cộng sự (2014), Thực trạng về nhận thức, thái độ và thực hành quy định bảo đảm an toàn thực phẩm tại cơ sở sản xuất rượu thủ công trên địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 4, 71-74.
7. Nguyễn Thanh Phong về đánh giá kiến thức thực hành về ATTP của người sản xuất chế biến thực phẩm tại một số tỉnh thuộc các vùng sinh thái của Việt Nam năm 2011.
8. Lê Minh Uy (2010), Kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh an toàn của người sản xuất thực phẩm tại An Giang năm 2009, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14 (phụ bản số 2), 323-326.

# THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM CÁC CƠ SỞ SẢN XUẤT RƯỢU THỦ CÔNG TẠI XÃ VŨ TIẾN, HUYỆN VŨ THƯ, TỈNH THÁI BÌNH

Đinh Thị Ngọc Thủy<sup>1</sup>, Trương Hồng Sơn<sup>2,3</sup>, Ninh Thị Nhung<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Hà My<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm các cơ sở sản xuất rượu thủ công tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2018. Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các cơ sở sản xuất rượu thủ công và sản phẩm rượu thủ công. Xác định hàm lượng các chất dựa vào TCVN 2009, đánh giá hàm lượng các chất dựa vào Quy chuẩn QCVN 6-3:2010/BYT. Kết quả: cho thấy có 37,8% cơ sở có trang thiết bị dụng cụ vệ sinh sạch sẽ. Số cơ sở sử dụng dụng cụ làm nguội cơm có chất liệu đạt ATTP là 16,2%; số cơ sở sử dụng dụng cụ ủ lên men có chất liệu đạt ATTP là 23%; có 97,3% cơ sở sử dụng nồi nấu rượu có chất liệu đạt ATTP; có 74,3% cơ sở sử dụng dụng cụ chứa rượu có chất liệu đạt ATTP. Số cơ sở sử dụng men nấu rượu có nguồn gốc rõ ràng chiếm 33,8%. Các mẫu rượu có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol cao nhất là 139,7 mg/L; chỉ tiêu Aldehyt cao nhất là 1190,1 mg/L; chỉ tiêu Furfurol cao nhất là 10,6 mg/L. Kết luận: Chất lượng rượu có liên quan đến việc cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP.

**Từ khóa:** An toàn thực phẩm; sản xuất rượu thủ công; Thái Bình.

## SUMMARY:

### REALITY OF FOOD SAFETY CONDITIONS AT MANUAL WINE PRODUCTION FACILITIES IN VU TIEN COMMUNE, VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE

Objectives: To describe the food safety conditions among local distilleries which produce handcrafted spirits in Vu Tien commune, Vu Thu district, Thai Binh

1. Chi cục ATTP tỉnh Thái Bình

2. Viện Y học ứng dụng Việt Nam

3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả chính: Đinh Thị Ngọc Thủy, ĐT: 0985635786; Email: ngocthuyanh89@gmail.com

province in 2018. Subjects and methods: descriptive cross-sectional studies on craft wine production facilities and manual liquor products. Determining the concentration of substances based on TCVN 2009 and assessing the concentration of substances based on QCVN 6-3: 2010 / BYT Regulation. Results: there is 37.8% of facilities with clean sanitation facilities. The percentage of facility using coolant with rice to reach food safety reached 16.2%; the number of facilities using fermentation tools with materials reaching food safety is 23%; 97.3% of facilities using alcohol cookers have food safety materials; 74.3% of facilities using alcoholic containers have material with food safety. The percentage of facility using clear origin yeast is 33.8%. Alcohol samples with the highest methanol test result are 139.7 mg / L; The highest Aldehyt index is 1190.1 mg / L; The highest index of Furfurol is 10.6 mg / L. Conclusion: The quality of alcohol is related to the certification of food safety conditions.

**Keywords:** Food safety; wine production manually; Thai Binh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu rượu đã là một thức uống quen thuộc, việc sử dụng rượu coi là một phương thức giao tiếp và trở thành thói quen mang đậm nét văn hoá gắn liền với đời sống văn hoá tại nhiều nước trên thế giới trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên rượu bia lại là chất gây nghiện nên người sử dụng rất dễ lạm dụng và phụ thuộc. Uống rượu bia vượt ngưỡng an toàn là tác nhân nguy hiểm gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sức khoẻ của người uống. Đặc biệt từ đầu năm 2017 đến nay số vụ ngộ độc

rượu đã tăng đột biến. Có thể thấy các vụ tai nạn giao thông hiện nay phần lớn là do tác động của rượu bia. Trong rượu không chỉ có ethanol mà còn có thể chứa một lượng lớn methanol, aldehyde, furfurool và các chất độc hại khác, gây độc mạnh hơn ethanol, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến bộ máy tuần hoàn, hô hấp và thần kinh của con người [3].

Hiện nay, Việt Nam có hơn 320 cơ sở sản xuất rượu có quy mô lớn, sản xuất khoảng 360 triệu lít rượu/năm; các cơ sở sản xuất nhỏ có sản lượng dưới 1 triệu lít/năm, các hộ gia đình tự sản xuất ước tính khoảng 250 triệu lít/năm. Rượu chưng cất ở Việt Nam (chủ yếu là rượu trắng) đa số được sản xuất tự do tại các địa phương và hầu hết đều nấu bằng phương pháp thủ công. Nhiều người nấu, nhiều cách nấu và nguyên liệu mỗi nơi mỗi khác nên chất lượng rượu không đồng đều. Với số lượng rượu được sản xuất lớn như vậy, vấn đề chất lượng, an toàn rượu bia đang là vấn đề “nóng” trong toàn xã hội [5], [6].

Thái Bình là địa bàn có nhiều cơ sở sản xuất rượu thủ công để đáp ứng nhu cầu tiêu dùng, xu hướng sử dụng rượu, bia đang ngày càng gia tăng. Cho đến nay trên địa bàn toàn tỉnh chưa có đánh giá về vấn đề bảo đảm ATTP tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công lên men bằng phương pháp truyền thống trên địa bàn này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu:

*Mô tả thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm các cơ sở sản xuất rượu thủ công tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2018.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu:

+ Các cơ sở sản xuất rượu thủ công bằng phương pháp lên men truyền thống.

+ Sản phẩm rượu tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2018 – 3/2019

Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu*

Là nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

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

a/ Cỡ mẫu

- Toàn bộ 74 cơ sở sản xuất rượu thủ công thuộc địa

bàn nghiên cứu.

- Toàn bộ 74 mẫu rượu thu được tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công được chọn vào nghiên cứu

b/ Phương pháp chọn mẫu:

- Phương pháp chọn cơ sở sản xuất rượu thủ công: Căn cứ vào danh sách các cơ sở sản xuất rượu thủ công do Trạm y tế xã Vũ Tiến thống kê, chọn toàn bộ các cơ sở sản xuất rượu thủ công tại xã Vũ Tiến, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

- Chọn mẫu rượu để lấy: Mỗi cơ sở sản xuất rượu thủ công chọn vào nghiên cứu lấy 1 mẫu (1000ml) đã nấu trong thời gian  $\leq 7$  ngày.

### 2.3. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- Sử dụng bảng kiểm trực tiếp

- Xét nghiệm mẫu rượu: Lấy mẫu rượu: theo hướng dẫn của Thông tư 14/2011/TT-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2011

+ Xác định hàm lượng ethanol theo TCVN 8008:2009

+ Xác định hàm lượng aldehyde theo TCVN 8009:2009

+ Xác định hàm lượng Methanol theo phương pháp sắc ký khí TCVN 8010:2009. (AOAC 958.04)

+ Xác định hàm lượng Furfurool theo TCVN 7886:2009

+ Kiểm nghiệm các chỉ tiêu chất lượng, ATTP các mẫu rượu tại labo đạt chuẩn ISO của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình.

### 2.4. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá các điều kiện đảm bảo ATTP: Dựa trên các qui định được ban hành kèm theo Chương IV, mục 1 Điều 22 khoản c của Luật ATTP; Thông tư số 57/2015/TT-BCT ngày 31 tháng 12 năm 2015 quy định điều kiện bảo đảm ATTP trong sản xuất thực phẩm nhỏ lẻ thuộc trách nhiệm quản lý nhà nước của Bộ Công thương và Nghị định 105/2017/NĐ-CP ngày 14 tháng 9 năm 2017 của Chính phủ Quy định về kinh doanh rượu [1],[4].

- Kết quả xét nghiệm mẫu rượu được đánh giá dựa theo Quy chuẩn QCVN 6-3:2010/BYT Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các sản phẩm đồ uống có cồn và Tiêu chuẩn TCVN 7043:2013 về rượu trắng [2].

### 2.5. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để xử lý với các test thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của các cơ sở sản xuất rượu (n = 74)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có giấy chứng nhận	2	2,7
Có ghi nhãn rượu	1	1,4
Có giấy phép kinh doanh	2	2,7

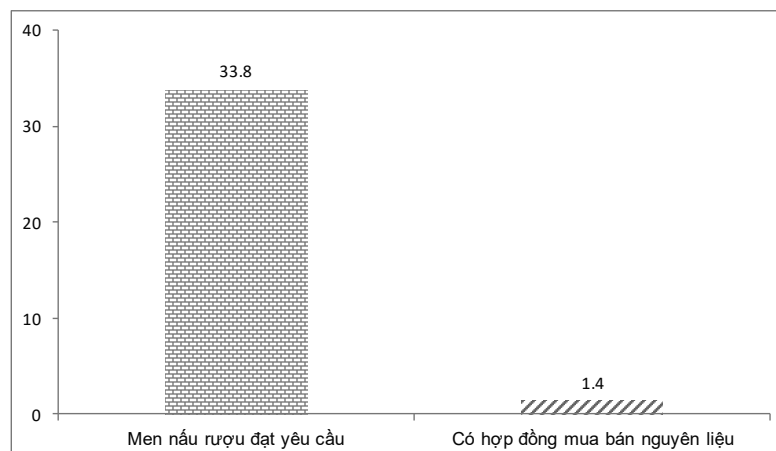
Qua kết quả bảng 3.1 cho thấy, trong số 74 cơ sở sản xuất rượu thủ công được điều tra, số cơ sở có giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực chiếm tỷ lệ 2,7%. Số cơ sở sản xuất rượu thủ công có ghi nhãn rượu chiếm 1,4%, có 2,7% cơ sở có giấy phép kinh doanh chiếm.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ các cơ sở sản xuất rượu đạt yêu cầu về thiết bị dụng cụ (n = 74)**

Trang thiết bị dụng cụ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất liệu dụng cụ làm nguội com	12	16,2
Chất liệu dụng cụ ủ lên men	17	23
Chất liệu nồi nấu rượu	72	97,3
Chất liệu ống dẫn thu rượu	62	83,8
Chất liệu dụng cụ chứa rượu	55	74,3
Có đủ hóa chất tẩy rửa vệ sinh	34	45,9
Trang thiết bị dụng cụ vệ sinh sạch sẽ	28	37,8

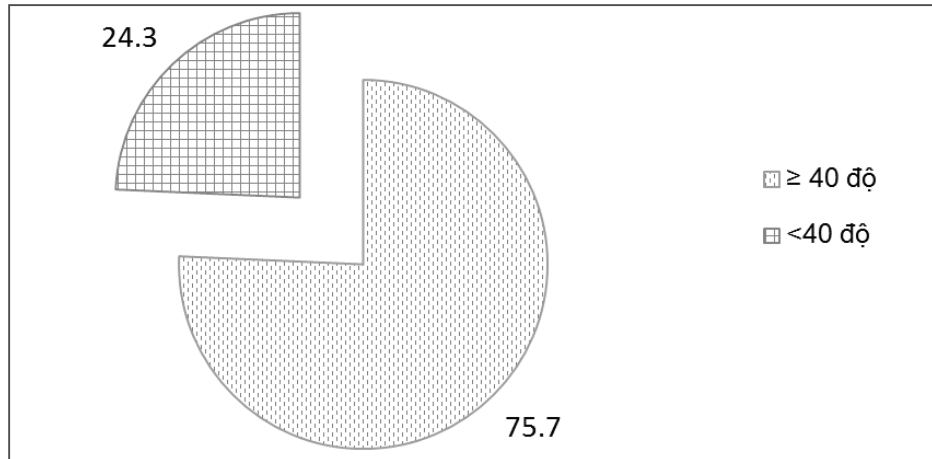
Qua kết quả bảng 3.2 cho thấy trong số 74 cơ sở đã điều tra, số cơ sở sử dụng dụng cụ làm nguội com có chất liệu đạt ATTP là 16,2%; số cơ sở sử dụng dụng cụ ủ lên men có chất liệu đạt ATTP là 23%; có 97,3% cơ sở sử dụng nồi nấu rượu có chất liệu đạt ATTP; số cơ sở sử dụng ống dẫn thu rượu có chất liệu đạt ATTP là 83,3%; có 74,3% cơ sở sử dụng dụng cụ chứa rượu có chất liệu đạt ATTP; số cơ sở có đủ hóa chất tẩy rửa vệ sinh chiếm 45,9%; số cơ sở có trang thiết bị dụng cụ vệ sinh sạch sẽ chiếm 37,8%.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các cơ sở sản xuất rượu đạt yêu cầu về nguyên liệu (n = 74)**



Qua kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy số cơ sở sử dụng men nấu rượu có nguồn gốc rõ ràng chiếm 33,8%; số cơ sở có hợp đồng mua bán nguyên liệu chiếm 1,4%.

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các mẫu rượu phân loại theo chỉ tiêu Ethanol tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công (n = 74)**



Qua kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy, trong 74 mẫu rượu tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công đã kiểm nghiệm, số mẫu rượu có chỉ tiêu Ethanol  $\geq 40$  chiếm 75,7%; số mẫu rượu có chỉ tiêu Ethanol  $< 40$  độ chiếm 24,3%.

**Bảng 3.3. Giá trị trung bình các hợp chất bay hơi trong các mẫu rượu phân loại theo chỉ tiêu Ethanol (n = 74)**

Chỉ tiêu Ethanol	Chỉ tiêu	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
$\geq 40$ độ	Methanol (mg/L)	59,1	1	139,7
	Aldehyt (mg/L)	234,5	27,1	1190,1
	Furfurol (mg/L)	3,3	0,3	10,6
$< 40$ độ	Methanol (mg/L)	46,4	1	130
	Aldehyt (mg/L)	85,3	1	377,7
	Furfurol (mg/L)	1	0,1	5

Qua kết quả bảng 3.3 cho thấy, trong 74 mẫu rượu tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công đã điều tra, các mẫu rượu có chỉ tiêu Ethanol  $\geq 40$  độ có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol nhỏ nhất là 1 mg/L; lớn nhất là 139,7 mg/L và trung bình là 59,1 mg/L; chỉ tiêu Aldehyt nhỏ nhất là 27,1 mg/L; lớn nhất là 1190,1 mg/L và trung bình là 234,5 mg/L; chỉ tiêu Furfurol nhỏ nhất là 0,3 mg/L; lớn

nhất là 10,6 mg/L và trung bình là 3,3 mg/L. Các mẫu rượu có chỉ tiêu Ethanol  $< 40$  độ có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol nhỏ nhất là 1 mg/L; lớn nhất là 130 mg/L và trung bình là 46,4 mg/L; chỉ tiêu Aldehyt nhỏ nhất là 1 mg/L; lớn nhất là 377,7 mg/L và trung bình là 85,3 mg/L; chỉ tiêu Furfurol nhỏ nhất là 0,1 mg/L; lớn nhất là 5 mg/L và trung bình là 1 mg/L.

**Bảng 3.4. Đánh giá kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol trong các mẫu rượu theo giới hạn của TCVN 7043:2013 rượu trắng và QCVN 6-3:2010/BYT đồ uống có cồn (n = 74)**

Giới hạn Methanol	Đạt		Không đạt	
	SL	%	SL	%
Tiêu chuẩn QCVN 6-3:2010 (< 100 mg/L)	66	89,2	8	10,8
Tiêu chuẩn TCVN 7043:2013 (< 2000 mg/L)	74	100	0	0

Qua kết quả bảng 3.4 cho thấy, các mẫu rượu có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol đạt yêu cầu theo giới hạn của TCVN 7043:2013 rượu trắng là 100% và đạt yêu cầu theo giới hạn QCVN 6-3:2010/BYT đồ uống có cồn là 89,2%.

**Bảng 3.5. Liên quan giữa cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện với chất lượng rượu**

Chất lượng rượu	n	Đạt		OR (CI <sub>95%</sub> )	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Không có Giấy CN	72	2	2,8	35,0 (1,6 – 783,0)	< 0,05
Có Giấy chứng nhận	2	1	50		

Qua kết quả bảng 3.5 cho biết tỷ lệ cơ sở sản xuất rượu thủ công có giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP có chất lượng rượu đạt là 50% cao hơn 35,0 lần so với nhóm không có giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP là 2,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 74 cơ sở sản xuất rượu thủ công tại xã Vũ Tiên, số cơ sở có giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực có tỷ lệ rất thấp chiếm 2,7%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước đây như: nghiên cứu của Võ Hoàng Hận và cộng sự năm 2011 về thực trạng hoạt động các cơ sở nấu rượu trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có 98% cơ sở chưa được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP [8]; nghiên cứu thực trạng điều kiện vệ sinh ATTP cơ sở sản xuất rượu trắng chưng cất theo phương pháp truyền thống tại Việt Nam của Phạm Xuân Đà có 97,6% cơ sở trong cả nước chưa có giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP [5]. Tuy nhiên, so với một nghiên cứu của Vũ Trần Bảo Huyền về thực trạng điều kiện ATTP tại các cơ sở sản xuất rượu Bầu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định năm 2017 có 100% cơ sở đã được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực [9] thì có sự khác biệt rõ rệt. Điều này cho thấy công tác quản lý đảm bảo ATTP các cơ sở sản xuất rượu tại các địa phương trên toàn quốc là chưa đồng đều, có những nơi đã

quản lý chặt chẽ và nâng cao chất lượng làng nghề sản xuất rượu thủ công truyền thống tạo nên thương hiệu rượu vững mạnh; nhưng vẫn còn nhiều nơi công tác quản lý còn gặp nhiều khó khăn và chưa hiệu quả. Điều này có thể lý giải là do số lượng lớn cơ sở sản xuất rượu với quy mô nhỏ, hầu hết tập trung ở địa bàn nông thôn, việc tổ chức sản xuất lại không thường xuyên, không đăng ký kinh doanh; trong khi đó lực lượng quản lý còn mỏng, chưa đủ nhân lực cũng như kinh phí để kiểm tra, rà soát trên toàn bộ địa bàn; nên khó nắm bắt thông tin, thống kê cơ sở, thực trạng sản xuất. Mặt khác, cấp chứng nhận và áp dụng các tiêu chuẩn theo truyền thống là quá tốn kém đối với những người sản xuất quy mô nhỏ và mặc dù có một số cách tiếp cận khác (ví dụ chứng nhận nhóm) nhưng những giải pháp này hiện cũng chưa được sử dụng rộng rãi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 74 cơ sở đã điều tra, số cơ sở sử dụng dụng cụ làm nguội com có chất liệu đạt ATTP là 16,2%; số cơ sở sử dụng dụng cụ ủ lên men có chất liệu đạt ATTP là 23%; có 97,3% cơ sở sử dụng nồi nấu rượu có chất liệu đạt ATTP; số cơ sở sử dụng ống dẫn thu rượu có chất liệu đạt ATTP là 83,3%; có 74,3% cơ sở sử dụng dụng cụ chứa rượu có chất liệu đạt ATTP. Số cơ sở có đủ hóa chất tẩy rửa vệ sinh chiếm 45,9%; số cơ sở có trang thiết bị dụng cụ vệ sinh sạch sẽ chiếm 37,8%.

Điều 26 Luật ATTP quy định: Nguyên liệu dùng để chế biến thực phẩm phải còn thời hạn sử dụng, có nguồn



gốc, xuất xứ rõ ràng, bảo đảm an toàn và giữ nguyên các thuộc tính vốn có của nó; các nguyên liệu tạo thành thực phẩm không được tương tác với nhau để tạo ra các sản phẩm gây hại đến sức khỏe, tính mạng con người. [7] Nguyên liệu quyết định đến chất lượng của sản phẩm, vì thế việc đảm bảo ATTP và nguồn gốc xuất xứ của nguyên liệu, chất hỗ trợ chế biến trong sản xuất rượu là rất quan trọng. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số cơ sở sử dụng men nấu rượu có nguồn gốc rõ ràng chiếm 33,8%. Một nghiên cứu khác cho thấy các cơ sở nấu rượu sử dụng men ủ không rõ nguồn gốc chiếm tới 51% [8], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt rõ nét hơn so với một nghiên cứu về các cơ sở sản xuất rượu mang nhãn hiệu tập thể “Rượu Bầu Đá” tại Bình Định, có 100% các cơ sở sử dụng nguyên liệu đều có nguồn gốc rõ ràng, men sử dụng là loại men địa phương đã được công bố chất lượng [9]. Điều này cho thấy sự khác biệt lớn về đảm bảo ATTP trong sản xuất rượu giữa các cơ sở tại địa phương đã được công nhận là làng nghề sản xuất rượu và có sự tham gia của Hiệp hội sản xuất, kinh doanh rượu với các nơi khác chưa được công nhận. Theo đó, việc sản xuất rượu phải tuân thủ những quy định của Hiệp hội sản xuất, kinh doanh rượu về nguyên liệu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 74 mẫu rượu tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công đã điều tra, các mẫu rượu có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol cao nhất là 139,7 mg/L; chỉ tiêu Aldehyt cao nhất là 1190,1 mg/L; chỉ tiêu Furfurol cao nhất là 10,6 mg/L. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong về một số yếu tố liên quan đến an toàn thực phẩm của sản phẩm

rượu thủ công sản xuất ở địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2013 đã cho thấy: Hàm lượng methanol cao nhất trong các mẫu nghiên cứu là 0,8 mg/l; hàm lượng aldehyt cao nhất là 441,9 mg/l và hàm lượng furfurool cao nhất là 4,1 mg/l [6] thì kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều lần.

Qua kết quả phân tích, hàm lượng aldehyde trong các mẫu rượu đều cao, ở mức trung bình từ 85,3 mg/l đến 234,5 mg/l, cao nhất là 1190,1 mg/l. Nhưng trong quy định chỉ tiêu hàm lượng aldehyde (TCVN 7043:2013) nêu “nhà sản xuất tự công bố”, nên không có cơ sở để đánh giá. Tuy nhiên, nếu áp theo chỉ tiêu về hàm lượng aldehyde tính theo của rượu trắng pha chế (< 5 mg/l) thì riêng hàm lượng acetaldehyde đã vượt quá tiêu chuẩn quy định đối với rượu trắng pha chế từ 17 đến 46,9 lần.

### V. KẾT LUẬN

- 37,8% cơ sở có trang thiết bị dụng cụ vệ sinh sạch sẽ, 16,2% cơ sở sử dụng dụng cụ làm nguội cơm có chất liệu đạt ATTP, 23,0% cơ sở sử dụng dụng cụ ủ lên men có chất liệu đạt ATTP, 97,3% cơ sở sử dụng nồi nấu rượu có chất liệu đạt ATTP, 74,3% cơ sở sử dụng dụng cụ chứa rượu có chất liệu đạt ATTP. Số cơ sở sử dụng men nấu rượu có nguồn gốc rõ ràng chiếm 33,8%.

- Số mẫu rượu có chỉ tiêu Ethanol  $\geq 40$  chiếm 75,7%

- Các mẫu rượu có kết quả kiểm nghiệm chỉ tiêu Methanol cao nhất là 139,7 mg/L; chỉ tiêu Aldehyt cao nhất là 1190,1 mg/L; chỉ tiêu Furfurol cao nhất là 10,6 mg/L.

- Yếu tố liên quan đến chất lượng rượu là việc cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATTP

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Công thương (2015), Thông tư số 57/2015/TT-BCT ngày 31 tháng 12 năm 2015 *Quy định điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm trong sản xuất thực phẩm nhỏ lẻ thuộc trách nhiệm quản lý nhà nước của Bộ Công thương*, Hà Nội.
2. Bộ Khoa học và Công nghệ (2013), TCVN 7043:2013 *Rượu trắng*.
3. Chính phủ (2014), Quyết định số 244/QĐ-TTg ngày 12/2/2014 của Thủ tướng Chính phủ về *Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020*.
4. Chính phủ (2017), Nghị định số 105/2017/NĐ-CP ngày 14/9/2017 *Quy định về kinh doanh rượu*, Hà Nội.
5. Phạm Xuân Đà (2009), Nghiên cứu thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất rượu trắng chung cất theo phương pháp truyền thống tại Việt Nam, *Tap chí Y học dự phòng*, tập 29, số 3 (102), 52-56.
6. Nguyễn Thanh Phong về đánh giá kiến thức thực hành về ATTP của người sản xuất chế biến thực phẩm tại một số tỉnh thuộc các vùng sinh thái của Việt Nam năm 2011
7. Quốc hội (2010), Luật số 55/2010/QH12 *Luật An toàn thực phẩm*, Hà Nội.
8. Võ Hoàng Hận và cộng sự (2011), Thực trạng hoạt động các cơ sở nấu rượu trên địa bàn tỉnh Hậu Giang năm 2011, *Tap chí Y học Thực hành*, 842, 25-28.
9. Vũ Trần Bảo Huyền (2017), *Thực trạng điều kiện ATTP tại các cơ sở sản xuất rượu Bầu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định năm 2017*, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

# HOẠT ĐỘNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN TRONG ĐỢT DỊCH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI HUYỆN VIỆT YÊN, TỈNH BẮC GIANG NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Lê Thị Thanh Hương<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thanh Nga<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu “Hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue tại huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng” được tiến hành từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2018 theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính nhằm mô tả hoạt động phòng chống sốt xuất huyết Dengue (SXHD) của nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) trong đợt dịch SXHD năm 2017 tại huyện Việt Yên và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng. Đối tượng nghiên cứu định lượng là toàn bộ 155 NV YTTB đang làm việc trong địa bàn huyện, đối tượng nghiên cứu định tính là một số cán bộ thuộc trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã, cán bộ Ủy ban nhân dân xã, NVYTTB và đại diện chủ hộ gia đình (HGD) tại huyện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hoạt động của NV YTTB tại huyện Việt Yên trong đợt dịch SXHD năm 2017 còn một số tồn tại. Tỷ lệ NVYTTB thực hiện đạt đầy đủ cả 4 nhiệm vụ (gồm các nhiệm vụ: (1) Tuyên truyền các hoạt động phòng chống SXHD; (2) Vận động người dân tham gia chiến dịch vệ sinh môi trường; (3) Giám sát bệnh nhân; và (4) Báo cáo về hoạt động phòng chống SXHD) chiếm 81,5%. Tỷ lệ NV YTTB thực hiện đạt nhưng không đầy đủ 4 nhiệm vụ là 48,5%. Một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động của YTTB gồm: kiêm nhiệm nhiều công việc, không có kinh phí hỗ trợ cho hoạt động, thiếu tài liệu truyền thông. Việc được tham gia các lớp tập huấn bồi dưỡng kiến thức về phòng chống SXHD là yếu tố tích cực đối với hoạt động của NVYTTB. Nghiên cứu khuyến nghị cần có giải pháp nhằm cải thiện hoạt động của đội ngũ NV YTTB trên địa bàn huyện như: trang bị cho đội ngũ NVYTTB đầy đủ cả về kiến thức, trang thiết bị, hỗ trợ kinh phí nhằm động viên, khích lệ tinh thần để thực hiện hoạt động phòng chống SXHD đạt được hiệu quả tốt nhất.

**Từ khóa:** Nhân viên y tế thôn bản, sốt xuất huyết dengue, yếu tố ảnh hưởng, Bắc Giang

## SUMMARY:

### PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH WORKERS DURING THE 2017 DENGUE OUTBREAK IN VIET YEN DISTRICT, BAC GIANG PROVINCE AND ASSOCIATED FACTORS

During the 2017 dengue outbreak in Viet Yen district, Bac Giang province, a cross sectional study was undertaken on the performance of village health workers (VHWs). The study used both quantitative and qualitative design with the aim of assessing the VHW's performance. The quantitative sample size included 155 VHWs currently working in the district, the qualitative sample included health workers at district health centers, commune health centers, commune people committee's staff, VHWs and some heads of local households. Results showed that VHW's performance during the 2017 dengue outbreak had some limitations. The proportion of VHWs who undertook properly all 4 jobs (which are: (1) communication of dengue prevention and control to community; (2) mobilize community into environmental hygiene program; (3) supervision of patients; and (4) report dengue prevention and control activities to commune health centers) was 81.5%, while the proportion who undertook properly not enough 4 jobs were 48.5%.

Factors associated with lower levels of performance included doing multi-tasks at a time, no financial support for their work, and a lack of communication materials. Access to training courses for improving their knowledge on dengue prevention and control was a positive factor to VHW's performance. To improve performance, VHWs need adequate knowledge, equipment, and financial support to enable them to perform at their best in their dengue prevention and control activities.

**Key words:** Village health workers, dengue, associated factors, Bac Giang

1. Trường Đại học Y tế công cộng; Email: lth@huph.edu.vn, SĐT: 0912.056596
2. Trung tâm Y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết *Dengue* là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút *Dengue* gây nên. Tại Việt Nam, bệnh SXHD lưu hành ở hầu hết các tỉnh, thành phố, nhưng tập trung chủ yếu tại các tỉnh miền Nam, dịch SXHD thường xảy ra theo chu kỳ từ 3 đến 5 năm một lần [4]. Theo báo cáo của Bộ Y tế, trong năm 2017, cả nước ghi nhận 183.287 trường hợp mắc Sốt xuất huyết *Dengue* (SXHD) tại 63/63 tỉnh, thành phố, 30 trường hợp tử vong [2].

SXHD hiện chưa có thuốc điều trị, chưa có vắc xin phòng bệnh. Các hoạt động phòng chống bệnh chủ yếu tập trung vào tiêu diệt muỗi trưởng thành, tiêu diệt bọ gậy và phòng muỗi đốt và cần sự tham gia tích cực của cộng đồng [4]. Trong hoạt động phòng chống SXHD, nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) có vai trò quan trọng trong việc giúp người dân nâng cao nhận thức về bệnh SXHD và có thực hành đúng trong phòng bệnh SXHD, đúng với chức năng nhiệm vụ của họ đã được quy định tại Điều 3 và 4, Thông tư 07/2013/TT-BYT [5] và một lần nữa được Bộ Y tế nhắc lại trong Công văn số 4746/BYT-DP ngày 22/8/2017 [3].

Bắc Giang là một tỉnh trung du và miền núi thuộc vùng Đông Bắc Việt Nam, cách trung tâm thủ đô Hà Nội 50km. Trong năm 2017, trước tình hình dịch bệnh SXHD bùng nổ ở Hà Nội, tại Bắc Giang đã xuất hiện dịch bệnh. Tính tới ngày 30/11/2017, toàn tỉnh phát hiện 28 ổ dịch quy mô nhỏ ở 7/10 huyện/thành phố, 963 trường hợp sốt xuất huyết, số mắc tăng hơn 16 lần so với cùng kỳ năm 2016 [8]. Việt Yên là một huyện đồng bằng trung du có vị trí tương đối thuận lợi trong giao lưu phát triển kinh tế - xã hội [11]. Trước tình hình diễn biến của dịch SXHD, tính tới thời điểm ngày 25/11/2017 toàn huyện đã ghi nhận 97 ca mắc SXHD, tỷ lệ mắc SXHD trên 100.000 dân tăng từ 0,56 ca năm 2016 lên 47 ca năm 2017. Toàn huyện xuất hiện 3 ổ dịch, các ổ dịch được phát hiện và xử lý kịp thời không để lây lan rộng [9]. Tại huyện Việt Yên, đội ngũ NVYTTB vẫn tiếp tục được duy trì. Trong đợt dịch SXHD năm 2017, họ cũng được yêu cầu tham gia một số hoạt động như: hướng dẫn người dân phát quang bụi rậm, dọn dẹp vệ sinh môi trường; phát hiện sớm người bệnh trong cộng đồng, tư vấn đề họ đến cơ sở y tế khám và điều trị; hướng dẫn người dân cách ly nguồn bệnh... Mặc dù vậy, công tác dập dịch của đội ngũ NV YTTB trên địa bàn huyện Việt Yên trong đợt dịch năm 2017 được nhận định là chưa đạt hiệu quả [10]. Bài báo này được thực hiện nhằm mô tả hoạt động của NVYTTB tại huyện Việt Yên trong đợt dịch SXHD năm 2017 và tìm hiểu một số yếu tố

có thể ảnh hưởng tới hoạt động của họ.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu

- Đối tượng nghiên cứu định lượng: Toàn bộ nhân viên YTTB đang hoạt động trên địa bàn huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2017 (theo danh sách quản lý có 155 nhân viên).

- Đối tượng nghiên cứu định tính: 02 phó chủ tịch UBND xã phụ trách khối y tế, 02 trưởng trạm y tế, 02 trưởng thôn, 02 nhân viên YTTB, 02 nhóm chủ hộ gia đình, 01 cán bộ thuộc Trung tâm y tế huyện.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu định tính được thực hiện sau nghiên cứu định lượng, nhằm làm rõ thêm kết quả về hoạt động của NVYTTB và trả lời kết quả về các yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động của NVYTTB trong đợt dịch SXHD 2017 tại huyện Việt Yên.

### 2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp 155 NVYTTB theo bộ câu hỏi soạn sẵn. Phỏng vấn sâu cán bộ y tế huyện, phó chủ tịch xã phụ trách khối y tế, trưởng trạm y tế, trưởng thôn và nhân viên YTTB để tìm hiểu những nội dung đã thực hiện được, những mặt hạn chế và những khó khăn, giải pháp khắc phục. Thực hiện thảo luận nhóm với các chủ hộ gia đình được lựa chọn. Tổng số có 9 cuộc phỏng vấn sâu và 2 cuộc thảo luận nhóm được thực hiện

### 2.4. Biến số nghiên cứu

Biến định lượng gồm nhóm biến số về đào tạo, tập huấn TT-GDSK và phòng, chống SXHD, trang thiết bị hoạt động của NVYTTB, nhóm biến số về hoạt động của nhân viên YTTB trong đợt dịch SXHD năm 2017 gồm 4 nội dung: (1) Tuyên truyền các hoạt động phòng chống SXHD; (2) Vận động người dân tham gia chiến dịch vệ sinh môi trường; (3) Giám sát bệnh nhân; và (4) Báo cáo về hoạt động phòng chống SXHD.

Một số chủ đề nghiên cứu định tính gồm: những hạn chế, những khó khăn của NVYTTB và giải pháp khắc phục, những thuận lợi, khó khăn gặp phải từ phía người dân, chính quyền, đoàn thể và ngành Y tế trong quá trình thực hiện hoạt động của nhân viên YTTB tại cộng đồng trong đợt dịch SXHD năm 2017.

### 2.5. Thước đo và tiêu chuẩn đánh giá

Có 4 nhóm nội dung chính mà NVYTTB thực hiện trong đợt dịch SXHD 2017 tại huyện Việt Yên, gồm: (1) Tuyên truyền các hoạt động phòng chống SXHD: trả lời  $\geq 5$  nội dung là đạt; (2) Vận động người dân tham gia

chiến dịch vệ sinh môi trường (VSMT), diệt lăng quăng: vận động trên 3 lần là đạt; (3) Giám sát bệnh nhân: giám sát ít nhất 1 lần là đạt; và (4) Báo cáo về hoạt động phòng chống SXHD: thời gian thực hiện báo cáo  $\leq 1$  tháng/lần là đạt.

Với những NVYTTB thực hiện không đầy đủ 4 nội dung đã kể trên, nếu ĐTNC trả lời đạt  $\geq 2$  nội dung là đạt; với những NV YTTB thực hiện đầy đủ cả 4 nội dung: ĐTNC trả lời đạt  $\geq 3$  nội dung là đạt.

**2.6. Phương pháp phân tích số liệu**

Số liệu định lượng được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0, số liệu được phân tích dưới dạng tần số. Số liệu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm) được thu âm, ghi chép, gõ băng và phân tích theo chủ đề.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua số 016/2018/YTCC-HD3 ngày 29/1/2018.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue năm 2017**

Nội dung tổng hợp kết quả NVYTTB thực hiện nhiệm vụ đạt được trình bày trong Bảng 1. Tỷ lệ NV YTTB thực hiện việc giám sát bệnh nhân ít nhất 1 lần đạt chiếm tỷ lệ cao nhất là 92,6%, tiếp đến là thời gian thực hiện báo cáo đạt chiếm tỷ lệ 92,5%; thực hiện việc tuyên truyền đạt chiếm 64,5%; thấp nhất là số lần vận động người dân tham gia chiến dịch đạt 31,6%.

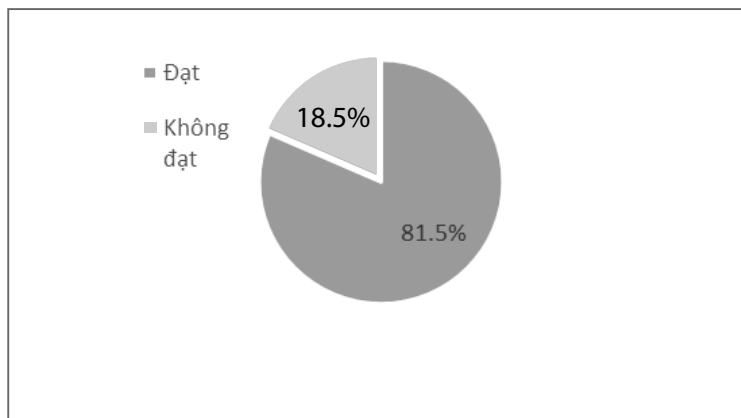
**Bảng 1. Bảng tổng hợp kết quả nhân viên y tế thôn bản thực hiện đạt từng nhiệm vụ (n=155)**

STT	Nội dung	n	%
1	Thực hiện tuyên truyền các hoạt động phòng chống SXHD (n=155)	100	64,5
2	Vận động người dân tham gia chiến dịch VSMT (diệt lăng quăng, bọ gậy) từ 3 lần trở lên (n=155)	49	31,6
3	Thực hiện giám sát bệnh nhân ít nhất 1 lần (n=54)	50	92,6
4	Báo cáo về hoạt động phòng chống SXHD $\leq 1$ tháng/lần (n=146)	135	92,5

Trong số 155 NVYTTB, chỉ có 54 người thực hiện đủ 4 nội dung công việc trong đợt dịch SXHD năm 2017 tại huyện Việt Yên, chiếm tỉ lệ 34,8%. Trong số những người

thực hiện đủ cả 4 nội dung công việc, tỉ lệ thực hiện công việc đạt chiếm 81,5% (Biểu đồ 1).

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ NVYTTB thực hiện đạt đầy đủ 4 nhiệm vụ**

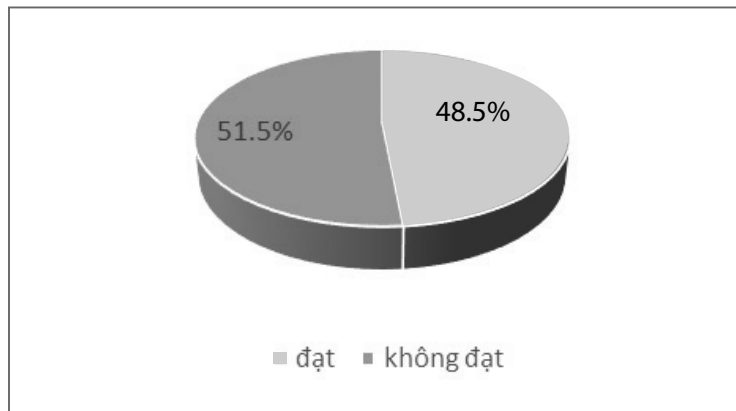


Số NVYTTB thực hiện không đầy đủ 4 nội dung công việc là 101 người, chiếm tỉ lệ 65,2%. Tỷ lệ NV YTTB thực hiện nhiệm vụ đạt trong số những nhân viên

thực hiện không đầy đủ 4 nội dung công việc chiếm 48,5% (Biểu đồ 2).



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ NVYTTB thực hiện đạt nhưng không thực hiện đủ 4 nhiệm vụ**



**3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue năm 2017 tại huyện Việt Yên**

Việc kiêm nhiệm nhiều công việc cùng một lúc là nguyên nhân khiến cho NVYTTB không có nhiều thời gian dành cho hoạt động tuyên truyền hướng dẫn người dân nâng cao nhận thức về phòng chống SXHD. “Thu nhập chính của đội ngũ NV YTTB không phải là ở phụ cấp làm cán bộ y tế thôn, mà thu nhập chính là ở các công việc khác. Họ bận lắm nên thời gian của họ cũng hạn chế”, PVS-Trưởng TYT xã 1.

Việc NVYTTB không được trang bị đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện truyền thông cũng là yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng hoạt động của YTTB. “Đi tuyên truyền mà trong tay không có tài liệu gì để cho họ xem, mình có kiến thức gì thì truyền đạt lại cho họ thôi, như vậy cũng làm cho mình tuyên truyền khó hơn là có tài liệu cho họ xem”, PVS – YTTB thôn 1.

Tiền phụ cấp cho NV YTTB hàng tháng thấp đã ảnh hưởng tới hoạt động giám sát bệnh nhân của NV YTTB. Trong đợt dịch SXHD năm 2017, công việc mà các NV YTTB trên địa bàn huyện phải thực hiện nhiều hơn so với các năm không có dịch bệnh. Việc đi làm thường xuyên mà không có tiền khích lệ tinh thần khiến cho NV YTTB không mặn mà với công việc “Phụ cấp bao năm nay cho đội ngũ YTTB chả thấy tăng mà công việc thì như năm 2017 lại nhiều. Đợt dịch SXHD xảy ra, trên địa bàn xã cũng có mấy trường hợp bị mắc. Mỗi bệnh nhân lại mất buổi đi giám sát, phun hóa chất diệt trùng, mà NV YTTB thì không thể vắng mặt. Việc của YTTB làm không khác gì như ăn cơm nhà vắc tù và hàng tổng”, PVS- Trưởng thôn 2.

Trong đợt dịch SXHD năm 2017, Phòng Y tế và Trung tâm Y tế huyện Việt Yên tổ chức lớp tập huấn cho

tất cả cán bộ y tế: y tế huyện, xã, cộng tác viên, NV YTTB, y tế các trường học, y tế tư nhân, các đơn vị liên quan và đặc biệt là các thành viên đội, tổ phòng, chống dịch cơ động và cấp cứu ở tất cả tuyến. “Năm 2017 ngành Y tế cũng đã quan tâm và tổ chức lớp tập huấn cho tất cả các đối tượng y tế từ huyện tới thôn rồi các thành viên của đội phòng chống dịch nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng phòng chống dịch khi dịch bệnh [dịch SXHD] đang lộng hành”, PVS – LTO Cán bộ TTYT huyện.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue tại huyện Việt Yên năm 2017**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% nhân viên YTTB trên địa bàn huyện Việt Yên thực hiện việc tuyên truyền hướng dẫn người dân nâng cao nhận thức về phòng chống bệnh SXHD. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hải năm 2009 tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội [6] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Ánh năm 2014 tại quận Đống Đa, Hà Nội (90,4%) [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 31,6% NV YTTB thực hiện ít nhất 3 lần vận động người dân tham gia chiến dịch VSMT, diệt lăng quăng/bọ gậy. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lưu Hoàng Anh Phương năm 2015 tại Đồng Tháp với 99,4% NVYTTB thực hiện đạt nội dung này [7] và cũng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hải năm 2009 tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội (96,2%) [6].

Trong số 54 NVYTTB thực hiện đủ 4 nhiệm vụ, tỷ lệ thực hiện đạt là 81,5%, tương đương với nghiên cứu của Lưu Hoàng Anh Phương năm 2015 tại Đồng Tháp [7].

Trong khi đó, đối với 101 NVYTTB thực hiện không đầy đủ 4 nhiệm vụ, tỉ lệ thực hiện đạt chỉ là 48,5%.

#### 4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động của nhân viên y tế thôn bản trong đợt dịch sốt xuất huyết Dengue năm 2017 tại huyện Việt Yên

Không có kinh phí cho hoạt động phòng chống SXHD, trong khi phụ cấp của YTTB lại thấp, công việc của YTTB lại nhiều, phần lớn họ phải kiêm nhiệm hoặc tham gia các công việc khác cùng lúc để lo cho cuộc sống gia đình đã ảnh hưởng tới chất lượng và hiệu quả của hoạt động. So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải năm 2009 tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội nghiên cứu trên đối tượng CTV phòng chống SXH cho thấy kết quả về tỷ lệ CTV kiêm nhiệm công việc xã hội, đoàn thể là gần tương đương nhau (80%) [6].

Trang thiết bị, phương tiện truyền thông phục vụ cho công việc lại không được trang bị đầy đủ ảnh hưởng trực tiếp tới hoạt động tuyên truyền hướng dẫn người dân nâng cao nhận thức để phòng chống SXHD, bảo vệ sức khỏe của bản thân và gia đình. Nghiên cứu của Lưu Hoàng Anh Phương năm 2015 tại Đồng Tháp cho kết quả về tỷ lệ NV YTTB không có đầy đủ trang thiết bị truyền thông là 38,3% [7].

Việc tổ chức các buổi tập huấn, bồi dưỡng kiến thức

thường xuyên cho đội ngũ YTTB là rất cần thiết để giúp cho đội ngũ NVYTTB được cập nhật với kiến thức phòng chống bệnh SXHD. Việc bồi dưỡng nên được diễn ra đều đặn vào mỗi năm. Phát hiện này cũng được các tác giả Lưu Hoàng Anh Phương [7] và Nguyễn Văn Hải [6] ghi nhận.

#### V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Hoạt động của NVYTTB tại huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang trong đợt dịch SXHD năm 2017 còn nhiều hạn chế, đặc biệt là hoạt động giám sát bệnh nhân, báo cáo trạm y tế xã theo quy định.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động của NVYTTB là kiêm nhiệm nhiều công việc, phụ cấp thấp, thiếu trang thiết bị, phương tiện truyền thông trong hoạt động tuyên truyền cho người dân. Việc được thường xuyên cập nhật kiến thức về phòng chống SXHD là yếu tố làm tăng cường hoạt động của NVYTTB.

Nghiên cứu khuyến nghị cần có giải pháp nhằm cải thiện hoạt động của đội ngũ NV YTTB trên địa bàn huyện như: trang bị cho đội ngũ NVYTTB đầy đủ cả về kiến thức, trang thiết bị, hỗ trợ kinh phí nhằm động viên, khích lệ tinh thần để thực hiện hoạt động phòng chống SXHD đạt được hiệu quả tốt nhất.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Kim Ánh (2014), “Hoạt động của CTV của các phường trọng điểm và khó khăn trong hoạt động giám sát SXHD Dengue quận Đống Đa, Hà Nội năm 2012-2013”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, tr. 22-28.
2. Bộ Y tế (2018). Hội nghị trực tuyến tăng cường công tác phòng, chống dịch bệnh mùa Đông Xuân năm 2018. Truy cập tại [http://www.moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset\\_publisher/vZJbYmQh1lGZ/content/hoi-nghi-truc-tuyen-tang-cuong-cong-tac-phong-chong-dich-benh-mua-ong-xuan-nam-2018?inheritRedirect=false](http://www.moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/vZJbYmQh1lGZ/content/hoi-nghi-truc-tuyen-tang-cuong-cong-tac-phong-chong-dich-benh-mua-ong-xuan-nam-2018?inheritRedirect=false), ngày 19/6/2018.
3. Bộ Y tế (2017), Công văn về việc kiện toàn và duy trì đội ngũ công tác viên phòng chống sốt xuất huyết, số 4746/ BYT-DP, ngày 22/8/2017
4. Bộ Y tế (2014). Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh sốt xuất huyết Dengue”.
5. Bộ Y tế (2013), Thông tư về Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản, số 07/2013/ TT-BYT ngày 08/3/2013
6. Nguyễn Văn Hải (2009), *Đánh giá việc thực hiện nhiệm vụ của cộng tác viên phòng chống sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue phường Lý Thái Tổ - Hoàn Kiếm - Hà Nội 6 tháng đầu năm 2009*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng
7. Lưu Hoàng Anh Phương (2015), *Thực trạng hoạt động phòng chống SXHD của nhân viên y tế khám áp và một số yếu tố liên quan tại huyện Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp năm 2015*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.
8. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang (2017), *Báo cáo Kết thúc dịch Sốt xuất huyết Dengue trên địa bàn tỉnh Bắc Giang năm 2017*, Số 170/BC-KSBS, ngày 08/12/2017.
9. Trung tâm Y tế huyện Việt Yên (2017), *Báo cáo công tác phòng chống dịch bệnh SXHD*, số 51/BC-TTYT, ngày 25/11/2017
10. Trung tâm Y tế huyện Việt Yên (2017), *Báo cáo hoạt động của nhân viên YTTB trên địa bàn huyện trong phòng chống SXH năm 2017*, số 65/BC-TTYT, ngày 15/12/2017.
11. Ủy ban nhân dân huyện Việt Yên (2016), *Báo cáo kết quả tình hình kinh tế, xã hội, an ninh quốc phòng huyện Việt Yên năm 2016*, Việt Yên, Bắc Giang



# Kiến thức, thực hành vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018

Cù Thu Hương<sup>1</sup>, Ngô Văn Toàn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu mô tả kiến thức và thực hành vệ sinh tay thường quy của 109 điều dưỡng, hộ sinh của Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018. Kết quả cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh có kiến thức đúng về vệ sinh tay thường quy đạt 83,5 %; tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh thực hành vệ sinh tay thường quy đạt 68,8 %. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại 5 thời điểm: trước khi tiếp xúc với người bệnh (55 %), sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh (56%), sau khi tiếp xúc với người bệnh (82,6 %), trước khi làm thủ thuật vô khuẩn (96,3%), sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể (99,1%). Cần tiếp tục kiểm tra và giám sát thực hành rửa tay thường quy của các hộ sinh và điều dưỡng, tập trung vào rửa tay trước khi tiếp xúc với người bệnh và sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh.

**Từ khóa:** Kiến thức, thực hành, vệ sinh tay, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

## SUMMARY:

### KNOWLEDGE AND PRATICE OF HAND HYGIENE A MONG NURSES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2018

A cross-sectional study was conducted with the objective to describe nurse's knowledge and practices of hand hygiene in 2109 at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. The results showed that the percentage of nurses and midwives with right knowledge about hand hygiene was 83.5%, the rate of practice for the hand hygiene was 68.8%. The rates of compliance sufficiently 5 moments for hand hygiene: before touching a patient (55%), after touching patient surroundings (56%), after touching a patient (82.6%), before cleaning and aseptic

procedures (96.3%) and after contact with patient fluids (99.1%). It's necessary to monitor and supervise the practice of hand hygiene, focusing on two moments of before and after touching patients.

**Key word:** Knowledge, Practice, Hand hygiene, National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là các nhiễm khuẩn xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện và không hiện diện cũng như không có ở giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. Có nhiều tác nhân gây NKBV như nấm, vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng [1]. NKBV là một trong những thách thức và mối quan tâm rất lớn tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Nhiều nghiên cứu cho thấy NKBV làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Theo thống kê, tỷ lệ NKBV chiếm khoảng 5- 10% ở các nước phát triển và 15- 20% ở các nước đang phát triển [2].

Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng NKBV như: môi trường ô nhiễm, bệnh truyền nhiễm, xử lý dụng cụ, các thủ thuật xâm lấn, nhiễm bẩn bàn tay của nhân viên y tế (NVYT) là một mắt xích quan trọng trong dây chuyền NKBV.

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng (2007) cho thấy 97,6% NVYT cho rằng VST làm giảm nguy cơ NKBV ở người bệnh và 96,1% cho rằng việc này sẽ giảm NKBV ở NVYT [3]. Tại các cơ sở khám, chữa bệnh thì điều dưỡng là người có thời gian tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất. Phần lớn các hoạt động chăm sóc, trị liệu trên người bệnh đều do điều dưỡng/hộ sinh thực hiện. Bàn tay của điều dưỡng/nữ hộ sinh nhiễm khuẩn thì người bệnh sẽ có nguy cơ cao mắc nhiễm khuẩn bệnh viện.

Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện chuyên

1. Bệnh viện Phụ sản Trung ương; Điện thoại: 0912 173 233, Email: cuthuhuong1982@gmail.com  
2. Trường Đại học Y Hà Nội

» Ngày nhận bài: 29/03/2019 | » Ngày phản biện: 05/04/2019 | » Ngày duyệt đăng: 11/04/2019

khoa đầu ngành về lĩnh vực sản phụ khoa. Bệnh viện là tuyến cao nhất có chức năng khám, cấp cứu, điều trị và phòng bệnh, mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận hàng nghìn người bệnh đến khám và điều trị nên vấn đề KSNK luôn được bệnh viện ưu tiên hàng đầu đặc biệt là vệ sinh bàn tay. Bệnh viện đã và đang triển khai chương trình VST theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tuy nhiên, cho đến nay bệnh viện chưa có nghiên cứu nào đánh giá khảo sát về việc tuân thủ VSTTTQ và kiến thức VSTTTQ của điều dưỡng/hộ sinh tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thực hành vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng/hộ sinh tại một số khoa, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

trực tiếp chăm sóc người bệnh tại 4 khoa lâm sàng: khoa Hồi sức Cấp cứu, khoa Sản Nhiễm khuẩn, khoa Sản Bệnh lý và khoa Đẻ.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế: mô tả cắt ngang có phân tích. Chọn toàn bộ điều dưỡng và hộ sinh của các khoa trên (n=109). Thu thập số liệu: phỏng vấn bằng bộ câu hỏi, quan sát bằng bảng kiểm. Phần mềm thống kê SPSS 16 được sử dụng trong phân tích số liệu. Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Có sự đồng ý tự nguyện tham gia của điều dưỡng, hộ sinh sau khi được giải thích về mục tiêu và quy trình nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo giữ bí mật thông tin cá nhân và chỉ phục vụ cho việc bảo vệ sức khỏe cộng đồng, không có mục đích nào khác.

**II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1/. Đối tượng nghiên cứu:** Các điều dưỡng, hộ sinh

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1/. Phân bố điều dưỡng, hộ sinh theo nhóm tuổi và giới**

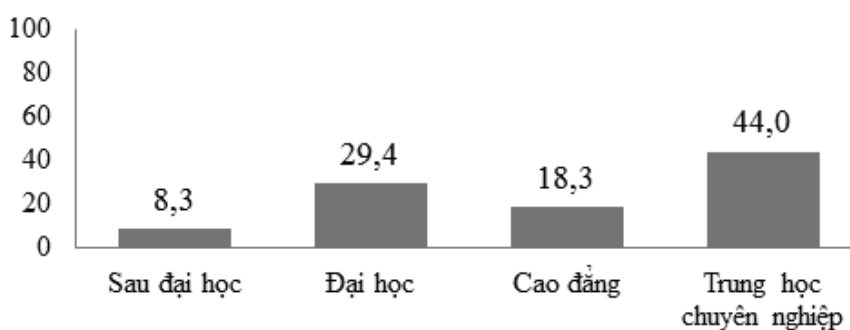
*Bảng 1. Phân bố điều dưỡng, hộ sinh theo nhóm tuổi và giới tính (n=109)*

Thông tin		Số lượng (n = 109)	Tỷ lệ %
Tuổi	≤ 29	48	44
	Từ 30- 39	46	42,2
	Từ 40 – 49	11	10,1
	≥ 50	4	3,7
Giới	Nam	2	1,8
	Nữ	107	98,2

Độ tuổi 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%) và nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (98,2% so với 1,8%).

**2/. Phân bố điều dưỡng, hộ sinh theo trình độ chuyên môn và thâm niên công tác**

*Hình 1: Phân bố trình độ chuyên môn của điều dưỡng/hộ sinh*

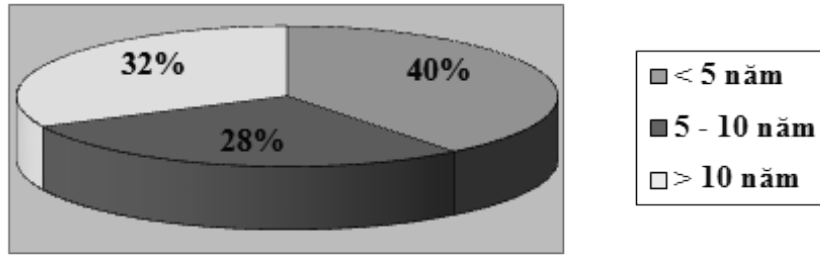


Điều dưỡng, hộ sinh có trình độ chuyên môn sau đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,3%, trình độ chuyên môn đại học

29,4%; trình độ chuyên môn cao đẳng 18,3%; đối tượng có trình độ trung học chuyên nghiệp chiếm cao nhất với 44%.

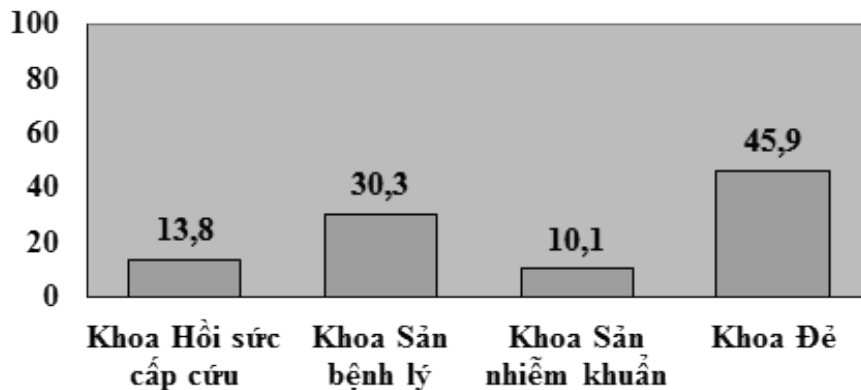


**Hình 2: Phân bố thâm niên công tác của điều dưỡng, hộ sinh**



Điều dưỡng, hộ sinh có thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,4%, tiếp theo là đối tượng có thâm niên trên 10 năm công tác (32%) và từ 5-10 năm công tác chiếm tỷ lệ 28,1%.

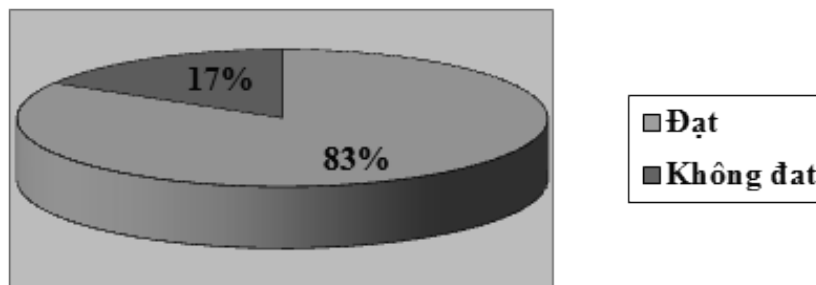
**Hình 3: Phân bố điều dưỡng, hộ sinh theo đơn vị công tác**



Tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh được nghiên cứu chủ yếu là ở khoa đẻ (45,9%), sản bệnh lý (30,3%), khoa hồi sức cấp cứu (13,8%) và khoa sản nhiễm khuẩn (10,1%).

**3/. Kết quả đánh giá kiến thức về vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh (n=109)**

**Biểu đồ 4: Tỷ lệ điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức chung về vệ sinh tay thường quy**



Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh có kiến thức chung về VSTTQ đạt chiếm 83,5%. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh có kiến thức chung về VSTTQ không đạt chiếm 16,5%.

**4/. Thực hành tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh (n=109)**

**Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại 5 thời điểm**

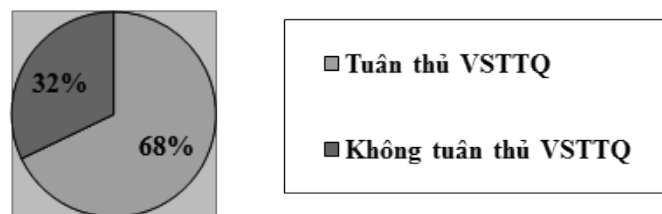
Thời điểm vệ sinh tay	Số lượng (n = 109)	Tỷ lệ %
Trước khi tiếp xúc với người bệnh	60	55
Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn	105	96,3
Sau khi tiếp xúc với người bệnh	90	82,6
Sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể	108	99,1
Sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh	61	56

**Bảng 3. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ đúng đủ các bước của quy trình vệ sinh tay thường quy**

Các bước	Tuân thủ đúng đủ		Tuân thủ không đầy đủ		Không tuân thủ	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bước 1	101	92,7	8	7,3	0	
Bước 2	85	78	22	20,2	2	1,8
Bước 3	80	73,4	29	26,6	0	
Bước 4	77	70,6	25	22,9	7	6,4
Bước 5	64	58,7	35	32,1	10	9,2
Bước 6	69	63,3	34	31,1	6	5,5

100% điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ bước 1 và bước 3. 9,2% điều dưỡng, hộ sinh bỏ qua bước 5.

**Hình 5. Thực hành vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh**



Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh thực hành vệ sinh tay thường quy đạt yêu cầu là 68% và chưa đạt yêu cầu là 32%.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Kiến thức vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng, hộ sinh**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh đạt yêu cầu về kiến thức VSTTQ khá cao (83,5%), điểm trung bình 14,28 điểm, cao hơn kết quả nghiên cứu của Phùng Văn Thủy tại BVĐK Vĩnh Phúc năm 2014 là 65,8%

và của Hoàng Thăng Tùng tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2016 là 80,8% [4], [5]. Một phần kết quả này có thể do hiệu quả công tác đào tạo, tập huấn cho NVYT các kiến thức cơ bản về VSTTQ trong thời gian qua của Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% điều dưỡng, hộ sinh đều có kiến thức đúng về 5 thời điểm vệ sinh tay thường quy là trước khi tiếp xúc với người bệnh, trước khi làm thủ thuật vô khuẩn, sau khi tiếp xúc với người bệnh, sau khi tiếp xúc với máu và dịch tiết. Đa





số điều dưỡng viên, hộ sinh đều nhận thức được vai trò tác dụng của VSTTQ có 99,1% điều dưỡng, hộ sinh cho rằng bàn tay của NVYT là tác nhân quan trọng trong lây truyền NKBV và NVYT tuân thủ đúng quy trình VST sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân họ. Tuy nhiên, có 20,2% điều dưỡng, hộ sinh cho rằng việc mang găng tay sạch có thể thay thế cho việc rửa tay.

Quy trình VSTTQ gồm 6 bước được sắp xếp theo thứ tự như sau: (1) Làm ướt bàn tay bằng nước, lấy xà phòng và chà 2 lòng bàn tay vào nhau; (2) Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại; (3) Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay; (4) Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia; (5) Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại và (6) Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và làm khô tay. Việc tuân thủ các bước của quy trình VSTTQ nhằm đảm bảo cho các vùng da tay có khả năng gây bệnh cao nhất được ưu tiên rửa sạch, do đó kiến thức về quy trình VSTTQ không tốt sẽ dẫn đến việc điều dưỡng, hộ sinh thực hành VSTTQ không đúng hoặc bỏ sót các bước, không phát huy được hiệu quả tối đa của việc VSTTQ trong kiểm soát NKBV, có thể dẫn đến phát tán vi sinh vật gây bệnh tới đồng nghiệp, người bệnh, người nhà và môi trường bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cho tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trả lời đúng các bước của quy trình VSTTQ chưa cao (56%) cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 của Phùng Văn Thủy (40,1%) [4]. Trong khi đó, thực tế tại các điểm VST của Bệnh viện Phụ sản trung ương đều dán các poster quy trình VSTTQ gồm 6 bước do Bộ Y tế ban hành. Điều này cho thấy vẫn còn một số điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Phụ sản trung ương chưa thực sự chú ý tuân thủ VSTTQ theo đúng quy định. Như vậy, cần phải có thêm nhiều biện pháp để giám sát và thúc đẩy điều dưỡng, hộ sinh thực hành VST đúng quy trình.

## **2. Thực hành VSTTQ của điều dưỡng, hộ sinh**

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ VSTTQ trước khi làm thủ thuật vô khuẩn và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân, sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể đạt tỷ lệ cao lần lượt là 96,3 %, 82,6 % và 100 %. Điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ VST tốt hơn các thời điểm khác vì đây là những thời điểm có nguy cơ lây nhiễm khuẩn. Tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh tuân thủ VST trước khi tiếp xúc với người bệnh chỉ đạt 55% và tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ VSTTQ sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung

quanh người bệnh chiếm 56%.

Sự khác nhau về tỷ lệ tuân thủ VSTTQ theo từng thời điểm cho thấy điều dưỡng, hộ sinh chỉ chú ý VST ở những thời điểm có nguy cơ lây nhiễm rõ ràng, có thể dẫn đến hậu quả xấu đối với người bệnh hoặc chính bản thân điều dưỡng và hộ sinh. Còn ở những cơ hội mà nguy cơ lây nhiễm thấp thì điều dưỡng và hộ sinh ít tuân thủ VST, như vậy sẽ dự báo một nguy cơ lây nhiễm chéo giữa các bệnh nhân với nhau do bàn tay của các điều dưỡng và hộ sinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh tuân thủ VSTTQ là 68% cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thanh Tùng tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2016 (55,9%) [5]. Tuy nhiên, vẫn còn 32% điều dưỡng, hộ sinh chưa tuân thủ đúng VSTTQ đây sẽ là nguy cơ cho việc lây nhiễm chéo trong bệnh viện. Vì vậy, Bệnh viện cần nhắc nhở NVYT tại các buổi tập huấn và tăng cường giám sát việc tuân thủ VSTTQ đặc biệt là tại các thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VSTTQ thấp.

Phương thức VSTTQ của điều dưỡng, hộ sinh trong nghiên cứu thường là sử dụng dung dịch VST có chứa cồn/cồn (50,2%). Có thể lý giải sự khác biệt này là do phương thức VSTTQ bằng sát khuẩn tay nhanh hiện nay đang ngày càng phổ biến và được điều dưỡng, hộ sinh trong nghiên cứu này lựa chọn để vừa tiết kiệm thời gian và dung dịch vệ sinh tay chứa cồn như dung dịch sát khuẩn tay nhanh được trang bị ở hầu hết mỗi xe thủ thuật. Kết quả trên cho thấy rõ ràng rằng dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn có thể là một lựa chọn tốt hơn vì sự tiện dụng mà nó mang lại, không cần lau khô tay sau khi sử dụng, có thể mang theo khi làm chuyên môn, không gây kích ứng da, mất ít thời gian thực hiện, hiệu lực diệt khuẩn tốt. Việc sử dụng loại dung dịch này không cần đầu tư xây dựng bồn VST, nước và khăn lau tay mà chỉ cần đầu tư hóa chất và lắp đặt hệ thống các bình đựng trong buồng bệnh và trên các xe làm thủ thuật, sẽ ít tốn kém hơn so với lắp đặt các bồn VST. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, việc VST với dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn/cồn có khả năng diệt vi khuẩn tốt hơn nhiều phương pháp VST với nước và xà phòng. Sát khuẩn tay với dung dịch sát khuẩn chứa cồn có khả năng diệt được trên 99,99% vi khuẩn trên da tay và duy trì hiệu quả diệt khuẩn trong 180 phút. Trong khi đó việc VST với xà phòng diệt khuẩn chỉ tiêu diệt được khoảng 85% vi khuẩn và VST với xà phòng thường chỉ diệt được khoảng 60% vi khuẩn [6]. Cần có những giải pháp để điều dưỡng, hộ sinh nói riêng và nhân viên y tế nói chung tuân thủ VSTTQ và các biện pháp bảo vệ khác để bảo đảm an toàn cho người bệnh và chính là để bảo vệ an toàn cho nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu

cho thấy tỷ lệ tuân thủ VSTTTQ theo cơ hội VST và tỷ lệ thực hành VSTTTQ của điều dưỡng, hộ sinh còn thấp mặc dù kiến thức về VSTTTQ là khá cao. Điều này cho thấy lý do dẫn đến tuân thủ VSTTTQ kém ở điều dưỡng, hộ sinh không phải là do thiếu kiến thức mà còn còn nhiều yếu tố khác liên quan và cần phải có những biện pháp phù hợp hơn để cải thiện tỷ lệ tuân thủ và thực hành VSTTTQ của điều dưỡng và hộ sinh [7], [8].

## V. KẾT LUẬN

Kiến thức về rửa tay của điều dưỡng và hộ sinh khá tốt nhưng một số thực hành rửa tay chưa tốt. Tỷ lệ điều

dưỡng, hộ sinh có kiến thức đúng về vệ sinh tay thường quy đạt 83,5%; tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh thực hành vệ sinh tay thường quy đạt 68,8%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại 5 thời điểm: trước khi tiếp xúc với người bệnh (55%), sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh (56%), sau khi tiếp xúc với người bệnh (82,6%), trước khi làm thủ thuật vô khuẩn (96,3%), sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể (99,1%). Cần tiếp tục kiểm tra và giám sát thực hành rửa tay thường quy của các hộ sinh và điều dưỡng, tập trung vào rửa tay trước khi tiếp xúc với người bệnh và sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Phạm Đức Mục (2010).** “Vai trò vệ sinh bàn tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện”. Tập huấn giáo viên về Vệ sinh bệnh viện, Hà Nội.
- 2. Nguyễn Việt Hùng (2010).** *Vệ sinh tay*, NXB Y học.
- 3. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2007).** “Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số bệnh viện phía Bắc năm 2006 - 2007”. *Hội nghị triển khai Thông tư 18/2009/BYT-TT về việc Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa, Editor.* .
- 4. Phùng Văn Thủy (2014).** “Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 “ *Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.*
- 5. Hoàng Thăng Tùng và cộng sự (2016).** “*Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Phổi trung ương năm 2016*”.
- 6. Hoàng Thị Huyền Trang và cộng sự; (2011).** “Kiến thức và thực trạng tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại 4 khoa lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Y học Thực hành, tr.103.*
- 7. Nguyễn Thị Mai Hương (2016).** Đánh giá thực trạng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của học viên học tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y dược lâm sàng 108 tại Hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện TỰ QUỠN 108 năm 2016, Tập 11 - Số đặc biệt, tr.6-13.
- 8. Nguyễn Thị Thanh Hà (2005),** “Nhiễm khuẩn bệnh viện: tỷ lệ hiện mắc, yếu tố nguy cơ tại 6 bệnh viện phía Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành, Bộ Y tế (518), tr. 81-87.*



# THỰC TRẠNG THỰC HIỆN NHIỆM VỤ CHUYÊN MÔN CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2018

Lưu Đăng Duy<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Tiến<sup>1</sup>, Trần Minh Hậu<sup>1</sup>, Lưu Thị Trang Ngân<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Tiến hành thực hiện đề tài với sự tham gia của 211 điều dưỡng viên đang công tác tại 4 bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình cho biết thực trạng công tác điều dưỡng tại các bệnh viện đạt được kết quả: 84,8% điều dưỡng viên hoàn thành nhiệm vụ tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe. Điều dưỡng viên hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc về tinh thần có tỷ lệ 94,8% đến 99,5%. Có 4,3% đến 8,5% điều dưỡng viên hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc vệ sinh cá nhân cho bệnh nhân. Nhiệm vụ hỗ trợ người bệnh ăn uống (bao gồm cả việc ăn qua sonde dạ dày) có tỷ lệ chưa hoàn thành nhiệm vụ là 86,7%.

**Từ khóa:** Điều dưỡng, điều dưỡng bệnh viện

## SUMMARY:

### SITUATION PERFORM PROFESSIONAL TASKS OF NURSES AT SOME DISTRICT HOSPITALS IN THAI BINH PROVINCE IN 2018

Implementing the project with the participation of 211 nurses working at 4 district hospitals in Thai Binh province, showing the status of nursing work in hospitals to attain results: 84.8% of nurses completed the task of counseling and guiding health education. Nurses who complete mental care tasks have a rate of 94.8% to 99.5%. Nurses who complete the task of personal hygiene care for patients with a rate of 4.3% to 8.5%. The task of supporting patients to eat (including eating through gastric lavage) has an incomplete rate of 86.7%.

**Keyword:** Nurses, hospital nurses

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động chăm sóc và điều dưỡng là một hoạt động nghề nghiệp, đòi hỏi điều dưỡng viên (ĐDV) cần phải làm việc chủ động, sáng tạo, phải có cả kiến thức lẫn kỹ năng để là người cộng sự không thể thiếu được của bác sĩ.

## 1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Nhiệm vụ chuyên môn của ĐDV là chủ động trong chăm sóc nhằm đáp ứng các nhu cầu của người bệnh và phối hợp với các nhân viên y tế khác để đảm bảo người bệnh nhận được dịch vụ chăm sóc với chất lượng cao nhất, an toàn nhất và tiện nghi nhất.

Những năm gần đây, trình độ của ĐDV được nâng cao nên chất lượng chăm sóc người bệnh ngày càng tăng. Tuy nhiên, công tác điều dưỡng hiện nay còn một số bất cập, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh. Tình trạng quá tải, thiếu nhân lực nên ở một số nơi điều dưỡng đã giao phó những công việc chăm sóc cơ bản như vệ sinh cá nhân, hỗ trợ ăn uống và vận động đi lại cho người nhà người bệnh và thậm chí những nhiệm vụ chuyên môn như thay chai truyền dịch, bóp bóng oxy, cho người bệnh ăn qua sonde dạ dày [22]. Để có thêm những thông tin về thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

*Mô tả thực trạng việc thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của điều dưỡng viên tại một số bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình năm 2018.*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 bệnh viện đa khoa tuyến huyện: Bệnh viện đa khoa Tây Tiền Hải; Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư; Bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà; Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng của bệnh viện chọn vào nghiên cứu.

#### \* Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 7/2018 đến tháng 3/2019

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

### Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn toàn bộ ĐDV trực tiếp thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn tại các khoa lâm sàng của 4 bệnh viện nêu trên và không thuộc các tiêu chuẩn loại trừ được mời vào nghiên cứu. Có tất cả 213 ĐDV đã tham gia nghiên cứu gồm:

- Bệnh viện đa khoa Vũ Thư: 54 ĐDV
- Bệnh viện đa khoa Hưng Hà: 32 ĐDV
- Bệnh viện đa khoa Tiền Hải: 48 ĐDV
- Bệnh viện đa khoa thành phố: 77 ĐDV

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu đã được nhập máy tính và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04 và Epi-Data, sử dụng các thuật toán thống kê trong y học: tỷ lệ (%), test t,  $\chi^2$ ...

- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

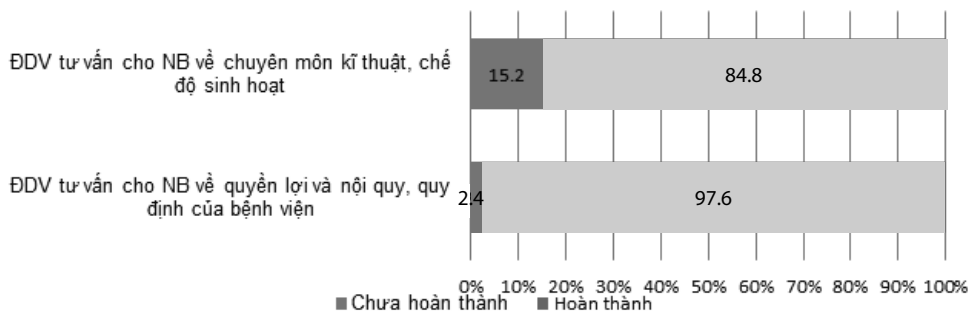
### 3.1. Bảng thông tin chung về ĐDV tham gia nghiên cứu

	Đặc điểm			Số ĐDV	Tỷ lệ %
	n	Min	Max		
Tuổi	21-30			96	45.5
	30-45			108	51.2
	45-55			7	3.3
	n	Min	Max	Mean	SD
	211	22	54	32.25	6.449
Giới tính	Nam			49	23.2
	Nữ			162	76.8
Trình độ chuyên môn	Đại học/sau đại học			37	17.5
	Cao đẳng			86	40.8
	Trung cấp			88	41.7
Thâm niên công tác	1-5 năm			72	34.1
	5-15 năm			113	53.6
	15-25 năm			22	10.4
	25-35 năm			4	1.9
<b>Tổng</b>				n=211	100%

Điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu đa số là nhân lực ở độ tuổi trung niên từ 30 đến 45 tuổi (51.2%); phần lớn là nữ (76.8%). Trình độ chuyên môn đại học/sau đại

học chiếm phần nhỏ (17.5%), còn lại đa số là cao đẳng và trung cấp (86~88%). Bên cạnh độ tuổi làm việc thì thâm niên công tác từ 5-15 năm chiếm tỷ lệ cao (53.6%).

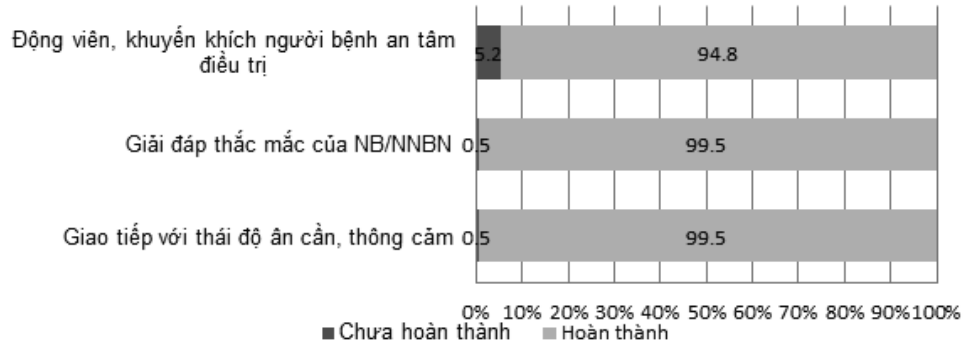
**Biểu đồ 3.1: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe**



Tỷ lệ ĐDV hoàn thành nhiệm vụ tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe chưa cao. Trong đó, tỷ lệ chưa hoàn

thành nhiệm vụ tư vấn cho người bệnh về chuyên môn kỹ thuật, chế độ sinh hoạt chiếm tới 15.2%.

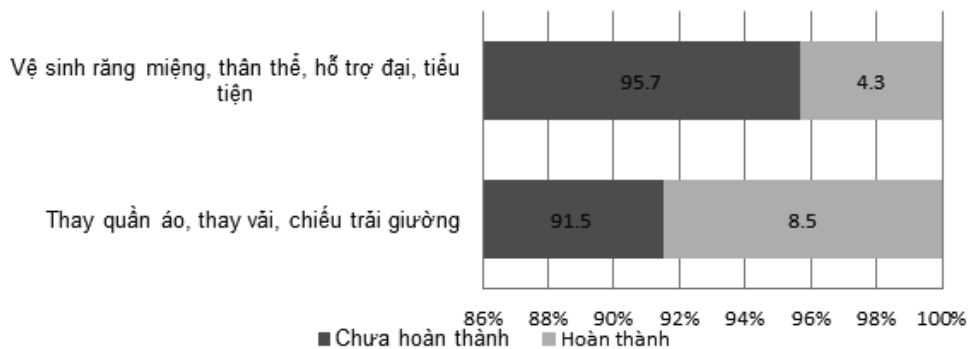
**Biểu đồ 3.2: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc về tinh thần**



Đánh giá chung nhiệm vụ chăm sóc về tinh thần, ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chiếm tỷ lệ cao. Trong đó, chiếm tỷ lệ chưa hoàn thành nhiệm vụ cao nhất là hoạt động động viên, khuyến khích người bệnh an tâm điều trị chỉ chiếm

5.2%, bên cạnh đó hoạt động giải đáp thắc mắc của người bệnh và giao tiếp với thái độ ân cần, thông cảm đa số ĐDV đều hoàn thành tốt nhiệm vụ này.

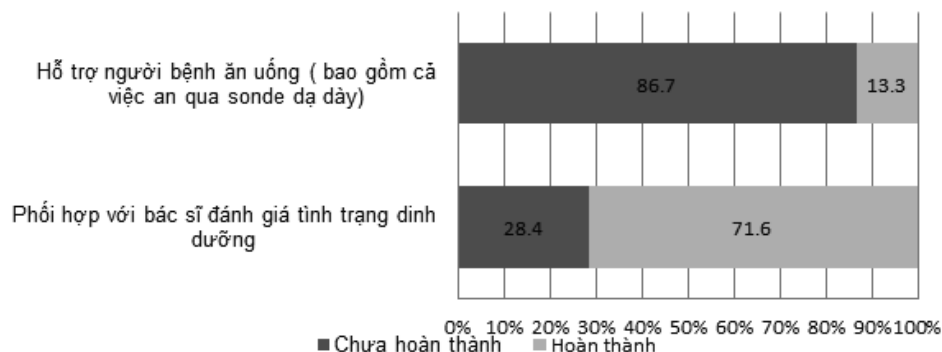
**Biểu đồ 3.3: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc vệ sinh cá nhân**



Biểu đồ 3.3 cho thấy, ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc vệ sinh cá nhân cho bệnh nhân rất thấp. Ở cả 2 nhiệm vụ, tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ chỉ chiếm không quá

10%, tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ vệ sinh răng miệng, thân thể, hỗ trợ đại tiểu tiện chỉ chiếm 4.3%

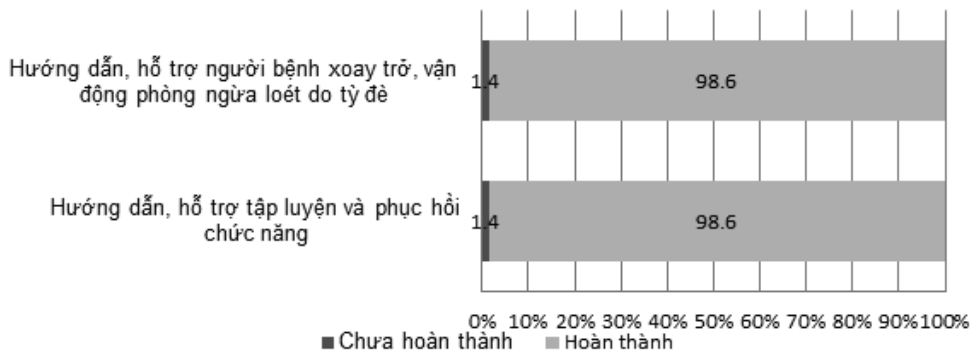
**Biểu đồ 3.4: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng**



Đánh giá chung trên 211 ĐDV cho thấy tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng chưa cao. Đặc biệt, nhiệm vụ hỗ trợ người bệnh ăn uống (bao gồm cả việc ăn

qua sonde dạ dày) có tỷ lệ chưa hoàn thành nhiệm vụ rất cao, là 86.7%.

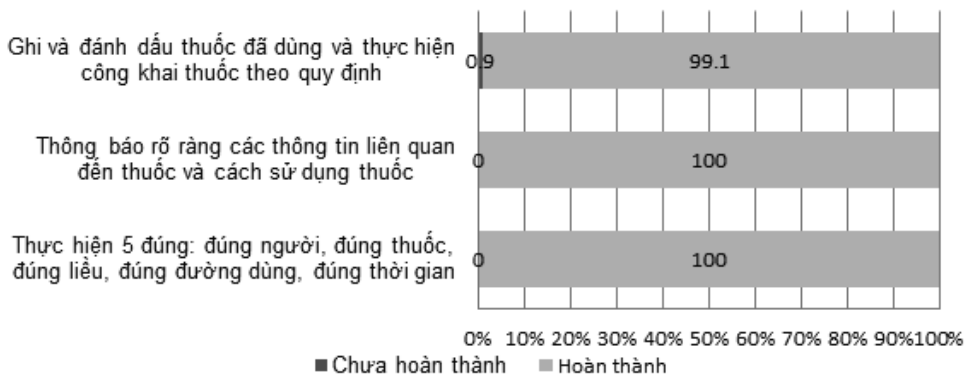
**Biểu đồ 3.5: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc phục hồi chức năng và vật lý trị liệu**



Kết quả ở biểu đồ 3.5 cho thấy, tỷ lệ ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc phục hồi chức năng và vật lý trị liệu

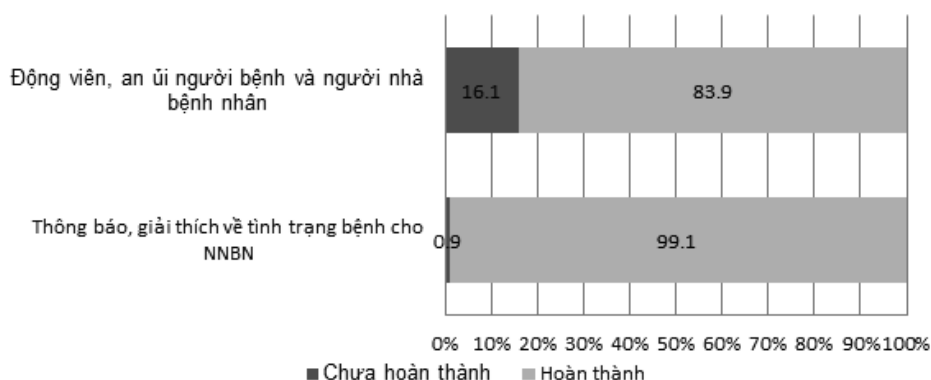
cho người bệnh là rất cao. Ở cả 2 nhiệm vụ, tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ đều chiếm 98.6%.

**Biểu đồ 3.6: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh**



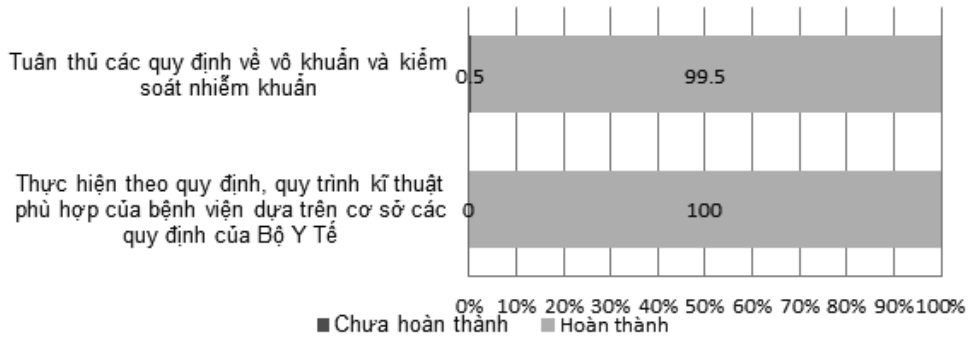
Ở nhiệm vụ dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh, đa số điều dưỡng viên tham gia nghiêm cứu đều hoàn thành nhiệm vụ được giao ở cả 3 nhiệm vụ. Duy chỉ có 0.9% số ĐDV chưa hoàn thành được nhiệm vụ ghi và đánh dấu thuốc đã dùng và thực hiện công khai thuốc theo quy định.

**Biểu đồ 3.7: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc người bệnh gia đoạn hấp hối**



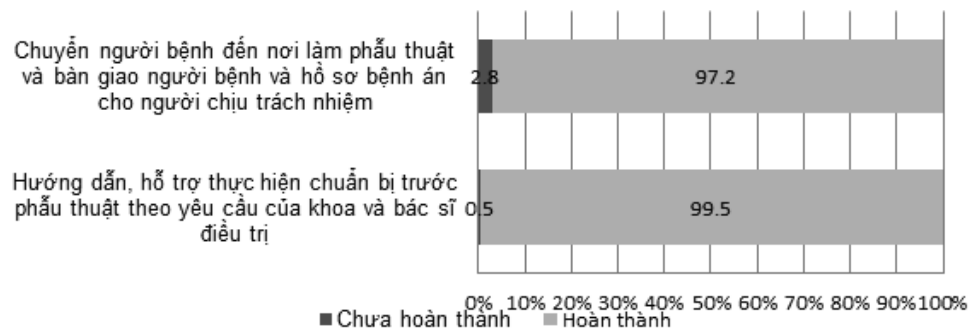
Tỷ lệ ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối đạt khá cao. Trong đó, có 16.1% số ĐDV chưa hoàn thành nhiệm vụ động viên, an ủi người bệnh và người nhà bệnh nhân.

**Biểu đồ 3.8: Mức hoàn thành nhiệm vụ thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng**



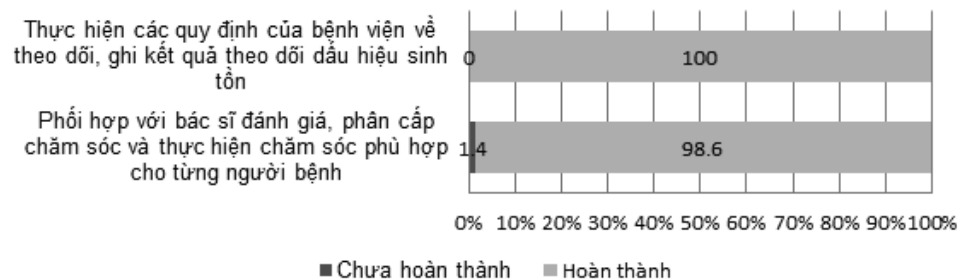
Biểu đồ 3.8 cho thấy tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng là đa số. Chỉ có 1 trường hợp (chiếm 0.5%) chưa hoàn thành nhiệm vụ tuân thủ các quy định về vô khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn.

**Biểu đồ 3.9: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật.**



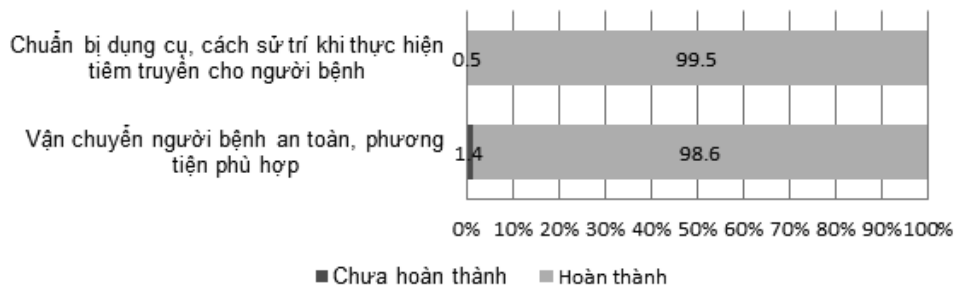
Biểu đồ 3.9 cho thấy, tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật cao. Đa phần các ĐDV đều hoàn thành nhiệm vụ được giao, trong đó chỉ có 2.8% số ĐDV chưa hoàn thành nhiệm vụ chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật và bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho người chịu trách nhiệm.

**Biểu đồ 3.10: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ theo dõi đánh giá tình trạng người bệnh**



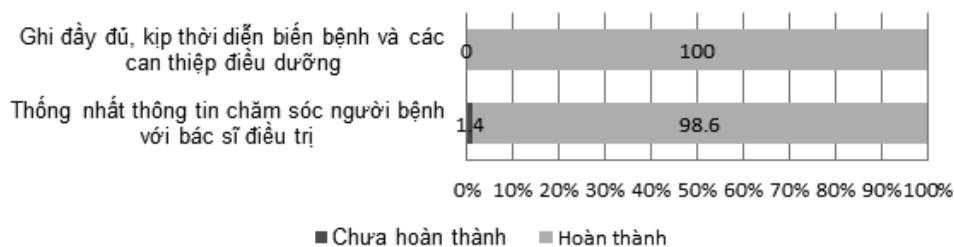
Nhìn vào biểu đồ 3.10 cho thấy đa số điều dưỡng viên đều hoàn thành công việc được giao. Chỉ có 1.4% số ĐDV chưa hoàn thành nhiệm vụ phối hợp với bác sĩ đánh giá, phân cấp chăm sóc và thực hiện chăm sóc phù hợp từng người bệnh.

**Biểu đồ 3.11: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh**



Tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ đảm bảo an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh đạt đa số. Chỉ có 1.4% số ĐDV tham gia nghiên cứu chưa hoàn thành nhiệm vụ vận chuyển người bệnh an toàn, phương tiện phù hợp.

**Biểu đồ 3.12: Mức độ hoàn thành nhiệm vụ ghi chép hồ sơ bệnh án**



Với nhiệm vụ ghi đầy đủ, kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng, toàn bộ số ĐDV tham gia nghiên cứu đều hoàn thành nhiệm vụ được giao. Chỉ có 1.4% số ĐDV chưa hoàn thành nhiệm vụ tổng nhất thông tin chăm sóc người bệnh với bác sĩ điều trị.

#### IV. KẾT LUẬN

- ĐDV hoàn thành nhiệm vụ tư vấn, hướng dẫn giáo

dục sức khỏe 84,8%.

- ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc về tinh thần có tỷ lệ 94,8% đến 99,5%.

- ĐDV hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc vệ sinh cá nhân cho bệnh nhân rất thấp (4,3% và 8,5%). Nhiệm vụ hỗ trợ người bệnh ăn uống (bao gồm cả việc ăn qua sonde dạ dày) có tỷ lệ chưa hoàn thành nhiệm vụ là 86,7%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội Điều dưỡng Việt Nam (2010), “Lĩnh vực 2: Chăm sóc người bệnh”, *Hướng dẫn đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện*, Hà Nội, tr. 23.
- Trần Ngọc Trung (2012), Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều 69 dưỡng viên tại *Bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2012*, Luận văn thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
- Trần Thị Thảo (2013), Đánh giá việc thực hiện mô hình chăm sóc người bệnh theo đội tại *Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2013*, Luận văn thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
- Trần Thị Thuận (2007), “Chương I: Những vấn đề cơ bản của nghề nghiệp điều dưỡng. Bài 1. Lịch sử ngành điều dưỡng”, *Điều dưỡng cơ bản I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 9-16.
- Trần Thị Thuận (2007), “*Y đức và nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng*”, *Điều dưỡng cơ bản I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 18-25. 14





# KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ CHĂM SÓC TRẺ CỦA CÔ GIÁO TẠI 3 TRƯỜNG MẦM NON HUYỆN QUẢNG XƯƠNG, TỈNH THANH HÓA NĂM 2018

Lê Thị Hà Phương<sup>1</sup>, Ngô Thị Nhu<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hiên<sup>2</sup>, Đặng Thị Thu Ngà<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn kiến thức thực hành của 104 cô giáo tại 3 trường mầm non huyện Quảng Xương tỉnh Thanh Hóa từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019 chúng tôi thu được kết quả: 90,4% ý kiến các cô giáo trong trường mầm non nói khi nhận trẻ vào trường yêu cầu trẻ khỏe mạnh không mắc các bệnh truyền nhiễm. Cả 3 trường đều có kiến thức về công việc khi chăm sóc trẻ tại trường đạt từ 72,1% đến 88,5%. Trên 90% các cô giáo sẽ báo cho nhân viên y tế khi trẻ có dấu hiệu tiêu chảy hoặc nóng sốt. 97,1% cô giáo thường xuyên kiểm tra chế độ ăn của trẻ. 100% cô giáo theo dõi biểu đồ phát triển của trẻ và trao đổi với gia đình trẻ về sức khỏe của trẻ.

**Từ khóa:** Trường mầm non, điều kiện trường học.

## ABSTRACT:

### KNOWLEDGE AND PRACTICE OF CHILDCARE FOR TEACHERS AT 3 PRE-SCHOOLS IN QUANG XUONG DISTRICT, THANH HOA PROVINCE IN 2018

We conducted interviews with knowledge and practice of 104 teachers at 3 pre-schools in Quang Xuong district, Thanh Hoa province from 9/ 2018 to 5/2019. We attained results: 90.4% of the opinion of the preschool teachers said that when they admitted their children to the school, the healthy children did not suffer from infectious diseases. All 3 schools have knowledge about job when taking care of children at school reaches from 72.1% to 88.5%. More than 90% of teachers will notify medical staffs when they show signs of diarrhea or fever. 97.1% of teachers regularly check the child's diet. 100% of teachers monitor children's development chart and communicate

with children's families about their health

**Key words:** Preschool, preschool conditions.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục mầm non là một phần trong hệ thống giáo dục quốc dân. Giáo dục mầm non thực hiện việc nuôi dưỡng, chăm sóc giáo dục trẻ từ 3 tháng đến 6 tuổi, tạo sự khởi đầu cho sự phát triển toàn diện của trẻ, đặt nền tảng cho các cấp học tiếp theo và cho việc học tập suốt đời. Có thể nói những năm đầu đời là giai đoạn phát triển quan trọng nhất của đời người, đặc biệt là giai đoạn não bộ phát triển và hoàn thiện. Đây cũng là thời kỳ chịu ảnh hưởng nhiều nhất từ dinh dưỡng, sức khỏe và có tác động lớn nhất đến khả năng nhận thức, học tập, tính cách và các kỹ năng của con người [39]. Để có những đề xuất góp phần cải thiện việc chăm sóc sức khỏe đối với trẻ trong các trường mầm non chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

*Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc trẻ của cô giáo tại 2 trường mầm non huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa năm 2018.*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 03 trường là: Trường mầm non thị trấn Quảng Xương và trường mầm non xã Quảng Phong và xã Quảng Tân, huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Cô giáo chăm sóc trẻ tại 2 trường mầm non.

### 2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019

1. HV cao học K15 – Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 09/03/2019 | » Ngày phản biện: 18/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 27/03/2019

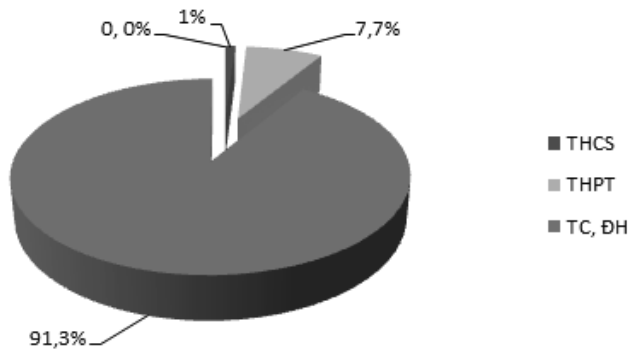
**2.4. Phương pháp nghiên cứu**

Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang. Nghiên cứu ngang mô tả thông qua phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ và cô giáo về kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ em lứa tuổi nhà trẻ mẫu giáo.

- Cỡ mẫu điều tra các cô giáo chúng tôi chọn toàn bộ các cô giáo tại 3 trường nghiên cứu.  
Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Biểu đồ 3.1. Trình độ học vấn của cô giáo (n=104)**



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy các cô giáo trong các trường mầm non chủ yếu có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học: 91,3%

**Bảng 3.1. Vị trí công việc của cô giáo**

Nghề	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mẫu giáo	69	66,3
Nhà trẻ	19	18,3
Cả hai	16	15,4
Tổng	104	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy có 66,3% các cô giáo trong trường mầm non dạy trẻ em mẫu giáo; 15,4% các cô tham gia dạy cả mẫu giáo và nhà trẻ.

**Bảng 3.2. Thâm niên công tác của cô giáo**

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1-4 năm	39	37,5
5-9 năm	35	33,7
Từ 10 năm	30	28,8
Tổng	104	100

Các cô giáo trong trường mầm non có thâm niên trên 10 năm có tỷ lệ 28,8%. Các cô có thâm niên 1-4 năm có tỷ lệ 37,5% và thâm niên 5-9 năm là 33,7%.



**Bảng 3.3. Kiến thức của cô giáo về yêu cầu khi nhận trẻ vào trường (n=104)**

Yêu cầu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏe mạnh	94	90,4
Được đồng ý của gia đình	92	88,5
Có sổ theo dõi sức khỏe	54	51,9
Sổ theo dõi chiều cao, cân nặng	52	50,0

Bảng 3.3 cho thấy 90,4% ý kiến các cô giáo trong trường mầm non nói khi nhận trẻ vào trường yêu cầu trẻ khỏe mạnh không mắc các bệnh truyền nhiễm. Có 88,5% các cô cho là phải được sự đồng ý của gia đình trẻ. 51,9% ý kiến cho là cần có sổ theo dõi sức khỏe.

**Bảng 3.4. Kiến thức của cô giáo về các nội dung chăm sóc trẻ ở trường mầm non (n=104)**

Việc cần làm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cân đo	91	87,5
Theo dõi sức khỏe cho trẻ	85	81,7
Chế độ ăn theo lứa tuổi	89	85,6
Đảm bảo giấc ngủ hàng ngày	92	88,5
Vệ sinh cá nhân	89	85,6
Vệ sinh ăn uống	91	87,5
Có cán bộ y tế	75	72,1

Qua bảng 3.4 cho thấy các cô giáo ở cả 3 trường đều có kiến thức về công việc khi chăm sóc trẻ tại trường đạt từ 72,1% đến 88,5 %.

**Bảng 3.5. Kiến thức của cô giáo về tiêu chuẩn của cô giáo trường mầm non (n=104)**

Tiêu chuẩn cô giáo	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng chuyên môn	100	96,2
Có sức khỏe	86	82,7
Hình thức đẹp	45	43,3
Đạo đức nghề nghiệp tốt	97	93,3
Nhiệt tình, trách nhiệm	93	89,4

Kết quả bảng 3.5 cho thấy các ý kiến về tiêu chuẩn của các cô giáo trường mầm non đúng chuyên môn là 96,2%; có đạo đức nghề nghiệp tốt là 93,3%; nhiệt tình, trách nhiệm là 89,4% và có sức khỏe là 82,7%.

**Bảng 3.6. Thực hành của cô giáo về theo dõi sức khỏe của trẻ (n=104)**

Công việc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiểm tra vệ sinh phòng, nước sinh hoạt	95	91,3
Đón trẻ từ bố mẹ	69	66,3
Kiểm tra sức khỏe	85	81,7
Xếp trẻ theo lứa tuổi	37	35,6
Kiểm tra khẩu phần ăn	71	68,3

Qua bảng trên ta thấy thực hành của các cô giáo về theo dõi sức khỏe của trẻ trước tiên là kiểm tra và vệ sinh phòng, vệ sinh nước uống chiếm 91,3%. Kiểm tra ngay một số triệu chứng thông thường về chỉ số sức khỏe có tỷ lệ 81,7%. Kiểm tra khẩu phần ăn của trẻ chiếm 68,3%.

**Bảng 3.7. Thực hành của cô giáo về xử lý trẻ bị ốm (n=104)**

Cách xử lý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Xử trí trẻ bị sốt</i>		
Cho trẻ uống ngay thuốc hạ sốt	33	31,7
Báo cho nhân viên y tế của trường	99	95,2
Cho trẻ sang phòng riêng	54	51,9
Báo cho người nhà của trẻ	82	78,8
<i>Xử trí trẻ bị tiêu chảy</i>		
Cho trẻ uống ngay thuốc	16	15,4
Cho uống ORS	49	47,1
Báo cho nhân viên y tế của trường	95	91,3
Báo cho người nhà của trẻ	85	81,7
Cho trẻ sang phòng riêng	63	60,6

Qua bảng 3.7 cho thấy 95,2% các cô giáo trả lời khi có trẻ sốt thì báo cho nhân viên y tế của trường. 31,7% các cô giáo trả lời cho trẻ uống ngay thuốc hạ sốt khi trẻ sốt. 78,8% các cô trả lời là báo cho người nhà của trẻ, 51,9% các cô giáo cho trẻ sang phòng riêng. 91,3% các cô giáo

trả lời khi có trẻ bị tiêu chảy thì báo cho nhân viên y tế của trường. 15,4% các cô giáo trả lời cho trẻ uống ngay thuốc cầm ỉa khi trẻ tiêu chảy. 81,7% các cô giáo báo cho người nhà của trẻ. 60,6% cô giáo cho trẻ sang phòng riêng



**Bảng 3.8. Tình cảm của cô giáo với trẻ (n=104)**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất yêu quý trẻ	53	51,0
Hay phàn nàn khi trẻ quấy khóc	26	25,0
Thường xuyên kiểm tra chế độ ăn của trẻ	101	97,1
Theo dõi biểu đồ tăng trưởng của từng trẻ	104	100
Thường xuyên trao đổi với gia đình trẻ về sức khỏe của trẻ	104	100

Kết quả bảng 3.8 cho thấy khi được hỏi chị có yêu quý trẻ không? 51,0% các cô giáo trả lời là rất yêu quý trẻ. Nhưng khi trẻ quấy khóc thì có tới 25,0% các cô giáo phàn nàn. Có 97,1% các cô giáo kiểm tra chế độ ăn của trẻ thường xuyên; 100% các cô theo dõi biểu đồ phát triển của trẻ và thường xuyên trao đổi với gia đình về sức khỏe của trẻ.

#### IV. BÀN LUẬN

Khi được hỏi về những tiêu chuẩn của cô giáo ở trường mầm non, đa số các cô giáo đều có câu trả lời là phải đúng chuyên môn đào tạo (96,2%); 82,7% các cô biết đến tiêu chuẩn về sức khỏe và đặc biệt có 93,3% các cô cho rằng phải có đạo đức nghề nghiệp và nhiệt tình trách nhiệm là 89,4%. Như vậy đây cũng là những thông tin rất tốt ở địa bàn nghiên cứu của chúng tôi. Bởi các cô giáo có kiến thức tốt, có thái độ tốt thì ngoài việc chăm sóc trẻ tốt về sức khỏe thể chất còn giúp trẻ có một tinh thần khỏe mạnh, tránh được nạn bạo hành trẻ em nhà trẻ mẫu giáo hiện nay đang gặp rất nhiều ở các trường dân lập trong cả nước.

Theo dõi sức khỏe của trẻ qua các kênh như cân đo cho trẻ, đảm bảo giấc ngủ cho trẻ hàng ngày, khi gặp các tình huống sức khỏe ảnh hưởng đến trẻ phải báo cán bộ y

tế, ... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiểu biết của các cô giáo về vấn đề này khá tốt. Khi trẻ bị ốm, ngoài việc chăm sóc của bố mẹ và gia đình các cháu thì vai trò của các cô giáo vô cùng quan trọng, bởi vì các cô là người tiếp xúc với các cháu 8 tiếng trong ngày. Bảng 3.7 cho thấy các cô giáo đã xử trí khi trẻ bị sốt và trẻ bị tiêu chảy về cơ bản cũng đã đạt được yêu cầu. Hai triệu chứng này rất hay gặp ở trẻ nên việc thông báo cho cán bộ y tế là cần thiết để xác định rõ bệnh tình của trẻ để có phương án xử lý và khi cần có thể cách ly trẻ để khỏi ảnh hưởng đến các trẻ khác.

#### V. KẾT LUẬN

- 90,4% ý kiến các cô giáo trong trường mầm non khi nhận trẻ vào trường yêu cầu trẻ khoẻ mạnh không mắc các bệnh truyền nhiễm

- Cả 3 trường đều có kiến thức về công việc khi chăm sóc trẻ tại trường đạt từ 72,1% đến 88,5 %.

- Trên 90% các cô giáo sẽ báo cho nhân viên y tế khi trẻ có dấu hiệu tiêu chảy hoặc nóng sốt

- 97,1% cô giáo thường xuyên kiểm tra chế độ ăn của trẻ

- 100% cô giáo theo dõi biểu đồ phát triển của trẻ và trao đổi với gia đình trẻ về sức khỏe của trẻ

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phan Lê Thu Hằng, Phạm Tuấn Việt và CS (2016), “Cơ cấu bệnh tật của trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã ven biển Vinh Quang và Tiên Hưng, Tiên Lãng Hải Phòng năm 2013”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, Tr.49.
- Đinh Thị Thu Hằng (2013), *Thực trạng vệ sinh môi trường và kiến thức, thực hành của bà mẹ, cô giáo về chăm sóc trẻ em tại một số trường mầm non thành phố Nam Định năm 2013*, Luận văn thạc sĩ YTCC, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
- Triệu Thị Hằng (2016), *Quản lý hoạt động chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ tại trường mầm non Hoa Hồng quận Đống Đa, Hà Nội trong bối cảnh hiện nay*, Luận văn thạc sĩ Quản lý giáo dục, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Phan Thị Liên Hương, Hoàng Tân Dân và cộng sự (2001), “Tình hình nhiễm giun đường ruột ở trẻ em mầm non Việt-Bun Hà Nội”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 5, số 1, Tr.25-28.

# SO SÁNH CHỈ SỐ NHÂN TRẮC CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH QUA HAI LẦN ĐO NĂM 2005 VÀ NĂM 2016

Trần Thị Kim Thục<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tuyết Dương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các kích thước và chỉ số hình thái thể lực của sinh viên đại học chính qui khóa 12 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và so sánh với hình thái thể lực của sinh viên nhập học trường Đại học Điều dưỡng trước đó một thập kỷ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, nghiên cứu được tiến hành trên 301 sinh viên đại học chính qui năm học 2005 - 2006 năm thứ nhất trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và 847 sinh viên đại học chính qui năm học 2016 - 2017 năm thứ nhất trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. **Kết quả:** Cân nặng trung bình của nam sinh viên lớn hơn hẳn so với cân nặng trung bình của nữ sinh viên, chênh lệch giữa nam và nữ là 7,92 kg. Các kích thước của nam sinh viên đều lớn hơn nữ: chiều cao đứng: 11,45 cm, chiều cao ngồi: 4,53 cm, vòng bụng: 3,33cm. **Kết luận:** So với sinh viên năm 2005 thì nam sinh viên năm 2016 có chiều cao đứng tăng thêm 1,85 cm và nữ sinh viên tăng thêm 1,27cm, cân nặng nam sinh viên tăng hơn 4,03kg và nữ là 2,42kg, nhưng vòng ngực bình thường ở nam sinh viên lại giảm hơn so với nam sinh viên năm 2005 là 0,47cm. So với tiêu chuẩn phân loại của WHO xây dựng trên người châu Á Thái Bình Dương thì sinh viên thuộc loại cân nặng trung bình và thể lực của nữ bắt đầu vào ngưỡng rất khỏe.

**Từ khóa:** Hình thái thể lực, sinh viên

## SUMMARY:

**SOME ANTHROPOMETRIC INDICATORS STUDENTS AT NAM DINH UNIVERSITY OF NURSING IN THE YEAR 2005 AND IN 2016**

**Objectives:** Identify the dimensions and physical fitness index of students of the 12th form of Nam Dinh

University of Nursing and compare with the physical shape of the students of the previous University of Nursing. **Subjects and methods:** Analytical cross-sectional description, The study was conducted on 301 regular university students in 2005 - 2006 in the first year of Nam Dinh University of Nursing and 847 students in 2016 - 2017 in the first year of Nam Dinh University. **Results:** The average male weight is significantly higher than the average female student's weight, the difference between male and female is 7.92 kg. Male student sizes are larger than females: vertical height: 11.45 cm, sitting height: 4.53 cm, waist circumference: 3.33cm. **Conclusions:** Compared to students in 2005, the male student in 2016 had a standing height of 1.85 cm and female students increased by 1.27 cm, male student weight increased by 4.03kg and the female weight was 2.42kg, but the male student average chest was 0.47 cm lower than the male student in 2005. Compared to the WHO classification standards developed in the Asian Pacific, students of the average weight and strength category of women start at a healthy threshold.

**Keywords:** Physical form, students

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái thể lực (HTTL) là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá tình trạng sức khỏe của con người. Vấn đề phát triển hình thái thể lực ở lứa tuổi tuyển sinh vào các trường đại học và cao đẳng là một trong những vấn đề được quan tâm trong chiến lược phát triển nguồn nhân lực của mỗi quốc gia.

Đã có nhiều nghiên cứu về các chỉ số hình thái thể lực của nhiều lứa tuổi, nhiều thành phần nghề nghiệp, dân tộc, địa dư... cho thấy tầm vóc người Việt Nam thuộc loại trung

## 1. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

bình thấp trên thế giới, và có sự cải thiện sức khỏe tâm vóc của người Việt Nam trong khoảng thời gian 20 năm gần đây, sự cải thiện ở thành thị tốt hơn ở nông thôn [1], [2], [4], [6], [8], [9].

Trong giai đoạn đầu của công cuộc đổi mới, Việt Nam đã đạt được một số thành tựu kinh tế - xã hội nhất định, điều đó đã tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển sức khỏe của người dân, cải thiện chất lượng dân số Việt Nam [7]. Đến năm 2020, chiều cao trung bình của thanh niên sẽ từ 1,65m; tăng thêm 4cm so với hiện nay; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi phải ít hơn 5% (hiện nay: 17,5%) và tuổi thọ trung bình là 75 (hiện nay: 73). Đó là những chỉ số cơ bản đặt ra trong chiến lược phát triển nhân lực Việt Nam đến năm 2020 vừa được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt [3]. Chiến lược nâng cao chiều cao trong vòng 9 năm lên 4 cm có thể coi là một mục tiêu rất to lớn và không dễ thực hiện. Việc nghiên cứu và theo dõi hình thái thể lực của sinh viên (SV), nhất là sinh viên những năm đầu thế kỷ 21 là cần thiết nhằm đánh giá đúng thực trạng về thể lực, góp phần làm cơ sở cho việc theo dõi và đề xuất các giải pháp tăng cường sức khỏe lứa tuổi đặc biệt này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

- Xác định các kích thước và chỉ số hình thái thể lực của sinh viên đại học chính qui khóa 12 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

- So sánh các kích thước, chỉ số hình thái thể lực của sinh viên nhập học trường Đại học Điều dưỡng trước đó một thập kỷ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 847 sinh viên gồm 61 nam và 786 nữ đại học chính qui khoá 12 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm học 2016 - 2017 tuổi từ 18-20 và so sánh với kết quả nghiên cứu trên 301 sinh viên nhập học năm học 2005 - 2006.

**2. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 9/2016 - 4/2017

### 3. Phương pháp nghiên cứu

Tiến hành điều tra cắt ngang về các chỉ tiêu hình thái thể lực của sinh viên Đại học Chính qui khoá 1 và khoá 12, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm học 2016 - 2017. Các kích thước đo: Chiều cao đứng (cm), chiều cao ngồi (cm), cân nặng (kg), vòng ngực bình thường (VNBT) (cm), vòng ngực hít vào hết sức (VNVHVS) (cm), vòng ngực thở ra hết sức (VNTRHS) (cm). Từ các kích thước trên tính các chỉ số hình thái thể lực theo công thức:

- Chỉ số Pignet = Cao đứng (cm) - [Cân nặng (kg) + VNBT (cm)]

- Chỉ số BMI = Cân nặng (kg)/Cao đứng<sup>2</sup>(m)

- Chỉ số thân = Cao ngồi (cm)/Cao đứng (cm) x 100

Kỹ thuật đo: Sử dụng bộ dụng cụ trong nghiên cứu nhân trắc và các mốc đo theo tiêu chuẩn qui định trong nghiên cứu nhân trắc.

Tính toán các chỉ số HTTL theo các công thức đã ghi ở trên. Xử lý các số liệu theo phần mềm SPSS để tìm các đặc trưng thống kê của các chỉ tiêu, chỉ số HTTL.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Các kích thước và chỉ số hình thái thể lực của sinh viên.

#### 1.1. Tỷ lệ giữa sinh viên nam và sinh viên nữ.

**Bảng 1.1. Tỷ lệ nam và nữ sinh viên đại học chính qui khoá 12**

Đối tượng	Nam (n = 61)	Nữ (n =786)	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Thành thị	17	129	146	17,2
Nông thôn	44	657	701	82,8
Tổng số	<b>61</b>	<b>786</b>	<b>847</b>	<b>100</b>

Qua số liệu của bảng 1.1 cho thấy có sự chênh lệch về tỉ lệ giữa nam và nữ SV, số lượng nữ SV chiếm tỉ lệ 82,8% nhiều gấp hơn 12 lần số nam SV. Tỉ lệ SV thành thị chỉ

chiếm 17,2 %. Tỉ lệ này cho thấy đặc thù của ngành điều dưỡng phù hợp với nữ giới hơn so với nam giới.

#### 1.2. Các kích thước HTTL của sinh viên

**Bảng 1.2. Các kích thước HTTL của sinh viên**

Kích thước	Nam (n = 61)	Nữ (n = 786)	P
	X±SD	X±SD	
Cân nặng	56,24 ± 6,47	48,32 ± 5,57	< 0,01
Chiều cao đứng	166,64 ± 5,95	155,29 ± 5,18	< 0,01
Chiều cao ngồi	88,62 ± 3,00	84,09 ± 3,01	< 0,01
VNBT	80,24 ± 4,71	79,78 ± 3,94	> 0,05
VNVHS	84,27 ± 3,36	83,16 ± 4,22	< 0,01
VNTRHS	77,80 ± 4,31	77,92 ± 4,06	> 0,05
Vòng bụng	67,51 ± 4,64	64,18 ± 4,30	< 0,01

Các số liệu ở bảng 1.2 cho thấy:

- Cân nặng trung bình của nam SV lớn hơn hẳn so với cân nặng trung bình của nữ SV, chênh lệch giữa nam và nữ là 7,92 kg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

- Tương tự như cân nặng, các kích thước: chiều cao đứng, chiều cao ngồi, vòng ngực hít vào hết sức và vòng bụng của nam SV cũng lớn hơn so với các kích thước này của nữ SV. Các kích thước của nam lớn hơn nữ, chiều cao đứng: 11,45 cm, chiều cao ngồi: 4,53 cm, VNVHS: 1,11

cm, vòng bụng: 3,33cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

- Nhưng tại bảng số liệu này có hai kích thước đó là vòng ngực bình thường của nam SV cũng lớn hơn của nữ SV nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đối với kích thước vòng ngực thở ra hết sức của nam SV lại nhỏ hơn vòng ngực thở ra hết sức của nữ SV, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 1.3. Các chỉ số HTTL

**Bảng 1.3. Các chỉ số HTTL của sinh viên**

Chỉ số	Nam (n = 61)	Nữ (n = 786)	P
	X±SD	X±SD	
Pignet	30,15 ± 10,27	27,18 ± 8,58	< 0,05
BMI	20,26 ± 2,10	20,03 ± 2,09	< 0,05
Thân	53,20 ± 1,51	54,16 ± 1,28	< 0,01

Qua số liệu ở bảng 1.3 chúng tôi nhận thấy:

- Chỉ số Pignet của nam SV và nữ SV có sự khác biệt, theo kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nữ SV có thể lực khỏe hơn nam SV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . So với thang phân loại của Nguyễn Quang Quyền và CS thì nam SV và nữ SV thuộc loại khỏe.

- Chỉ số BMI của nam SV và nữ SV có sự khác biệt với  $p < 0,05$ . Theo tiêu chuẩn phân loại của WHO trên

người châu Á Thái Bình Dương thì thể lực của SV trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thuộc loại bình thường.

- Chỉ số thân của nam SV và nữ SV theo thang phân loại thuộc loại thân dài. Nữ SV có thân dài hơn nam SV, sự khác biệt chỉ số thân giữa nam SV và nữ SV có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**1.4. Các kích thước và chỉ số HTTL của SV giữa khu vực thành thị và nông thôn.**





**Bảng 1.4. Các kích thước HTTL của SV giữa thành thị và nông thôn.**

Khu vực Kích thước	Nam			Nữ		
	Thành thị (n=17)	Nông thôn (n=44)	P	Thành thị (n=129)	Nông thôn (n=657)	P
	X±SD	X±SD		X±SD	X±SD	
Cân nặng	57,83±8,70	55,58±5,26	< 0,05	49,05±6,42	48,18±5,39	< 0,05
Chiều cao đứng	166,56±4,32	166,67±5,53	> 0,05	155,29±5,25	155,29±5,17	> 0,05
Chiều cao ngồi	89,39±2,25	88,30±3,24	< 0,05	84,38±3,03	84,03±3,00	< 0,05
VNBT	80,61±6,25	80,08±3,97	> 0,05	79,91±4,22	79,76±3,89	> 0,05
VNHVHS	86,03±6,18	83,51±8,42	< 0,05	83,50±4,17	83,09±4,23	< 0,05
VNTRHS	77,72±5,40	77,83±3,85	> 0,05	78,05±4,40	79,76±3,89	> 0,05
Vòng bụng	68,11±4,90	67,25±4,57	> 0,05	64,56±4,56	64,11±4,25	< 0,05

Số liệu ở bảng 1.4 cho thấy:

- Cân nặng trung bình: Nam SV và nữ SV thành thị có cân nặng trung bình lớn hơn so với nam SV và nữ SV nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Chiều cao đứng trung bình của nam và nữ SV giữa thành thị và nông thôn có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê, với  $p > 0,05$ .

Tương tự như chiều cao đứng trung bình, vòng ngực

bình thường và vòng ngực thở ra hết sức của nam và nữ SV ở thành thị không có sự khác biệt nhiều so với SV nông thôn với  $p > 0,05$ .

- Với chỉ số chiều cao ngồi, vòng ngực hít vào hết sức và vòng bụng thì giữa thành thị và nông thôn đối với nam và nữ SV có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Các chỉ số này thì nam và nữ SV thành thị lớn hơn nam và nữ SV nông thôn.

**Bảng 1.5. Các chỉ số HTTL của SV giữa khu vực thành thị và nông thôn**

Khu vực Chỉ số	Nam			Nữ		
	Thành thị (n=17)	Nông thôn (n=44)	P	Thành thị (n=129)	Nông thôn (n=657)	P
Pignet	28,11±12,71	31,01±9,10	< 0,05	26,33±9,38	27,35±8,39	< 0,05
BMI	20,80±2,53	20,03±1,89	< 0,05	20,33±2,38	19,99±2,703	< 0,05
Chỉ số thân	53,70±1,59	52,99±1,46	< 0,01	54,35±1,23	54,12±1,29	< 0,05

Qua các số liệu ở bảng 1.5 chúng tôi nhận thấy:

- Thể lực giữa nam SV thành thị và nam SV nông thôn không có sự khác biệt. Theo thang phân loại của Davenport thì nữ SV ở thành thị có thể lực không tốt bằng nữ SV nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Theo tiêu chuẩn phân loại của WHO trên người châu Á Thái Bình Dương thì thể lực của SV trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thuộc loại trung bình. Giữa thành thị và

nông thôn sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 2. So sánh các kích thước và chỉ số HTTL của SV qua một thập kỷ.

Chúng tôi tiến hành so sánh một số kích thước HTTL của nam SV và nữ SV trường Đại học Điều dưỡng Nam Định khóa1, năm học 2005 - 2006 với Sinh viên khoá 12, năm học 2016 - 2017:

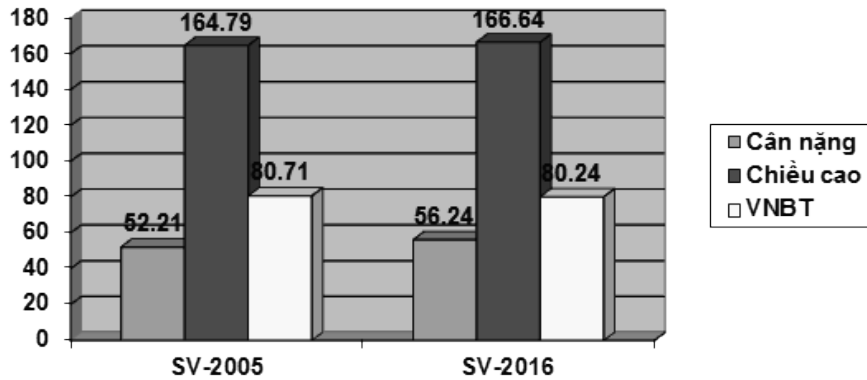
### 2.1. So sánh các kích thước HTTL

**Bảng 2.1. Các kích thước HTTL của sinh viên**

Giới tính \ Kích thước	Nam		Nữ	
	Năm 2005 (n = 70)	Năm 2016 (n = 61)	Năm 2005 (n = 231)	Năm 2016 (n = 786)
Cân nặng	52,21 ± 4,56	56,24 ± 6,47	46,19 ± 4,89	48,32 ± 5,57
Chiều cao đứng	164,79 ± 5,76	166,64 ± 5,95	153,92 ± 5,07	155,29 ± 5,18
VNBT	80,71 ± 3,39	80,24 ± 4,71	77,69 ± 3,97	79,78 ± 3,94

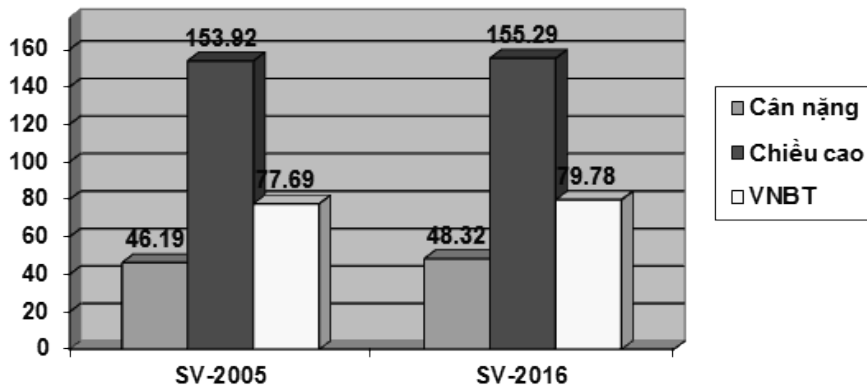
Qua bảng 2.1 cho thấy, các kích thước HTTL của SV có sự khác biệt, chiều cao và cân nặng của nam SV năm 2016 lớn hơn năm 2005. Nam sinh viên năm 2016 có cân nặng tăng hơn là 4,03 kg, chiều cao tăng hơn là 1,85 cm, so với SV năm 2005, nhưng VNBT lại giảm hơn so với nam SV năm 2005 là 0,47 cm. [5]. (Biểu đồ 2.1).

**Biểu đồ 2.1. So sánh các kích thước HTTL của nam sinh viên qua một thập kỷ**



Đối với nữ SV cũng có sự thay đổi đáng kể: về cân nặng trung bình đã tăng thêm 2,13 kg, chiều cao trung bình đã tăng thêm 1,37 cm, VNBT tăng thêm 2cm. Điều này cũng phù hợp với qui luật gia tăng về kích thước HTTL của lứa tuổi thanh niên nói chung và SV nói riêng. [2]. (Biểu đồ 2.2).

**Biểu đồ 2.2. So sánh các kích thước HTTL của nữ sinh viên qua một thập kỷ**



2.2. So sánh các chỉ số HTTL của SV

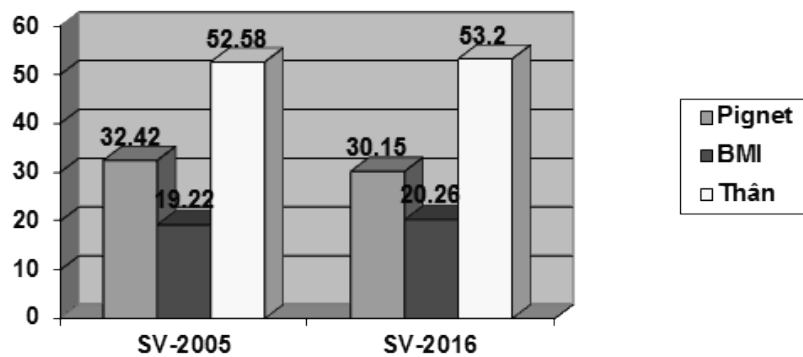
**Bảng 2.2. Các chỉ số HTTL của sinh viên**

Chi số	Giới tính	Nam		Nữ	
		Năm 2005 (n = 70)	Năm 2016 (n = 61)	Năm 2005 (n = 231)	Năm 2016 (n = 786)
Pignet		32,42 ± 6,35	30,15 ± 10,27	30,76 ± 7,40	27,18 ± 8,58
BMI		19,22 ± 1,42	20,26 ± 2,10	19,47 ± 1,76	20,03 ± 2,09
Thân		52,58 ± 1,07	53,20 ± 1,51	52,86 ± 1,36	54,16 ± 1,28

Qua một thập kỷ các chỉ số HTTL của nam SV có sự thay đổi: theo chỉ số đánh giá thể lực Pignet thì thể lực của nam SV năm 2016 có cải thiện hơn nam SV năm 2005 nhưng vẫn thuộc loại khỏe. Theo thang phân loại của WHO xây dựng trên người châu Á Thái Bình Dương

đánh giá thì thể lực của nam SV năm 2016 có thay đổi nhưng vẫn thuộc loại bình thường. Tỷ lệ giữa các đoạn thân thể theo thang phân loại thì nam SV năm 2005 thuộc loại thân vừa, ở nam SV năm 2016 thuộc loại thân dài (Biểu đồ 2.3).

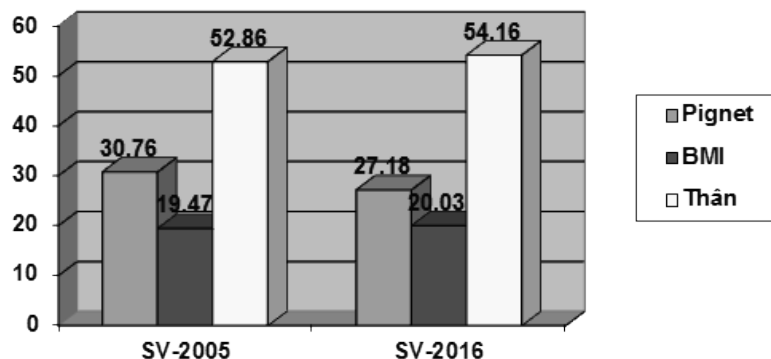
**Biểu đồ 2.3. So sánh các chỉ số HTTL của nam sinh viên qua một thập kỷ**



Tương tự như các chỉ số HTTL của nam SV, nữ sinh có sự khác biệt so với thập kỷ trước: So với năm 2005 chỉ số Pignet thể hiện nữ SV năm 2016 có thể lực khỏe hơn, năm 2005 theo thang phân loại, nữ SV ở mức khỏe thì năm 2016 đã bước vào giai đoạn rất khỏe. Chỉ số BMI của SV

qua một thập kỷ có thể trạng béo hơn nhưng theo thang phân loại vẫn ở mức bình thường. Chỉ số thân cũng tương tự như ở nam SV có sự thay đổi: nữ SV năm 2005 thuộc loại thân vừa nhưng nữ SV năm 2016 thuộc loại thân dài (Biểu đồ 2.4).

**Biểu đồ 2.4. So sánh các chỉ số HTTL của nữ sinh viên qua một thập kỷ**



**IV. BÀN LUẬN**

**1. So sánh một số kích thước hình thái thể lực của sinh viên trường ĐHDD Nam Định với một số tác giả khác**

Từ các kết quả nghiên cứu về kích thước, chỉ số HTTL của SV nhập học trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm học 2016-2017 (SVND-2016) chúng tôi tiến hành so sánh các kích thước và chỉ số HTTL với:

- Hằng số sinh học người Việt Nam năm 1975 (HSSHNVN-75)
- Sinh viên Cao đẳng Y Nam Định năm 1995 (SVND-1995)
- Sinh viên dân tộc thiểu số trường Đại học Y Dược Thái Nguyên năm 2007 (SVTN-2007).

Trong nghiên cứu này chúng tôi so sánh: cân nặng, chiều cao, vòng ngực bình thường, chỉ số Pignet.

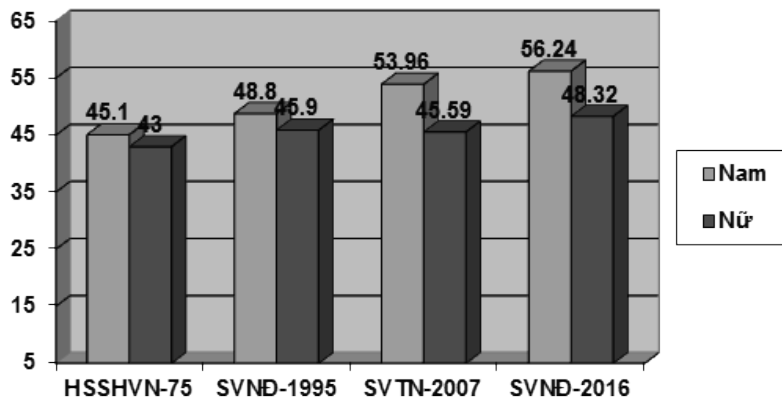
**1.1. Cân nặng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi cân nặng trung bình của nam và nữ sinh viên nặng hơn hẳn cân nặng của các nghiên cứu các thập kỷ trước, nhưng cân nặng của nam SV nhẹ hơn cân nặng của SV Thái Nguyên năm 2013.

So với HSSHNVN-75, sau hơn 40 năm cân nặng trung bình của nam và nữ sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn, nam SV nặng hơn tới 11,14kg, nữ nặng hơn là 5,32kg. So với SV Cao đẳng Y Nam Định (1995) lần lượt là 7,44kg và 5,32kg. So với nghiên cứu SV Thái Nguyên thì nam SV nặng hơn 3,28kg, còn ở nữ SV nặng hơn 2,37kg.

Cân nặng của đối tượng chúng tôi nghiên cứu nặng hơn các nghiên cứu trước đó chứng tỏ trong những năm gần đây nền kinh tế của nước ta ngày càng phát triển, đời sống được phát triển về mọi mặt, đặc biệt chế độ dinh dưỡng ngày càng được cải thiện. (biểu đồ 2.5)

**Biểu đồ 2.5. So sánh cân nặng trung bình với các nghiên cứu khác**



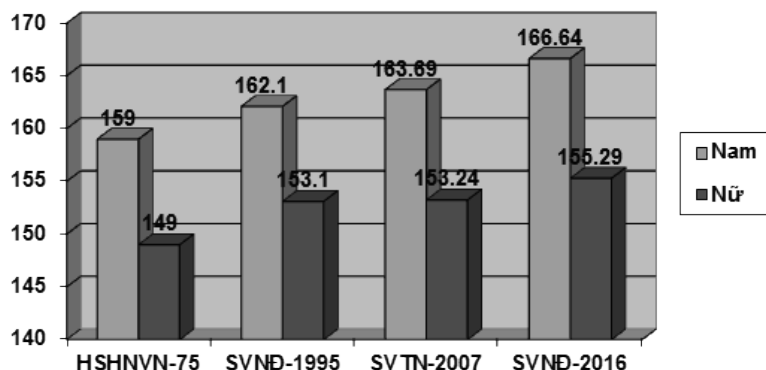
**1.2. Chiều cao đứng:**

Chiều cao đứng trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác:

So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác chúng

tôi nhận thấy: Chiều cao của sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trước đó nhất là so với HSSHNVN-75, với nam SV cao hơn  $\approx$  6cm, nữ SV cao  $\approx$  5cm.

**Biểu đồ 2.6. So sánh chiều cao đứng trung bình với các nghiên cứu khác**



Sinh viên Thái Nguyên so với nghiên cứu của chúng tôi năm 2005 thì chiều cao đứng của nam sinh viên thấp hơn  $\approx 1\text{cm}$  và so với nghiên cứu này thì thấp hơn tới 3cm, điều này chứng tỏ yếu tố môi trường sống có tác động đến sự phát triển chiều cao của thanh niên.

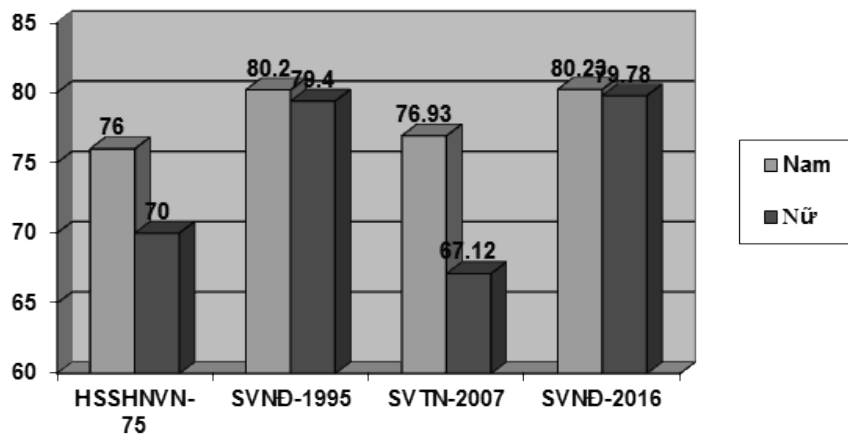
Sự gia tăng về chiều cao của SV trong nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác và phù hợp với qui luật phát triển: “các thể hệ sau không ngừng cao hơn thế hệ trước...” (biểu đồ 2.6)

### 1.3. Vòng ngực bình thường

- So với nghiên cứu của các tác giả khác chúng tôi thấy vòng ngực bình thường của nam SV trong nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của SV Nam Định năm 1995, nhưng cao hơn so với nghiên cứu trên SV Thái Nguyên năm 2007 và đặc biệt cao hơn HSSHNVN-75, đối với nam SV lớn hơn là 4,23cm, nữ SV là 9,78cm.

Điều này một lần nữa khẳng định thể lực của người Việt Nam càng ngày càng được cải thiện (biểu đồ 2.7.)

**Biểu đồ 2.7. So sánh vòng ngực bình thường với các nghiên cứu khác**



### 2. So sánh chỉ số Pignet

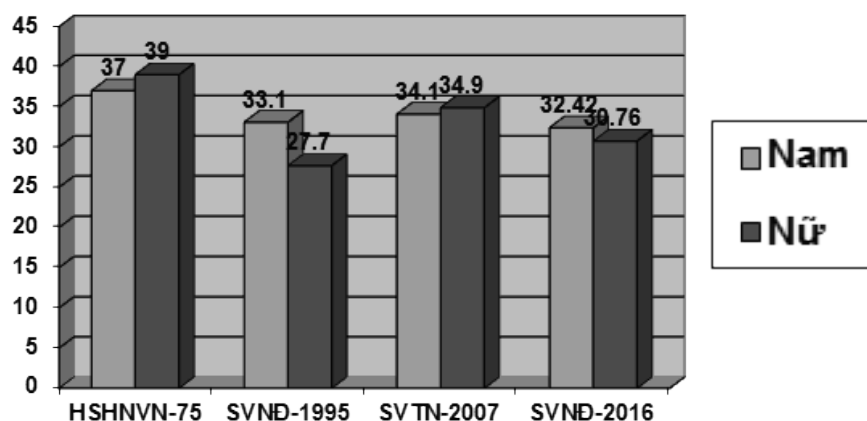
- Ở chỉ số này cũng tương tự như các kích thước và chỉ số khác SV-2005 có chỉ số thấp hơn các nghiên cứu trước đó đặc biệt là HSSHNVN-75. Điều đó chứng tỏ sinh viên ngày nay có thể lực tốt hơn so với những giai đoạn trước đó. (biểu đồ 2.8)

Qua việc nghiên cứu và so sánh HTTL của SV-2016

với HSSHNVN-75, SV-93, SV-95, SV-2002 chúng tôi nhận thấy:

- Tất cả các kích thước chiều cao, cân nặng, VNBT của SV tăng dần theo thời gian. Ngoài việc phù hợp với sự phát triển theo thời gian, sự tăng trưởng các kích thước còn phụ thuộc rất nhiều vào sự phát triển kinh tế, chế độ dinh dưỡng.

**Biểu đồ 2.8. So sánh chỉ số Pignet với các nghiên cứu khác**



- Các kích thước trên SV-2016 tăng nhiều so với HSSHNVN-75 và tăng chậm dần so với SVNĐ-95, SVTN-2007. Điều đó thể hiện sinh viên ngày nay có sức khỏe tốt hơn sinh viên trước đây, đó là dấu hiệu về xu hướng phát triển chung về thể lực của người Việt Nam. Tuy nhiên so với tiêu chuẩn phân loại của WHO xây dựng trên người châu Á Thái Bình Dương thì sinh viên thuộc loại cân nặng bình thường, đây cũng là một kết quả đáng mừng trong giai đoạn đất nước ta có những chiến lược phát triển nhân lực Việt Nam đến năm 2020. Nhưng với mục tiêu cứ 9 năm thì chiều cao trung bình của thanh niên cao thêm 4cm thì kết quả này còn đang ở mức khiêm tốn và phải coi đây là mục tiêu to lớn và không dễ thực hiện.

## V. KẾT LUẬN

Qua các kết quả nghiên cứu kích thước và chỉ số hình thái thể lực của Sinh viên trường Đại học Điều dưỡng qua hai lần đo cách nhau một thập kỷ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Có sự khác biệt về các chỉ tiêu, chỉ số hình thái thể lực giữa nam sinh viên và nữ sinh viên, giữa sinh viên thành thị và sinh viên nông thôn. Các kích thước và chỉ số thể lực của nam sinh viên tốt hơn hẳn so với thể lực của nữ giới, đặc biệt là về chiều cao nam sinh viên phát triển nhanh hơn nữ sinh viên qua các thập kỷ. Cân nặng của nam và nữ SV thành thị tốt hơn nam, nữ SV nông thôn nhưng sự cách biệt tương đối ít. Chiều cao của nam, nữ SV thành thị so với nông thôn là tương đương. Thể lực của nữ SV thành thị tốt hơn thể lực của nữ SV nông thôn.

- Hình thái thể lực của sinh viên có chiều hướng gia tăng theo thời gian: So với sinh viên năm 2005 thì nam sinh viên năm 2016 có chiều cao đứng tăng thêm 1,85 cm và nữ SV tăng thêm 1,27cm. Với chỉ số cân nặng nam SV tăng hơn 4,03kg và nữ là 2,42kg. So với tiêu chuẩn phân loại của WHO xây dựng trên người châu Á Thái Bình Dương thì sinh viên thuộc loại cân nặng trung bình và thể lực của nữ bắt đầu vào ngưỡng rất khỏe.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường An (2003), “Đánh giá về mặt nhân trắc học tình trạng thể lực, dinh dưỡng và phát triển người miền Trung từ 16 đến 60 tuổi”, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Quang Quyền, Lê Gia Vinh (1997), “Nghiên cứu sự tăng trưởng tầm vóc thể lực ở người trưởng thành”, *Bản về đặc điểm tăng trưởng người Việt Nam*. Đề tài KX 07- 07, Hà Nội, 37- 66.
3. Thủ tướng Chính phủ “Quyết định phê duyệt Chiến lược phát triển nhân lực Việt Nam thời kỳ 2011- 2020” ngày 19/4/2011. Số 579/QĐ-TTg.
4. Trần Thị Kim Thục (2002), “Một số đặc điểm hình thái thể lực của sinh viên qua khám tuyển vào 10 trường đại học và cao đẳng năm 2002-2003”. *Luận văn thạc sĩ Y học*, Học viện Quân y.
5. Trần Thị Kim Thục (2006), “Một số đặc điểm hình thái thể lực của sinh viên qua khám tuyển vào trường Đại học Điều dưỡng năm học 2005-2006”. Đề tài cấp cơ sở, Nội san Nghiên cứu Khoa học - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
6. Nguyễn Thị Sinh (2013), “Một số chỉ số nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng của sinh viên dân tộc thiểu số trường Đại học Y dược Thái Nguyên qua hai lần đo năm 2007 và năm 2013”, *Tạp chí Y học*, tập 424.
7. Bộ Y tế (2000), “Các chỉ tiêu dân số- kinh tế xã hội”, Niên giám thống kê y tế năm 2000, 6.
8. Bengt O.E. (1990) Sport medicine. *Health and Medication*. Guinness Publ. Ptd. London.
9. Vandervael F.: Biometrie humaine. *Masson et Cie. Paris et Liège*, 1964, 37-39, 60-64.



# NGHIÊN CỨU VĂN HÓA SỨC KHỎE Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ HUYỆN HÒA VANG, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2018

Tôn Thất Thành<sup>1</sup>, Đỗ Ích Thành<sup>1</sup>, Ngô Thị Tuyết<sup>2</sup>,  
Dương Đình Ánh<sup>2</sup>, Đặng Nhật Tân<sup>2</sup>, Trần Minh Huân<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế và một số yếu tố nguy cơ liên quan tại huyện miền núi Hòa Vang thành phố Đà Nẵng. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 400 người cao tuổi từ 60 trở lên được quản lý tại trạm y tế. **Kết quả:** Điểm trung bình VHSK chung là (22,1±7,6); Đánh giá theo các mức độ VHSK chung: Không đủ: 58,5%, Có vấn đề: 36,0%, Đầy đủ: 5,5%, Rất đầy đủ: 0,0%. Văn hoá sức khỏe có liên quan với nhóm tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,01$ ). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lớn người cao tuổi bị tăng huyết áp có hạn chế về VHSK cũng như khả năng tự chăm sóc bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện miền núi Hòa Vang, Đà Nẵng.

**Từ khóa:** Văn hóa sức khỏe, người cao tuổi, Đà Nẵng.

## ABSTRACT

**HEALTH LITERACY AND RELATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE OLDER ADULTS MANAGED AT HOAVANG COMMUNE HEALTH STATIONS, DANANG CITY IN 2018**

**Objectives:** To identify the level of health literacy and related factors among hypertensive older adults managed at Hoavang Commune Health Stations, Danang city. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted in 400 adults aged 60 and older managed at Commune Health Stations. **Results:** The score of general health literacy was 22.1±7.6. 58.5% of studied subjects had inadequate health

literacy, 36.0% had a problem with health literacy while only 5.5% had adequate health literacy. Health literacy had a relationship with aged group, gender, education, occupation, time diagnosis, health status with  $p < 0.01$ . **Conclusion:** The large proportion of hypertensive older adults in Hoa Vang district lacks of health literacy and self-care ability.

**Keywords:** Health literacy, hypertensive older adults, Danang

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam chính thức bước vào thời kỳ già hóa từ năm 2011 và là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất châu Á. Năm 2014 tỷ lệ người cao tuổi (NCT) chiếm 10,5% dân số cả nước. Dân số già hoá gây ra nhiều thách thức cho sự tăng trưởng kinh tế và các dịch vụ an sinh xã hội, trong đó có chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân.

Sức khỏe là tiêu chí quan trọng nhất khi phân tích thực trạng về phúc lợi của NCT. Sức khỏe ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống hàng ngày của NCT. Quá trình già hoá gây nên những biến đổi về mặt sinh học, dẫn đến những hạn chế về chức năng hoặc nguy cơ mắc bệnh mãn tính, thậm chí tử vong ngày càng cao. Nhận ra được những hạn chế kiến thức về sức khỏe cũng như kỹ năng CSSK của NCT về những bệnh mãn tính để có thể đưa ra những giải pháp hiệu quả, một trong những vấn đề đảm bảo nhu cầu CSSK cho NCT hiện nay trước hết là nhận thức về “Văn hóa sức khỏe”.

Văn hóa sức khỏe (VHSK) được định nghĩa là khả năng để thu nhận, xử lý và hiểu những thông tin về sức

1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng;

Tác giả chịu trách nhiệm: Đỗ Ích Thành, Điện thoại: 0973623661, Email: doichthanh87@gmail.com

2. Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

» Ngày nhận bài: 15/03/2019 | » Ngày phản biện: 25/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 03/04/2019

khỏe và những dịch vụ y tế cơ bản cần thiết để ra những quyết định phù hợp. Một số nghiên cứu cho thấy những người có điểm VHSK thấp ít hiểu biết về sức khỏe, kỹ năng tự CSSK kém, ít sử dụng dịch vụ y tế dự phòng và có tỉ lệ nhập viện cao. VHSK có tầm quan trọng trong việc phát hiện và đưa ra cảnh báo giúp bảo vệ, nâng cao sức khỏe (NCSK) cho người dân và sử dụng hiệu quả dịch vụ CSSK, chính vì vậy VHSK nên cần quan tâm hơn ở đối tượng NCT, đặc biệt là NCT với một số lượng lớn trong cộng đồng đang mắc bệnh tăng huyết áp (THA).

Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về VHSK để có thể xác định mức độ VHSK ảnh hưởng đến tình hình tự chăm sóc bệnh THA, một bệnh mãn tính thường gặp ở NCT, từ đó có thể góp phần vào cải thiện sức khỏe cho NCT, tuy nhiên chủ yếu thực hiện tại thành phố, nơi tập trung số đông các bệnh viện và cơ sở y tế, các vùng huyện và miền núi, hạn chế về điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản chưa đầy đủ thì chưa được quan tâm nhiều.

Tại thành phố Đà Nẵng tỉ lệ mắc THA chung ở cộng đồng người trưởng thành rất cao chiếm trên 30%, đặc biệt NCT chiếm một tỷ lệ lớn, việc quản lý bệnh nhân là chưa thường xuyên với nguồn lực thực hiện còn hạn chế, huyện Hòa Vang là huyện miền núi, trình độ dân trí và sự tiếp cận dịch vụ y tế còn thấp, số NCT bị THA được quản lý thấp, việc xác định nhu cầu chăm sóc và tự chăm sóc ở NCT cần đặc biệt quan tâm, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng năm 2018”** với 2 mục tiêu sau: (1) *Xác định các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại huyện Hòa Vang, TP Đà Nẵng năm*

*2018. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi bị tăng huyết áp với các mức độ văn hóa sức khỏe tại địa bàn nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người từ 60 tuổi trở lên bị THA được quản lý tại 11 trạm y tế thuộc huyện Hòa Vang, tinh thần tỉnh táo, có thể giao tiếp và trả lời được.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người cao tuổi có các biểu hiện không minh mẫn, tỉnh táo, và có triệu chứng bất thường về tâm thần (lú lẫn ở người già...).

#### 2.1.2 Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Tại 11 xã thuộc huyện miền núi Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng.

#### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang [2]

#### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu:

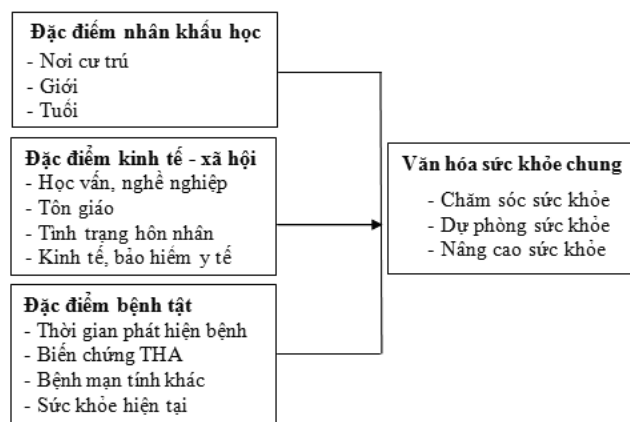
**Cỡ mẫu:** Sử dụng mẫu toàn thể gồm trên 400 người cao tuổi THA đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Hòa Vang

**Kỹ thuật chọn mẫu:** Tất cả những NCT bị THA được quản lý tại trạm y tế phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu

Số lượng bệnh nhân tuổi  $\geq 60$  được quản lý tăng huyết áp tại các trạm y tế khoảng 40 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành lấy mẫu nghiên cứu tại mỗi trạm đến khi đủ số lượng thì dừng, mỗi trạm ước lượng khoảng 36 bệnh nhân.

#### 2.2.3 Nội dung nghiên cứu

### Sơ đồ 2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu





### 2.3. Cách đánh giá các mức độ văn hóa sức khỏe chung

Chúng tôi sử dụng bộ công cụ *Khảo sát văn hóa sức khỏe châu Á HLS-Asia*. [5]

#### Đánh giá văn hóa sức khỏe chung

Gồm 47 câu, mỗi câu có 4 mức độ từ rất dễ đến rất khó. Đối tượng nghiên cứu sẽ trả lời bản thân cảm thấy mức độ dễ dàng như thế nào khi thực hiện những công việc đó. Các câu hỏi được sắp xếp theo bảng ma trận sau [5]:

Văn hoá sức khoẻ chung gồm các câu phần như sau:

#### \* Chăm sóc sức khỏe ( C2.1 – C2.16)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.1 – C2.4)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.5 – C2.8)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.9 – C2.12)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.13 – C2.16)

#### \* Phòng bệnh sức khỏe ( C2.17 – C2.31)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.17 – C2.20)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.21 – C2.23)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.24- C2.28)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.29 – C2.31)

#### \* Nâng cao sức khỏe ( C2.32 – C2.47)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.32 – C2.36)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.37 – C2.40)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.41- C2.43)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe ( C2.44 – C2. 47)

#### Các cấp độ của văn hóa sức khỏe

Văn hóa sức khỏe được chia làm 4 nhóm [6]:

• Văn hóa sức khỏe chung (GEN-HL): từ câu 2.1 đến 2.47 trong đó:

- Chăm sóc sức khỏe (HC-HL): từ câu 2.1 đến 2.16

- Phòng bệnh (DP-HL): từ câu 2.17 đến 2.31

- Nâng cao sức khỏe (HP-HL): từ câu 2.32 đến 2.47

#### Điểm cho mỗi câu trả lời như sau:

1= rất khó, 2 = tương đối khó, 3 = tương đối dễ, 4 = rất dễ.

Để thuận tiện cho tính toán và so sánh, số liệu được chuẩn hóa trên một thang đo từ 0 đến 50, bằng cách sử dụng công thức sau đây:

$$Index = (mean - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Trong đó:

• TB (mean): trung bình điểm số được tính bằng tổng điểm các câu hỏi chia cho tổng số câu hỏi.

• 1: giá trị tối thiểu có thể có của giá trị TB (để giá trị tối thiểu của chỉ số bằng 0)

• 3: giới hạn của giá trị TB.

• 50: giá trị tối đa của chỉ số.

**Dựa vào chỉ số này, văn hóa sức khỏe được chia làm 4 cấp độ như sau:**

Mức 1: 0 - 25: Không đủ; Mức 2: > 25 - 33: Không chắc chắn; Mức 3: > 33 - 42: Đầy đủ; Mức 4: > 42 - 50: Rất đầy đủ

Các câu phần được tính điểm và phân theo 4 mức độ như đã đề cập.

Những người được xem là bị hạn chế về văn hóa sức khỏe có chỉ số  $\leq 33$  điểm (gồm những người nằm trong 2 mức độ: không đủ và không chắc chắn).

### 2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

Công cụ thu thập thông tin được sử dụng là bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, sau đó lập danh sách bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý ngoại trú tại các trạm y tế.

Tiến hành chọn ngẫu nhiên đơn các bệnh nhân được quản lý theo danh sách, tiến hành phỏng vấn tại các trạm y tế trong vòng 1 tháng, đến khi đủ số bệnh nhân thì dừng, mỗi trạm y tế phỏng vấn 36 bệnh nhân tăng huyết áp được quản.

### 2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

- Số liệu được làm sạch, sau đó nhập trên Epidata 3.1 đã mã hóa, ràng buộc số liệu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, Chọn mức ý nghĩa thống kê  $\alpha = 0,05$ .

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Sở Y tế thành phố Đà Nẵng và Hội đồng nghiên cứu khoa học Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Các yếu tố nhân khẩu học, kinh tế - xã hội ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học – kinh tế xã hội**

	<b>Đặc điểm</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Giới	Nam	157	39,5
	Nữ	242	62,5
Nhóm tuổi	60 – 69	201	50,3
	70 – 79	100	25,0
	≥ 80	99	24,8
	Tuổi trung bình (± SD)	72,46 ± 8,6	
	Tuổi thấp nhất	60	
	Tuổi cao nhất	97	
Học vấn	Mù chữ	99	24,8
	Tiểu học	133	33,3
	THCS, THPT	156	39,0
	TC, CĐ, ĐH trở lên	12	3,0
Nghề nghiệp	Làm nông	216	54,0
	Buôn bán	91	22,8
	Nghỉ hưu	85	21,3
	Khác	8	2,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	56	14,0
	Sống với vợ/chồng	256	64,0
	Ly hôn, góa	88	22,0
Kinh tế	Bình thường	294	73,5
	Nghèo, cận nghèo	106	26,5
Bảo hiểm y tế	Có	383	95,8
	Không	17	4,3
<b>TỔNG</b>		<b>400</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Phần lớn đối tượng NCT tham gia nghiên cứu là nữ, chiếm tỷ lệ 62,5%. Số người cao tuổi bị THA chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi 60 - 69 (50,3%). Tuổi thấp nhất là 60 và cao nhất 97 tuổi, trung bình: 72,46 ± 8,6. Đa số đối tượng đang sống cùng vợ hoặc chồng, chiếm tỷ lệ 64,0%. Người cao tuổi không biết chữ, chiếm tỷ lệ 24,8%.

Hầu hết người cao tuổi làm nông nghiệp hoặc nghỉ hưu (71,7%). Có đến 26,5% số NCT thuộc hộ gia đình nghèo và cận nghèo, Chỉ có 4,3% không có BHYT.

### **3.2. Các mức độ văn hóa sức khỏe người cao tuổi bị tăng huyết áp**

#### **3.2.1. Các mức độ về văn hóa sức khỏe**



**Bảng 3.2: Phân nhóm văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu**

Phân nhóm văn hóa sức khỏe	Trung bình (SD)
Chăm sóc sức khỏe	21,76 ± 8,1
Phòng bệnh	19,5 ± 7,96
Nâng cao sức khỏe	22,1 ± 7,90
<b>Văn hóa sức khỏe chung</b>	<b>22,1 ± 7,60</b>

Nhận xét: Điểm trung bình về VHSK của nhóm nghiên cứu không có sự chênh lệch nhiều giữa các phân nhóm, cao nhất là nhóm nâng cao sức khỏe 22,1 (7,90) và thấp nhất là nhóm phòng bệnh 19,5 (7,96). Điểm trung bình VHSK chung là 22,1 (7,6).

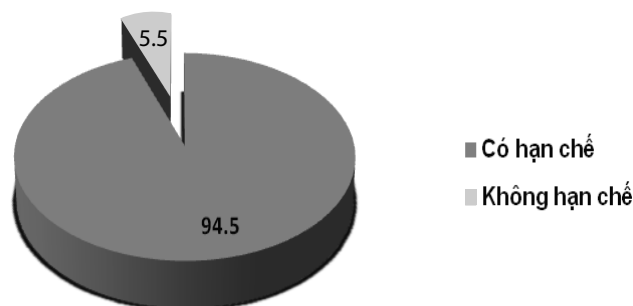
**Bảng 3.3. Các mức độ về văn hóa sức khỏe**

Các mức độ về văn hóa sức khỏe	Văn hóa sức khỏe chung Số lượng (%)	Chăm sóc sức khỏe Số lượng (%)	Phòng bệnh Số lượng (%)	Nâng cao sức khỏe Số lượng (%)
Không đủ	234 (58,5)	220 (62,5)	294 (73,5)	246 (61,5)
Có vấn đề	144 (36,0)	152 (30,5)	88 (22,0)	125 (31,3)
Đầy đủ	22 (5,5)	28 (7,0)	18 (4,5)	29 (7,3)
Rất đầy đủ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mức độ VHSK không đủ và có vấn đề chiếm đa số ở tất cả các phân nhóm và văn hoá sức khoẻ chung. Tỷ lệ NCT đạt mức VHSK đầy đủ cao nhất ở nhóm phòng bệnh 73,5%, trong khi đó nhóm nâng cao sức khoẻ tỷ lệ người đạt mức đầy đủ trở lên cao nhất 7,3%.

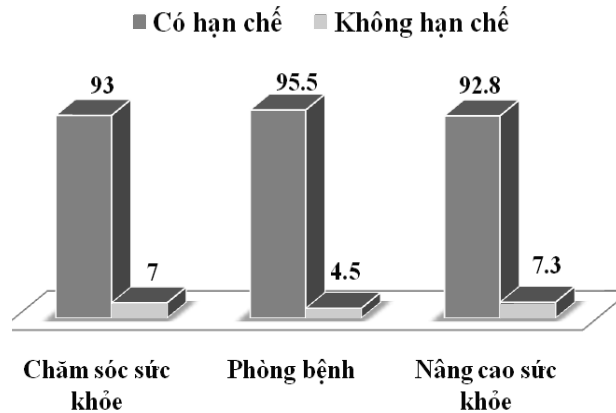
### 3.2.2. Đánh giá hai mức độ về văn hóa sức khỏe

**Biểu đồ 3.1. Đánh giá văn hóa sức khỏe chung**



Nhận xét: Hầu hết NCT ở nhóm nghiên cứu được đánh giá bị hạn chế về VHSK, chiếm tỷ lệ 94,5%.

**Biểu đồ 3.2. Đánh giá năng lực hiểu biết các nội dung VHSK chung**



Nhận xét: Năng lực trong 3 nhóm nội dung VHSK, nhóm về phòng bệnh có tỷ lệ hạn chế cao nhất 95,5%, tiếp theo là CSSK và NCSK với tỷ lệ hạn chế là 93,0%

và 92,8%.

**3.3. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.4: Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học - kinh tế xã hội và văn hóa sức khỏe**

Nội dung		Văn hóa sức khỏe				P	
		Hạn chế		Không hạn chế			Tổng
		số lượng	%	số lượng	%		
Nhóm tuổi	60 – 69	181	90,0	20	10,0	p<0,01	
	70 – 79	98	98,0	2	2,0		
	≥ 80	99	100	0	0,0		
Giới tính	Nam	144	91,1	14	8,9	p<0,01	
	Nữ	234	96,7	8	3,3		
Học vấn	Mù chữ	99	100	0	0	p<0,01	
	Tiểu học	133	100	0	0		
	THCS, THPT	140	89,7	16	10,3		
	TC, ĐH, sau ĐH	6	50,0	6	50,0		
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	216	100	0	0	p<0,01	
	Nghỉ hưu	81	89,0	10	11,0		
	Buôn bán	77	90,6	8	9,4		
	Khác	4	50,0	4	50,0		
Kinh tế	Bình thường	272	92,5	22	7,5	p<0,01	
	Nghèo, cận nghèo	106	100	0	0,0		
<b>TỔNG</b>		<b>378</b>	<b>94,5</b>	<b>22</b>	<b>5,5</b>	<b>400</b>	



Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu với VHSK ( $p < 0,01$ ). Tuổi càng cao tỷ lệ hạn chế về VHSK càng tăng.

Đặc điểm về kinh tế - xã hội chỉ có một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến văn hóa sức khỏe là nghề nghiệp, kinh tế và học vấn ( $p < 0,01$ ).

Về nghề nghiệp, nhóm làm nông nghiệp, nghỉ hưu và buôn bán có tỷ lệ hạn chế VHSK cao nhất lần lượt là 100%, 89,0 và 90,6%; 100% những NCT tham gia ở mức kinh tế nghèo, cận nghèo có VHSK hạn chế; 100% đối tượng mù chữ và tiểu học đều có hạn chế về VHSK, ở nhóm có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên thì mức hạn chế về VHSK chỉ chiếm 50%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu phỏng vấn trên 400 người cao tuổi THA có nữ giới chiếm đa số với 62,5%, tương tự như kết quả của Trần Văn Long tại Nam Định: 61,9%, Hoàng Thị Thanh Tú ở Quảng Trị: 63,4% [3]. Theo UNFPA tỉ số giới tính nghiêng về nữ giới, ở độ tuổi NCT ngày càng tăng với cụ bà so với 100 cụ ông hay còn gọi là xu hướng “nữ hóa” dân số cao tuổi, nên số lượng nữ giới cao hơn nam là hợp lí. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu  $72,46 \pm 8,6$ .

Học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hiểu biết, nhận thức của đối tượng. Hơn một nửa NCT có trình độ học vấn ở mức tiểu học và mù chữ, trong khi nhóm từ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học chỉ chiếm 3,0%. Điều này cho thấy trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu thấp hơn người trưởng thành của cả nước nói chung. Báo cáo quốc gia năm 2013 cho biết số người lớn từ 15 tuổi trở lên biết chữ chiếm 93% [1].

##### 4.2. Các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp

Văn hóa sức khỏe có vai trò rất quan trọng đến sức khỏe của mỗi cá nhân. Văn hóa sức khỏe bị hạn chế có thể dẫn đến khả năng thu nhận những thông tin sai lệch và đưa ra những quyết định chăm sóc sức khỏe không phù hợp.

Bảng 3.2 cho thấy điểm VHSK trung bình (TB) chung của nhóm nghiên cứu là 22,1 (7,6); chỉ số điểm TB khá tương đồng giữa các nhóm chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Điểm trung bình VHSK cao nhất ở nhóm nâng cao sức khỏe 22,1 (7,96) và thấp nhất ở nhóm phòng bệnh 19,5 (7,96). Kết quả của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu về VHSK trước đây đã thực hiện ở Việt Nam. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên điểm trung bình VHSK của người trưởng thành ở thành phố Huế:

28,68 (7,59) [4]. Tương tự Nguyễn Trung Kiên tại Hải Dương và Hà Nội ở đối tượng người trưởng thành: 28,9 (8,7) [10], Van Tuyen Duong tại Đài Loan năm 2013 ở đối tượng người trưởng thành ( $\geq 15$  tuổi) ở 6 nước trong đó có Việt Nam trung bình chỉ số này là 34,4 (SD 6,6) [8].

Các mức độ về VHSK bao gồm không đủ 58,5%, có vấn đề 36,0%, đầy đủ 5,5%. Nhóm VHSK không đủ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm phòng bệnh 73,5%. Kết quả cho thấy mức độ VHSK của nhóm NCT bị tăng HA ở nghiên cứu chúng tôi tương đồng kết quả của các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú ở NCT cho biết các mức độ VHSK chung không đủ 58,9%, có vấn đề 33,5%, đầy đủ 7,4% [3]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên VHSK chung không đủ 28,4%, có vấn đề 46,0%, đầy đủ 22,0% và rất đầy đủ 3,6% [4]. Nghiên cứu của Enny Rachmani tại thành phố Semarang, Indonesia: không đủ 10,7%, có vấn đề 53,1%, đầy đủ 32,0% và rất đầy đủ 4,3%. Nghiên cứu khảo sát VHSK ở châu Âu tại Ireland năm 2012: không đủ, có vấn đề, đầy đủ và rất đầy đủ có tỷ lệ lần lượt là 10,3%, 29,7%, 38,7% và 21,3% [9].

Tương tự, khi sử dụng điểm cắt để phân thành hai nhóm có hạn chế và không có hạn chế về VHSK thì nhóm có hạn chế là chủ yếu với tỷ lệ 94,5% (biểu đồ 3.1). Nhóm có tỷ lệ VHSK hạn chế cao nhất là nhóm phòng bệnh 95,5%, tốt nhất là nhóm NCSK với tỷ lệ hạn chế VHSK là 92,8% (biểu đồ 3.2). Tương đồng với tác giả Hoàng Thị Thanh Tú tỷ lệ VHSK hạn chế cao nhất là nhóm CSSK chiếm 91,9%, tốt nhất là nhóm NCSK với tỷ lệ hạn chế VHSK là 84,6%, cao hơn của Hoàng Đình Tuyên [3],[4], với tỷ lệ bị hạn chế về VHSK 74,4%, Nguyễn Trung Kiên năm 2014: 67,9% [10]. Nghiên cứu của Enny Rachmani tại Indonesia: 64,3%. Nghiên cứu ở Đức về VHSK cho thấy 66,3% NCT trở lên bị hạn chế về VHSK. Với tỉ lệ hạn chế về VHSK tương đối cao so với các nghiên cứu khác cho thấy nhận thức về sức khỏe của NCT tại địa bàn nghiên cứu chưa tốt. Có thể do trình độ học vấn thấp, tuổi cao hạn chế tiếp cận thông tin là nguyên nhân của vấn đề này [4],[7],[10].

##### 4.3. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4 cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới, kinh tế, học vấn và nghề nghiệp với văn hóa sức khỏe ( $p < 0,01$ ). Nhóm tuổi càng cao thì VHSK càng hạn chế. Kết quả này tương đồng Hoàng Thị Thanh Tú ở nhóm tuổi 60 -69 tỉ lệ hạn chế về VHSK chiếm 86,7%, nhóm tuổi 70 - 79 chiếm 96,1%,  $\geq 80$  tuổi là 97,4% [3]. Tương tự, nghiên cứu của Barry D. Weiss cho thấy tỉ lệ VHSK

thấp tăng theo độ tuổi [12]. Kết quả này giải thích rằng tỉ lệ VHSK tốt hơn ở người trẻ tuổi do họ có nhiều cơ hội tiếp cận các phương tiện truyền thông hiện đại và tiếp cận thông tin nhanh chóng hơn.

Về giới, nữ có tỉ lệ VHSK hạn chế cao hơn nam. Tỉ lệ VHSK hạn chế ở nữ chiếm 96,7%, nam chiếm 91,1%. Nam giới thường có mối quan hệ xã hội rộng hơn nữ do đó khả năng tiếp cận thông tin nhiều hơn giải thích VHSK nam cao hơn nữ. Tương đồng với tác giả Hoàng Thị Thanh Tú với tỷ lệ lần lượt là 93,6% và 90,3% [3].

Nhóm học vấn có tỉ lệ hạn chế VHSK cao nhất là nhóm mù chữ và tiểu học với 100%, học vấn càng cao mức độ hạn chế về VHSK càng thấp. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên và Hoàng Thị Thanh Tú cũng cho thấy có sự tương đồng [3],[4]. Kết quả này giải thích tỷ lệ hạn chế về VHSK cao ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi. Học vấn thấp khiến họ khó khăn trong việc đọc và hiểu các kiến thức về CSSK, đồng thời hạn chế việc tiếp cận các nguồn cung cấp các thông tin này, vì thế VHSK của những đối tượng này kém là dễ hiểu.

Về nghề nghiệp, nhóm làm nông nghiệp, nghỉ hưu và buôn bán có tỷ lệ hạn chế VHSK cao nhất lần lượt là 100%: 89,0 và 90,6%.

100% những NCT tham gia ở mức tình trạng kinh tế nghèo, cận nghèo có VHSK hạn chế, điều này là phù hợp ở những NCT này, mức sống thấp về kinh tế làm ảnh hưởng

đến việc tiếp cận với kiến thức, đặc biệt những kiến thức về nhu cầu chăm sóc, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe do còn phải sinh kế, mưu sinh.

## V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả thu được chúng tôi đi đến một số kết luận sau:

### 1. Các mức độ VHSK của NCT tăng huyết áp tại huyện Hòa Vang, TP. Đà Nẵng năm 2018

#### Các mức độ văn hóa sức khỏe

#### • Điểm trung bình của văn hóa sức khỏe theo các phân nhóm:

- Văn hóa sức khỏe chung:  $22,1 \pm 7,6$ ; Chăm sóc sức khỏe:  $21,76 \pm 8,1$ ; Phòng bệnh:  $19,5 \pm 7,96$ ; Nâng cao sức khỏe:  $22,1 \pm 7,9$

#### • Đánh giá theo các mức độ văn hoá sức khoẻ chung:

- Không đủ: 58,5%; Có vấn đề: 36,0%; Đầy đủ: 5,5%; Rất đầy đủ: 0,0%

#### • Đánh giá theo hai mức độ văn hoá sức khoẻ chung:

- Hạn chế: 94,5% và không hạn chế: 5,5%

### 2. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Văn hoá sức khoẻ có liên quan với nhóm tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,01$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2014), *Báo cáo quốc gia giáo dục cho mọi người 2015 của Việt Nam*, Hà Nội, tr. 40 - 44.
2. Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng (2011), *Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 69-70, 78-79.
3. Hoàng Thị Thanh Tú (2017), Nghiên cứu về Văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các Trạm Y tế thị xã Quảng Trị, tỉnh Quảng Trị năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y – Dược Huế.
4. Hoàng Đình Tuyên (2016), Nghiên cứu về Văn Hóa sức khỏe và các yếu tố liên quan trong cộng đồng người trưởng thành tại TP Huế 2015, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y – Dược Huế.

### TIẾNG ANH

5. The HLS-Asia Consortium (2013) *HLS-Asia-Q Measurement of health literacy in Asia*.
6. HLS-EU Consortium (2012), *Comparative report on health literacy in eight EU member states*, The European health literacy survey HLS-EU, ONLINE PUBLICATION, pp. 1 – 24.
7. Asian Health Literacy Association (2014), *The second International Conference on health literacy & health promotion*, Taipei, Taiwan, demography and social determinants of health literacy in Semarang City Indonesia, pp. 32.



8. Duong V. T., et al (2015), “Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study”, *Asia Pac J Public Health*. 27(8), pp. 871-880.

9. Doyle G., Cafferkey K. and Fullam J. (2012), *The European health literacy survey: results from Ireland*, The European Health Literacy Project, pp. 11 – 30.

10. Nguyen Trung Kien (2014), *Health Literacy survey on some groups of Vietmanese* , using validated version of HLS-EU - Q, Hanoi school of public health , pp. 33.

11. Sorensen K., et al (2012), “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, *BMC Public Health*. 12, pp. 80-80.

12. Weiss B. D. (2007), *Health literacy and patient safety: Help patients understand (Second edition)*, American Medical Association Foundation and American Medical Association.



# THỰC TRẠNG CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ VÀ ĐIỀU KIỆN VỆ SINH TẠI 3 TRƯỜNG MẦM NON HUYỆN QUẢNG XƯƠNG, TỈNH THANH HÓA NĂM 2018

Đinh Thị Thu Hằng<sup>1</sup>, Lê Thị Hà Phương<sup>2</sup>, Ngô Thị Như<sup>3</sup>, Đặng Thị Vân Quý<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019 chúng tôi tiến hành khảo sát thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và điều kiện vệ sinh tại 3 trường mầm non huyện Quảng Xương tỉnh Thanh Hóa chúng tôi thu được kết quả: Địa điểm xây dựng trường đạt yêu cầu 3/3. 1/3 trường đảm bảo có đủ cây xanh 50 – 60%. 1/3 trường có nhân viên y tế, 1/3 trường nhân viên y tế là kiêm nhiệm, 3/3 trường thực hiện đầy đủ quy định của bếp ăn, 2/3 trường có nhân viên chế biến, có tủ bảo quản và có lối đi riêng cho thực phẩm, 1/3 trường có diện tích phòng 30 -40m<sup>2</sup>, 3/3 trường có đầy đủ quạt điện, 1/3 trường có hệ thống điều hòa nhiệt độ.

**Từ khóa:** Trường mầm non, điều kiện trường học.

## ABSTRACT:

**CURRENT SITUATION OF FACILITIES, EQUIPMENT AND SANITARY CONDITIONS AT 2 PRESCHOOLS IN QUANG XUONG DISTRICT, THANH HOA PROVINCE IN 2018.**

We conducted a survey on the status of facilities, equipment and sanitary conditions at 3 preschools in Quang Xuong district, Thanh Hoa province from 9/2018 to 5/2019. We attained results: The construction site has a satisfactory rate of 3/3. 1/3 of the preschool is guaranteed to have enough trees and reaches 50 - 60%. 1/3 of the preschool has medical staffs. 1/3 of medical staffs of the preschool are part-time. 3/3 of the preschools fully comply with the regulations of the kitchen. 2/3 of the preschool have chef, storage cabinets and separate paths for food. 1/3 of the preschool have area rooms of 30-40m<sup>2</sup>. 3/3 of the preschool have enough electric fans. 1/3 of the preschool have air conditioner

**Key words:** The preschool, preschool conditions

1. Trường Đại học điều dưỡng Nam Định
2. HV cao học YTCC K15 – Trường Đại học Y Dược Thái Bình
3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn lứa tuổi mầm non, ở trẻ xuất hiện những khả năng nhất định mang tính nền tảng cho những năng lực cao hơn sau này. Nếu những khả năng nền tảng đó bị bỏ qua hoặc liên tục không được nuôi dưỡng thì trẻ không được chuẩn bị tốt cho những bước phát triển về sau như khả năng nghe nhìn, phát triển ngôn ngữ, nhận thức. Tuy nhiên, xã hội hiện nay ngày càng phát triển, nhu cầu gửi trẻ tới các trường mầm non càng gia tăng, nhiều trường mầm non không thể nhận thêm trẻ vì quá tải, mặc dù nhu cầu gửi trẻ của phụ huynh còn rất nhiều, đặc biệt tại các địa phương có khu, cụm công nghiệp, địa bàn tập trung đông dân cư. Điều này dẫn đến, các trường chịu nhiều áp lực về cơ sở vật chất, thiếu giáo viên, đồ dùng dạy học và đặc biệt ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc, giáo dục trẻ chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

*Mô tả thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị và điều kiện vệ sinh tại 3 trường mầm non huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa năm 2018.*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 03 trường là: Trường mầm non thị trấn Quảng Xương và trường mầm non xã Quảng Phong và xã Quảng Tân, huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Điều kiện cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh tại 3 trường.

### 2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu



Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang. Nghiên cứu ngang qua các bảng kiểm và hỏi để xác định thực trạng điều kiện vệ sinh và cơ sở vật chất phục vụ công tác chăm sóc trẻ của các trường

mầm non ở huyện Quảng Xương, Thanh Hóa  
Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Địa điểm xây dựng trường mầm non (n=3)**

Nội dung	Tỷ lệ
Xa nơi nguy cơ xảy ra tai nạn cháy nổ	3/3
Xa bệnh viện, kho xăng dầu, bãi rác	3/3
Xa nguồn phát sinh tiếng ồn	3/3
Khu đất cao, sạch, không đọng nước	3/3

Kết quả khảo sát ở bảng 3.1 cho thấy tất cả các trường (3/3) đều đạt tiêu chuẩn quy định về địa điểm xây dựng như xa nơi gây ô nhiễm, gây ồn, gây tai nạn thương tích.

**Bảng 3.2. Quy hoạch xây dựng trường (n=3)**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Đạt 30- 40m <sup>2</sup> /trẻ	0/3
Cây xanh đảm bảo 50-60%	1/3
Đủ nước cấp cho nhà trường	3/3
Hệ thống nước thải kín, dẫn vào cống chung	3/3
Sân chơi rộng và có thiết bị vui chơi	3/3
Vệ sinh xung quanh trường sạch sẽ	3/3
Có thùng rác hợp vệ sinh	3/3

Kết quả bảng 3.2 cho thấy cả 3 trường mầm non đều không đạt tiêu chuẩn về diện tích xây dựng. Chỉ có 1 trong 3 trường có diện tích trồng cây xanh đảm bảo 50-60%. Tuy

nhiên cả 3/3 trường đạt các tiêu chuẩn quy định khác như sân chơi rộng rãi và có thiết bị vui chơi, có đủ hệ thống cấp thoát nước trong trường học.

**Bảng 3.3. Cung cấp nước trong trường học (n=3)**

Nguồn nước sử dụng	Tỷ lệ
Nước máy	3/3
Nước giếng khoan	1/3
Cấp đủ nước	3/3

Bảng 3.3 cho thấy kết quả là có 3/3 trường mầm non trong diện điều tra sử dụng nước máy. Còn 1/3 trường sử dụng nguồn nước giếng khoan để dùng thêm. Các trường đều đủ nước.

**Bảng 3.4. Các công trình vệ sinh nhà trường (n=3)**

Nhà tiêu	Tỷ lệ
Tự hoại	3/3
Hai ngăn	0/3
Thấm dột nước	0/3

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tất cả các trường mầm non (3/3) chúng tôi điều tra đều sử dụng nhà tiêu tự hoại.

**Bảng 3.5. Các dụng cụ vệ sinh phục vụ công tác chăm sóc trẻ (n=3)**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Số bồn cầu đủ 10 trẻ/ bồn cầu	3/3
Có máng tiểu riêng cho bé trai và bé gái	3/3
Có chậu rửa tay cho trẻ sạch	3/3
Có xà phòng rửa tay	3/3
Có khăn rửa mặt riêng cho trẻ	3/3

Bảng 3.5 cho thấy tất cả 3/3 trường mầm non có đầy đủ dụng cụ vệ sinh cho trẻ (số lượng bồn cầu, chậu rửa tay, xà phòng, khăn mặt riêng cho trẻ).

**Bảng 3.6. Thực trạng phòng y tế (n=3)**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Có nhân viên y tế	1/3
Nhân viên y tế kiêm nhiệm	1/1
Có thước đo chiều dài	2/3
Có giường nằm	2/3
Có phòng cách ly	2/3
Cân	3/3
Tủ thuốc	3/3

Kết quả bảng 3.6 cho thấy cả 3 trường mầm non đều có phòng y tế. Các trường đều có tủ thuốc, cân đo chiều dài, giường nằm, phòng cách ly. Chỉ có 1 trường có nhân viên y tế, 1 trường có nhân viên kiêm nhiệm. Có 2/3 trường được trang bị đầy đủ dụng cụ theo quy định của phòng y tế.



**Bảng 3.7. Thực trạng nhà bếp trường mầm non (n=3)**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Nhà bếp sạch	3/3
Có nhân viên chế biến	2/3
Có bàn ăn	2/3
Có tủ bảo quản thực phẩm	2/3
Có lối đi riêng	2/3
Có thùng đựng thức ăn thừa	3/3
Có bảo hộ cho nhân viên chế biến	3/3
Nhân viên có giấy chứng nhận sức khỏe	3/3

Kết quả bảng 3.7 cho thấy cả 3 trường thực hiện chế biến thức ăn cho trẻ, có tủ bảo quản thực phẩm và đầy đủ quy định của bếp ăn. Có 2/3 trường có nhân viên lối đi riêng.

**Bảng 3.8. Thực trạng phòng học trường mầm non**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Phòng có đủ ánh sáng	3/3
Phòng học lát gạch men	3/3
Diện tích 40-50m <sup>2</sup>	2/3
Diện tích 30-40m <sup>2</sup>	1/3
Hướng quay về nguồn chiếu sáng tốt	3/3

Qua khảo sát các phòng học của 3 trường mầm non cho thấy các phòng đều có nguồn chiếu sáng tốt. Có 2/3 trường phòng học có diện tích 40-50m<sup>2</sup>.

**Bảng 3.9. Trang thiết bị phòng học**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Có lò sưởi	0/3
Có điều hòa nhiệt độ	1/3
Có quạt điện	3/3

Kết quả bảng 3.9 cho thấy tất cả các trường mầm non (3/3) chúng tôi điều tra chưa có trang thiết bị lò sưởi. Chỉ có 1 trường được trang bị điều hòa không khí nhưng các phòng chăm sóc trẻ đều có hệ thống không khí bằng quạt điện.

**Bảng 3.10. Trang thiết bị học tập trong phòng học**

Nội dung điều tra	Tỷ lệ
Kích thước ghế ngồi theo tuổi	2/3
Kích thước bàn đủ tiêu chuẩn	2/3
Có tủ đựng đồ chơi cho trẻ	2/3

Kết quả bảng 3.10 cho thấy có 2/3 trường được trang bị bàn ghế và có tủ đồ chơi đúng tiêu chuẩn.

#### IV. BÀN LUẬN

Công trình vệ sinh trong trường mầm non phải đảm bảo yêu cầu sạch sẽ, số lượng chỗ vệ sinh tùy thuộc vào số lượng trẻ, lứa tuổi của trẻ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả 3 trường đều sử dụng nhà tiêu tự hoại. Như vậy về điều kiện vệ sinh của trường trong nghiên cứu của chúng tôi cả 3 trường cơ bản đáp ứng những yêu cầu cơ bản theo quy định hiện hành. So với một số nghiên cứu trước thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do thời điểm nghiên cứu và vùng sinh thái cũng như nhu cầu phát triển của xã hội. Kết quả cũng cho thấy tại các công trình vệ sinh thì các dụng cụ như bồn cầu đủ; máng đi tiêu riêng biệt cho trẻ trai và gái; chậu rửa tay của trẻ đều sạch sẽ; tại chỗ rửa có đủ xà phòng rửa tay; có khăn riêng cho mỗi trẻ. Những dụng cụ này tuy đơn giản nhưng đã có một vai trò rất cần thiết trong việc đảm bảo vệ sinh

cho trẻ, giúp trẻ phòng tránh được những bệnh lây nhiễm qua đường nước cũng như các dụng cụ vệ sinh: bệnh đau mắt đỏ, viêm da, tiêu chảy, tay chân miệng và các bệnh đường tiêu hóa khác. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các trường mầm non mà chúng tôi điều tra đã đạt được những tiêu chuẩn cơ bản về điều kiện vệ sinh trường (Địa điểm xây dựng, diện tích xây dựng, diện tích trồng cây xanh, nguồn nước, công trình vệ sinh).

#### V. KẾT LUẬN

- Địa điểm xây dựng trường đạt yêu cầu 3/3
- 1/3 trường đảm bảo có đủ cây xanh 50 – 60%
- 1/3 trường có nhân viên y tế, 1/3 trường nhân viên y tế là kiêm nhiệm
- 3/3 trường thực hiện đầy đủ quy định của bếp ăn. 2/3 trường có nhân viên chế biến, có tủ bảo quản và có lối đi riêng cho thực phẩm
- 1/3 trường có diện tích phòng 30 -40m<sup>2</sup>. 3/3 trường có đầy đủ quạt điện, 1/3 trường có hệ thống điều hòa nhiệt độ

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng Diễm, Trương Đình Bắc, Chu Văn Thăng (2018), “Thực trạng công tác y tế trường học ở 5 tỉnh Quảng Ninh, Thanh Hóa, Lâm Đồng, TP Hồ Chí Minh và Tiền Giang năm 2017”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 28, số 1, Tr. 94
2. Dư Nguyễn Đại Nam, Lý Thị Kim Chi (2016), “Kiến thức về an toàn thực phẩm của cán bộ quản lý bếp ăn tập thể trường học trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2015”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 5 Tr.59-62.
3. Đinh Thị Thu Hằng (2013), Thực trạng vệ sinh môi trường và kiến thức, thực hành của bà mẹ, cô giáo về chăm sóc trẻ em tại một số trường mầm non thành phố Nam Định năm 2013, Luận văn thạc sĩ YTCC, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
4. Triệu Thị Hằng (2016), Quản lý hoạt động chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ tại trường mầm non Hoa Hồng quận Đống Đa, Hà Nội trong bối cảnh hiện nay, Luận văn thạc sĩ Quản lý giáo dục, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Mạc Đăng Tuấn, Lê Thị Thanh Xuân và cộng sự (2017), “Đánh giá thực trạng công tác y tế trường học ở các trường học tại thành phố Tuyên Quang tỉnh Tuyên Quang năm 2016”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập 27, số 7, Tr. 41.



# THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ CỦA NAM SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ NINH BÌNH NĂM 2018

Trần Vũ Ngọc<sup>1</sup>, Phạm Văn Trọng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang qua phỏng vấn 226 nam sinh viên và thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm sinh viên, 5 cuộc phỏng vấn sâu đối với cán bộ lãnh đạo trường và các đoàn thể. Kết quả cho thấy: 30,9% nam sinh viên hiện đang hút thuốc lá, nhóm tuổi từ 26 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (47,2%).

Lý do hút thuốc lá ở những người hiện đang hút thuốc lá nhiều nhất là buồn chán/căng thẳng chiếm 45,7%, do bắt chước bạn bè chiếm 42,9%.

Thời gian hút thuốc lá trên 5 năm chiếm 48,5%, mức độ hút thuốc lá chủ yếu là từ 1-10 điếu/ngày (80,0%); nơi thường hút thuốc lá của nam sinh viên chủ yếu là ở quán nước, quán điện tử, cà phê (62,9%).

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, hệ đào tạo và người hút thuốc trong gia đình với tỉ lệ hút thuốc lá ở nam sinh viên.

**Từ khóa:** Hút thuốc lá ở nam sinh viên

## SUMMARY

### SITUATION OF MALE STUDENT SMOKING IN NINH BINH MEDICAL COLLEGE 2018.

The study describes a cross-cutting 226 male students and conducted 2 student group discussions, 5 in-depth interviews with school leaders and mass organizations. Result: 30,9% of male students currently smoke, the age group of 26 and over accounts for the highest proportion (47,2%).

The reason for smoking in people who currently smoke the most is boredom / stress, accounting for 45,7%, because imitating friends accounts for 42,9%.

The time of smoking over 5 years accounts for 48,5%, the level of smoking is mainly from 1-10 cigarettes /day (80,0%); The most common places for male students to smoke are mostly in water shops, electronic shops and coffee shops (62,9%).

There is a statistically significant relationship between age group, training system and family smokers with smoking rates in male students.

**Key words:** Smoking male students

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc là là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, nhưng có thể phòng tránh được. Hiện nay trên thế giới hằng năm có khoảng 7 triệu người chết do các căn bệnh liên quan đến thuốc lá. Hút thuốc lá cũng là tác nhân của rất nhiều loại bệnh khác nhau và chi phí khám chữa bệnh do nguyên nhân từ thuốc lá tăng theo mỗi năm. Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hiện nay trên toàn thế giới có khoảng 1,3 tỷ người hút thuốc và số này sẽ tăng lên 1,6 tỷ người vào năm 2020. Việt Nam vẫn là một trong 15 nước có số người hút thuốc lá cao nhất trên thế giới. Mỗi năm, tại Việt Nam có khoảng 40.000 ca tử vong liên quan đến sử dụng thuốc lá. Con số này sẽ tăng lên thành 70.000 ca/năm vào năm 2030 nếu các biện pháp phòng chống tác hại thuốc lá không được thực hiện kịp thời [3].

Sinh viên trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình là những cán bộ y tế hiện tại và trong tương lai có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng và cũng là người thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe vận động mọi người không hút thuốc lá. Việc tìm hiểu thực trạng hút thuốc lá và những yếu tố ảnh hưởng tới việc hút thuốc lá của nam sinh viên nhà trường là hết sức cần thiết, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình năm 2018; 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến hút thuốc lá của nam sinh viên tại địa bàn nghiên cứu.

## III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình, SĐT: 0982241104, Email: ngoctranvu.ynb@gmail.com

2. Trường Đại học Y dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 07/03/2019 | » Ngày phản biện: 14/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 20/03/2019

+ **Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC):** Là nam sinh viên đang học tập tại Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình; Cán bộ lãnh đạo Đảng ủy, Ban giám hiệu, Công đoàn, chi hội Cựu chiến binh và Đoàn thanh niên.

+ **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 10/2018 đến tháng 02/2019.

+ **Thiết kế nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp giữa nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng.

+ **Cỡ mẫu và chọn mẫu:**

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho cuộc điều tra xác định một tỷ lệ và được tính là 220 sinh viên. Chọn mẫu toàn bộ số nam

sinh viên đang theo học tại trường, trừ những người không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Mẫu định tính:** Thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm, mỗi nhóm 10 sinh viên thuộc 2 hệ chính quy và liên thông; 5 cuộc phỏng vấn sâu đối với cán bộ lãnh đạo Đảng ủy, Ban giám hiệu, Công đoàn, chi hội Cựu chiến binh và Đoàn thanh niên.

+ **Xử lý số liệu:** Toàn bộ số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích kết quả bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 1. Đặc điểm chung về ĐTNC (n=226)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<20 tuổi	40	17,7
	Từ 20 đến 25 tuổi	101	44,7
	Từ 26 tuổi trở lên	85	37,6
Hệ đào tạo	Chính quy	129	57,1
	Liên thông	97	42,9
Chuyên ngành	Y	166	73,5
	Dược	60	26,5
Người hút thuốc trong gia đình	Có	99	43,8
	Không	127	56,2

Bảng 1 cho thấy trong số 226 nam sinh viên được điều tra có 44,7% đối tượng ở độ tuổi từ 20 đến 25, độ tuổi từ 26 trở lên chiếm 37,6%. Có 57,1% sinh viên thuộc hệ chính quy và 42,9% thuộc hệ liên thông. Có 73,5% sinh

viên thuộc chuyên ngành y và 26,5% thuộc chuyên ngành dược. Có 56,2% số đối tượng có người hút thuốc trong gia đình và 43,8% số đối tượng không có người hút thuốc trong gia đình.

**Bảng 2. Tình trạng hút thuốc của ĐTNC (n=226)**

Tình trạng hút thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ hút	125	55,3
Có hút thuốc	70	31,0
Không, nhưng trước đây có hút	31	13,7
<b>Cộng</b>	<b>226</b>	<b>100</b>



Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ người hiện đang hút thuốc lá là 30,9%. Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) năm 2015 cho thấy tỉ lệ người hút thuốc lá trên 15 tuổi ở nam giới là 45,3% [2]. Kết quả điều tra của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ sinh viên y khoa đang hút thuốc trong nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết năm 2011 là 43,8% [10]. Kết quả điều tra của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Khắc Bảo năm 2007 trong đó tỷ lệ hiện đang hút thuốc ở nam giới là 12,6% [1].

Để giải thích sự khác biệt này, theo chúng tôi có lẽ do với từng nghiên cứu có sự khác nhau về đối tượng, cỡ mẫu, môi trường. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại

Trường Cao đẳng y tế Ninh Bình trên đối tượng là nam sinh viên 2 hệ chính quy và liên thông, với 2 ngành đào tạo là y và dược. Sinh viên liên thông chiếm tỷ lệ cao, đây là đối tượng đang làm việc tại các cơ sở y tế, học tập tại trường vào những ngày cuối tuần. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ sinh viên chuyên tu hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao (75,12%)[10]. Nghiên cứu của Lê Khắc Bảo là tại khoa Y của Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh mà đối tượng là sinh viên năm thứ ba [1]. Các em tuổi trẻ hơn, ít bị áp lực của gia đình, công việc và cuộc sống hơn nên tỉ lệ hút thuốc lá cũng ít hơn.

**Bảng 3. Phân bố ĐTNC hiện đang hút thuốc theo nhóm tuổi (n=70)**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 20 tuổi	8	11,4
Từ 20 đến 25 tuổi	29	41,4
Từ 26 tuổi trở lên	33	47,2
<b>Cộng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Bảng 3 cho thấy trong số 70 nam sinh viên hiện đang hút thuốc thì tỷ lệ đang hút thuốc có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi. Nhóm tuổi từ 26 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,2%, nhóm tuổi từ 20 đến 25 chiếm 41,4%, nhóm tuổi dưới 20 chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,4%). Theo chúng

tôi, nhóm tuổi trên 26 có tỷ lệ hút thuốc cao có lẽ do phần lớn họ là sinh viên hệ liên thông. Đây là những người đang làm việc tại các cơ sở y tế, họ có thể bị những áp lực công việc, gia đình và xã hội lớn hơn.

**Bảng 4. Lý do hút thuốc của ĐTNC (n=70)**

Lý do hút thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Buồn chán/ căng thẳng	32	45,7
Bắt chước bạn bè	30	42,9
Do người khác lôi kéo	6	8,6
Phong cách sành điệu	2	2,9
<b>Cộng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Bảng 4 cho thấy lý do hút thuốc lá của nam sinh viên chủ yếu là do buồn chán hoặc căng thẳng trong học tập, làm việc (chiếm 45,7%), do bắt chước bạn bè chiếm 42,9%, do người khác lôi kéo chiếm 8,6% và do phong cách sành điệu chiếm 2,9%. Theo chúng tôi có thể do tác dụng kích thích của Nicotine làm cho người hút có cảm giác hưng

phấn, giảm căng thẳng nên thường hút khi có vấn đề trong sinh hoạt và học tập như áp lực thi cử, áp lực trong cuộc sống hàng ngày. Cũng có thể do thói quen trong giao tiếp mời thuốc lá, hoặc người đang hút rồi mời bạn hút làm gia tăng tỷ lệ hút thuốc lá. Nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết tại Trường Đại học Y dược Thái Nguyên, lý do hút thuốc lá

của sinh viên chuyên tu chủ yếu là do buồn, căng thẳng (31,88%), còn đối với sinh viên chính quy lý do hút thuốc chủ yếu là do bắt chước bạn bè (28,43%)[10]. Theo báo cáo đánh giá của Công đoàn Y tế Việt Nam về xây dựng môi trường y tế không khói thuốc (2016), lí do chính khiến

nhân viên y tế hút thuốc là do bạn bè mời mọc (chiếm 40,7%) hoặc để giảm căng thẳng (chiếm 35,2%) [5].

Qua thảo luận nhóm, đa số những ý kiến cho rằng: “Một số bạn hút thuốc từ khi học phổ thông, khi vào trường đã lôi kéo rủ rê các bạn khác hút thuốc” (SVCQ1\_TLN).

**Bảng 5. Thực trạng hút thuốc của ĐTNC (n=70)**

Thực trạng hút thuốc lá		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian hút thuốc	< 1 năm	9	12,9
	từ 1 -3 năm	20	28,6
	từ 3 -5 năm	7	10,0
	> 5 năm	34	48,5
Mức độ hút thuốc	Từ 1-10 điếu/ngày	56	80,0
	Từ 11-20 điếu/ngày	13	18,6
	Từ 21-30 điếu/ngày	1	1,4
Thời điểm bắt đầu hút thuốc trong ngày sau khi thức dậy	> 60 phút	34	48,6
	31-60 phút	14	20,0
	6-30 phút	10	14,3
	≤ 5 phút	12	17,1
Nơi thường là hút thuốc	Quán nước, cà phê/ điện tử	44	62,9
	Ở nhà	24	34,3
	Trường học/cơ sở y tế	1	1,4
	Nơi công cộng	1	1,4

Các nghiên cứu về tác hại của thuốc lá với sức khỏe con người, các tác giả đều chú trọng đến 3 yếu tố, đó là thời gian hút thuốc (tính bằng số năm hút), tuổi bắt đầu hút thuốc và số điếu thuốc hút mỗi ngày. Số năm hút thuốc càng nhiều, tuổi bắt đầu hút thuốc càng trẻ và số điếu thuốc hút mỗi ngày càng nhiều thì mức độ ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe càng lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐTNC hút thuốc trên 5 năm chiếm 48,5%, hút thuốc từ 1-3 năm chiếm 26,8%.

Mức độ hút thuốc lá của nam sinh viên chủ yếu là dưới 10 điếu/ngày chiếm 80,0%, từ 11-20 điếu/ngày chiếm 18,6%. Tỷ lệ đối tượng hút 1-10 điếu/ngày trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Ngô Quý Châu năm 2004 (87,1%) [4]. Thời điểm bắt đầu

hút thuốc trong ngày sau khi thức dậy của ĐTNC nhiều nhất là trên 60 phút chiếm 48,6%, 31-60 phút chiếm 20,0%, đặc biệt từ 5 phút trở xuống chiếm 17,1%. Mức độ nghiện thuốc lá của ĐTNC chủ yếu là không nghiện (47,1%); nghiện vừa chiếm 30,0% và nghiện nhẹ chiếm 22,9%. Không có đối tượng nào nghiện nặng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Thành, Lê Khắc Bảo và cộng sự tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (TP HCM) năm 2009, tỉ lệ cán bộ y tế không nghiện là 30,1%, nghiện nhẹ là 35,4%, nghiện vừa là 28% và nghiện nặng là 6,2% [9]. Đối tượng trong nghiên cứu này có tuổi trung bình cao hơn, áp lực công việc và cuộc sống lớn hơn, thời gian hút thuốc lâu hơn và có xu hướng hút thuốc nhiều hơn.





ĐTNC thường hút thuốc lá chủ yếu ở quán nước, quán điện tử, cà phê (62,9%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lân và cộng sự tại Trường Đại học Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2016, địa điểm sinh viên hút thuốc lá nhiều nhất là quán nước/quán cà phê với tỷ lệ 54,2% [7]. Ở những nơi này, nam sinh viên được tự do hút thuốc mà không bị kiểm soát và cũng chính môi trường này, các nam sinh viên cũng dễ lười kéo rừ rê nhau hút thuốc.

Kết quả nghiên cứu định tính bằng qua thảo luận nhóm cho thấy, đa số những ý kiến cho rằng: “*Tình hình hút thuốc lá ở Trường diễn ra ở các bạn sinh viên trong giờ ra chơi tập trung tại khu vực nhà vệ sinh nam hoặc sân trường, một số ít hút ở hành lang; còn thầy giáo thì đôi khi cũng có một vài thầy hút ở sân trường*” (SVCQ2\_TLN).

“*Hiện nay tình trạng hút thuốc lá của nhân viên y tế vẫn còn, mặc dù đã được tuyên truyền nhắc nhở, thậm chí*

*xử phạt nhưng còn một số cơ sở y tế vẫn còn tình trạng để nhân viên hút thuốc trong giờ làm việc mà chưa xử lý triệt để*” (SVLT1\_TLN).

“*Số người hút thuốc vẫn còn, việc bỏ thuốc gặp nhiều khó khăn, việc xử lý vi phạm gặp nhiều vướng mắc, có chế tài xử phạt nhưng đơn vị chưa xử phạt được ai mà cũng chỉ là nhắc nhở. Một số phòng, bộ môn lãnh đạo còn hút thuốc lá nên việc triển khai thực hiện cũng gặp nhiều khó khăn*” (CB2\_PVS).

“*Cần tăng cường công tác tuyên truyền, phổ biến rộng rãi về tác hại của việc sử dụng thuốc lá, lợi ích của việc thực hiện môi trường không khói thuốc, các quy định của Luật Phòng chống tác hại thuốc lá và các văn bản hướng dẫn liên quan; tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề về tác hại thuốc lá và lợi ích của môi trường không khói thuốc*” (CB5\_PVS).

**Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng hút thuốc với đặc điểm chung của ĐTNC**

Đặc điểm		Hút thuốc		OR (CI 95%)	p
		Có (%)	Không (%)		
Tuổi	≥ 26 tuổi	33 (38,8%)	52 (61,2%)	1,782 (1,003-3,174)	<0,05
	< 26 tuổi	37 (26,2%)	104 (73,8%)		
Hệ đào tạo	Liên thông	39 (40,2%)	58 (59,8%)	2,127 (1,199-3,773)	<0,01
	Chính quy	31 (24,0%)	98 (76,0%)		
Người hút thuốc trong GD	Có	41 (41,4%)	58 (58,6%)	2,389 (1,343-4,249)	<0,01
	Không	29 (22,8%)	98 (77,2%)		

Qua bảng 6, tỉ lệ hút thuốc ở nhóm ĐTNC dưới 26 tuổi là 26,2%, ở nhóm từ 26 tuổi trở lên là 38,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ,  $OR = 1,782$ ,  $CI 95\% = 1,003-3,174$ ). Thực tế cho thấy, những người tuổi cao hơn thì áp lực công việc và cuộc sống lớn hơn, thời gian hút thuốc lâu hơn và có xu hướng hút thuốc nhiều hơn.

Tỉ lệ hút thuốc ở hệ liên thông chiếm đến 40,2%, còn hệ chính quy là 24,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ,  $OR = 2,127$ ,  $CI 95\% = 1,199-3,773$ ). Sinh viên hệ liên thông đang làm việc tại các cơ sở y tế mà phần lớn tại tuyến y tế cơ sở, tuổi của họ cao hơn của sinh viên chính quy, có thể do áp lực và đặc thù công việc, phải trực đêm nên họ đã lấy điều thuốc làm niềm vui. Do đó, tỉ lệ hút thuốc ở nam sinh viên hệ liên thông lớn hơn ở hệ chính quy.

Tỉ lệ hút thuốc ở nhóm có người hút thuốc trong gia đình là 41,4%, ở nhóm không có người hút thuốc trong gia đình là 22,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lương (2008), ở trong gia đình có bố hút thuốc thì tỉ lệ học sinh hút thuốc cao gấp 2,71 lần so với những học sinh ở gia đình có bố không hút thuốc, đặc biệt khi ở gia đình có anh hoặc em trai hút thuốc thì tỉ lệ hút thuốc của học sinh cao gấp 3,66 lần so với những học sinh ở gia đình khác [6].

#### IV. KẾT LUẬN

+ **Thực trạng hút thuốc lá trong nam sinh viên:** Tỷ lệ sinh viên hiện đang hút thuốc lá là 30,9%, nhóm tuổi từ 26 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (47,2%). Lý do hút thuốc lá ở những người hiện đang hút thuốc lá nhiều nhất là buồn

chán/căng thẳng chiếm 45,7%, do bất chức bàn bẻ chiếm 42,9%. Thời gian hút thuốc lá trên 5 năm chiếm 48,5%, hút thuốc từ 1-3 năm chiếm 26,8%; mức độ hút thuốc lá chủ yếu là từ 1-10 điếu/ngày (80,0%); thời điểm bắt đầu hút thuốc trong ngày sau khi thức dậy nhiều nhất là trên 60 phút (48,6%), 31-60 phút chiếm 20,0%; mức độ nghiện thuốc lá của những người hiện đang hút thuốc cao nhất là không nghiện (47,1%), nghiện vừa: 30,0% và nghiện nhẹ:

22,9%. Nơi thường hút thuốc lá của nam sinh viên chủ yếu là ở quán nước, quán điện tử, cà phê (62,9%); ở nhà: 34,3%.

+ **Một số yếu tố liên quan đến hút thuốc lá của nam sinh viên:** ĐTNC thuộc nhóm tuổi từ 26 trở lên, thuộc hệ liên thông và có người hút thuốc trong gia đình có tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn ĐTNC thuộc nhóm tuổi dưới 26, thuộc hệ chính quy và không có người hút thuốc trong gia đình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Khắc Bảo (2007), “Khảo sát thực trạng hút thuốc lá trong sinh viên y khoa năm 3 - Đại học Y Dược TPHCM”, *Tạp chí Y học TPHCM- chuyên đề nội khoa*. tập 11 (Phụ bản của số 1), tr. 178 - 181.
2. Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê và WHO (2015), Điều tra sử dụng thuốc lá trong người trưởng thành (GATS) năm 2015, Bộ Y tế, chủ biên.
3. Bộ Y tế (2015), “Gánh nặng bệnh tật và tổn thất kinh tế của việc sử dụng thuốc lá.”.
4. Ngô Quý Châu và Nguyễn Thị Thu Hiền (2004), *Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá, hiểu biết và thái độ của cán bộ y tế Bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội* truy cập ngày, tại trang web [http://www.vinacosh.gov.vn/ngnien-cuu/bai\\_14.asp](http://www.vinacosh.gov.vn/ngnien-cuu/bai_14.asp).
5. Công đoàn y tế Việt Nam (2017), “Báo cáo nghiên cứu thực trạng triển khai xây dựng môi trường không khói thuốc lá tại 33 cơ sở y tế năm 2016”.
6. Nguyễn Văn Lương (2008), *Nghiên cứu thực trạng, nhận thức, thái độ về hút thuốc lá của nam học sinh trung học phổ thông khu vực thành phố và Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2008*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y dược Thái Bình.
7. Nguyễn Văn Lên, Lê Thị Xuân và Cao Thị Phương Thủy (2016), “Thực trạng hút thuốc lá của nam sinh viên trường Đại học Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2016”, *Kỷ yếu các đề tài Nghiên cứu khoa học của hệ thống TTGDSK 2016*.
8. Phạm Thị Quỳnh Nga và Lê Thị Thanh Hà (2004), *Thực trạng, kiến thức và thái độ về hút thuốc của cán bộ và sinh viên Trường Đại học Y tế Công cộng năm 2004*, Y tế Công cộng.
9. Nguyễn Trung Thành và Lê Khắc Bảo và CS (2009), “Khảo sát thực trạng hút thuốc lá của nhân viên y tế tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học TPHCM*. tập 13.
10. Đàm Thị Tuyết và CS (2011), *Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá của nam sinh viên y khoa Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên năm 2011*.



# THỰC TRẠNG VI PHẠM CÁC QUY ĐỊNH VỀ QUẢNG CÁO, KHUYẾN MẠI THUỐC LÁ Ở CÁC ĐIỂM BÁN LẺ THUỐC LÁ TẠI BÌNH ĐỊNH, ĐỒNG THÁP VÀ BẠC LIÊU NĂM 2018

Lê Thị Thanh Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu này mô tả thực trạng vi phạm quy định cấm quảng cáo và khuyến mại thuốc lá tại các điểm bán lẻ thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện tại 600 điểm bán lẻ thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu trong tháng 9/2018, sau khi kết thúc các chiến dịch truyền thông và giám sát. Số liệu về tình hình vi phạm được ghi nhận thông qua bảng kiểm quan sát. Tỷ lệ điểm bán lẻ thuốc lá vi phạm các quy định về quảng cáo thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018 là 18,5%. Có 45,5% điểm bán lẻ thuốc lá tại ba tỉnh vi phạm quy định về trưng bày thuốc lá quá 1 bao, 1 tút hoặc 1 hộp của 1 nhãn hiệu thuốc lá và 1,7% điểm bán lẻ thuốc lá vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá. Như vậy, việc tuân thủ các quy định về quảng cáo, trưng bày và khuyến mại thuốc lá tại các điểm bán lẻ thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp và Bạc Liêu trong năm 2018 vẫn còn bất cập, đặc biệt là các vi phạm về trưng bày thuốc lá quá số lượng quy định.

**Từ khóa:** Quảng cáo, khuyến mại, thuốc lá, điểm bán lẻ, Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu

## ABSTRACT

**THE VIOLATION OF THE BANS ON TOBACCO ADVERTISING AND PROMOTION AT POINTS OF SALE IN BINH DINH, DONG THAP AND BAC LIEU IN 2018**

This study aimed at describing the violation of the ban on tobacco advertising and promotion at points of sale in Binh Dinh, Dong Thap and Bac Lieu in 2018. This was a cross-sectional study at 600 tobacco points of sale (POSs) in three provinces of Binh Dinh, Dong Thap and Bac Lieu

after communication and monitoring campaigns. The data was collected through observation checklist. 18.5% of POSs violated the ban on tobacco advertising in three provinces. 45.5% of POSs violated the ban on tobacco display and 1.7% of POSs violated the ban on tobacco promotion. The study concluded that the compliance of regulations on tobacco advertising, display and promotion at POSs in Binh Dinh, Dong Thap and Bac Lieu in 2018 is poor, especially the violation of the tobacco display regulation.

**Keyword:** Advertising, promotion, tobacco, point of sale, Binh Dinh, Dong Thap, Bac Lieu

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá (Luật PCTHTL) đã được Quốc hội Việt Nam thông qua và chính thức có hiệu lực từ ngày 1/5/2013. Điều 9 của Luật cấm hoàn toàn khuyến mại thuốc lá [1]. Cùng với Luật PCTHTL, Luật Quảng cáo năm 2012 cũng xếp thuốc lá vào nhóm mặt hàng bị cấm quảng cáo [2]. Tuy nhiên, trên thực tế, tình hình thực thi các quy định này tại Việt Nam vẫn còn nhiều bất cập. Việc vi phạm các quy định về quảng cáo (QC), trưng bày và khuyến mại (KM) thuốc lá (TL) tại các điểm bán lẻ vẫn diễn ra khá phổ biến và khó kiểm soát. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Trường Đại học Y tế công cộng (ĐHYTCC) và Hội Y tế công cộng Việt Nam tại 1.416 điểm bán lẻ thuốc lá trên 10 tỉnh/thành phố tại Việt Nam năm 2015 cho kết quả: 40,1% điểm bán vi phạm quy định về quảng cáo thuốc lá; 86,9% điểm bán trưng bày quá 1 bao/1 tút của 1 nhãn hiệu thuốc lá và 1,6% điểm bán vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy một thực tế là tỷ lệ điểm bán vi phạm các quy định về quảng cáo thuốc lá có xu hướng tăng lên trong giai đoạn từ 2009-2015 [4].

## 1. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 20/03/2019 | » Ngày phản biện: 27/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 05/04/2019

Năm 2017-2018, Trường ĐHYTCC thực hiện các chiến dịch truyền thông và giám sát tại 3 tỉnh Đồng Tháp, Bình Định và Bạc Liêu với tần suất 3 tháng/lần. Các chiến dịch này tập trung chủ yếu vào việc truyền thông, cung cấp kiến thức cho các chủ cơ sở kinh doanh TL tại địa bàn nghiên cứu nhằm nâng cao nhận thức của họ về Luật PCTHTL và các quy định cấm QC TL thông qua một số hoạt động như cung cấp tài liệu (tờ rơi, sách mỏng), hướng dẫn thực hiện, giám sát và nhắc nhở các trường hợp vi phạm, yêu cầu các chủ cơ sở ký bản cam kết không vi phạm.

Bài báo này mô tả thực trạng vi phạm quy định cấm quảng cáo và khuyến mại thuốc lá tại các điểm bán lẻ thuốc lá trong năm 2018 sau khi kết thúc các chiến dịch truyền thông, giám sát tình hình thực thi quy định cấm QC, KM và trưng bày TL tại 3 tỉnh.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các điểm bán lẻ thuốc lá có địa chỉ cố định: Cửa hàng tạp hóa; Đại lý thuốc lá; Siêu thị/cửa hàng tiện lợi; Quán cà phê, giải khát, rượu bia; Nhà hàng/quán ăn; Xe bán thuốc lá có địa chỉ cố định.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 8-11/2018.
- Địa điểm: Bình Định (TP Quy Nhơn và thị xã An Nhơn), Đồng Tháp (TP Cao Lãnh và huyện Thanh Bình), Bạc Liêu (TP Bạc Liêu và huyện Vĩnh Lợi)

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

### 2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ được áp dụng để tính cỡ mẫu đánh giá sau can thiệp

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{d^2}$$

P1: Tỷ lệ trước can thiệp: 23%

P2: Tỷ lệ dự kiến thay đổi sau can thiệp (18%)

d: sai số tuyệt đối: 5%

$\alpha$ : khoảng tin cậy 0,05, z tham chiếu = 1.96

Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu để đảm bảo so sánh là 500 điểm bán lẻ, dự phòng 20% cỡ mẫu. Cỡ mẫu thu thập là 600 điểm bán lẻ (200 điểm bán thuốc lá/tỉnh, tại mỗi tỉnh thu thập số liệu tại 100 điểm bán tại nội thành và 100 điểm bán tại ngoại thành). Tại mỗi tỉnh, chọn một quận nội thành và một huyện ngoại

thành. Tại mỗi quận nội thành tiến hành quan sát ngẫu nhiên 8-10 cửa hàng trên 10 tuyến phố chính có mật độ buôn bán và quảng cáo thương mại lớn. Tại các huyện ngoại thành, toàn bộ các cửa hàng trên các tuyến phố sẽ được quan sát. Điều tra viên đi dọc tuyến phố từ số nhà nhỏ nhất (số 1) đến hết phố và lựa chọn các điểm bán phù hợp. Hai điểm bán cùng loại hình phải cách nhau tối thiểu 20m.

### 3. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu về tình hình vi phạm các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại thuốc lá tại các điểm bán lẻ được thu thập thông qua bảng kiểm quan sát.

### 4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng thu thập được từ bộ phiếu quan sát được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được so sánh với kết quả năm 2015, áp dụng kiểm định  $\chi^2$  với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

### 5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định, nguyên tắc, chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế. Các số liệu thu thập được đều được bảo mật và chỉ được sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu. Trong khảo sát định lượng, các điều tra viên phải thu thập dữ liệu ghi lại các bằng chứng vi phạm (bằng cách sử dụng máy ảnh để chụp ảnh). Việc ghi nhận hình ảnh vi phạm bằng máy ảnh phải được sự chấp thuận của chủ cửa hàng kinh doanh thuốc lá trước khi điều tra viên tiến hành chụp ảnh.

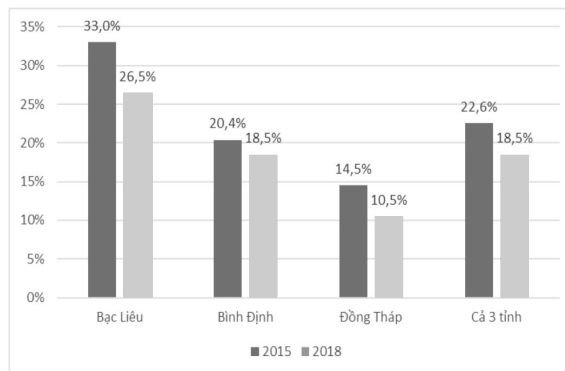
## III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 600 điểm bán lẻ thuốc lá được quan sát trong nghiên cứu, các loại hình điểm bán được khảo sát nhiều nhất bao gồm cửa hàng tạp hóa (53,8%), quán cà phê (28,3%) và xe đẩy bán thuốc lá (10,7%).

### 3.1. Thực trạng điểm bán lẻ vi phạm các quy định về quảng cáo thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018

Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ điểm bán lẻ thuốc lá vi phạm các quy định về QC TL tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018 là 18,5%, trong đó tỷ lệ vi phạm tại Bạc Liêu là 26,5%; Bình Định là 18,5% và Đồng Tháp là 10,5%. Tỷ lệ vi phạm ở cả ba tỉnh đều có xu hướng giảm nhẹ so với năm 2015 (4,1%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) (Biểu đồ 1).

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ điểm bán lẻ thuốc lá vi phạm quy định về quảng cáo thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2015 và năm 2018**



Các hình thức quảng cáo thuốc lá phổ biến trong được ghi nhận tại ba tỉnh năm 2018 gồm: (1) Treo tranh (poster) quảng cáo thuốc lá (14,7%); (2) Có mô hình sản phẩm giống bao thuốc lá (10,2%); (3) Có quầy (tủ) trưng bày thuốc lá (7,7%); (4) Có xe đẩy chuyên dụng trưng bày thuốc lá (3,2%); (5) Có vật phẩm gắn biểu tượng/mang màu sắc của nhãn hiệu thuốc lá (1,7%); (6) Có hộp trưng

bày thuốc lá (1,2%).

Tỷ lệ điểm bán thuốc lá vi phạm các tiêu chí về poster quảng cáo, mô hình quảng cáo, vật phẩm quảng cáo và hộp trưng bày thuốc lá năm 2018 có xu hướng tăng so với năm 2015. Trong khi đó, tỷ lệ điểm bán vi phạm các tiêu chí về quầy (tủ) trưng bày và xe đẩy trưng bày thuốc lá lại có xu hướng giảm so với năm 2015 (Bảng 1).

**Bảng 1. Tỷ lệ điểm bán thuốc lá có các hình thức quảng cáo thuốc lá vi phạm quy định tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2015 và năm 2018**

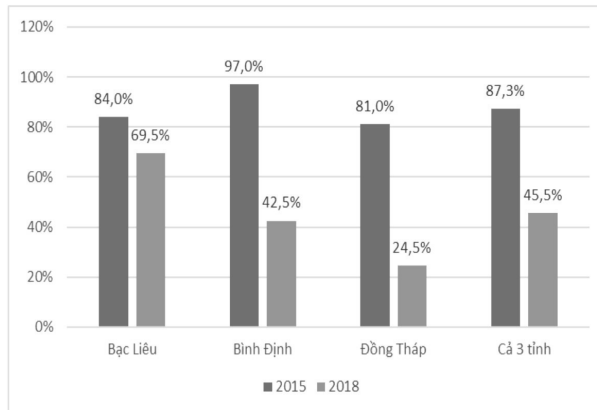
Tiêu chí vi phạm	Tỷ lệ vi phạm (%)	
	Năm 2015	Năm 2018
Poster quảng cáo	3,3	14,7
Mô hình quảng cáo	6,8	10,2
Quầy/tủ trưng bày	12,3	7,7
Xe đẩy trưng bày	8,1	3,2
Vật phẩm quảng cáo	0,7	1,7
Hộp trưng bày	0,8	1,2

### 3.2. Thực trạng điểm bán lẻ vi phạm các quy định về trưng bày thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018

Có 45,5% điểm bán lẻ thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu vi phạm quy định về trưng bày thuốc

lá khi trưng bày quá 1 bao hoặc 1 tút của 1 nhãn hiệu thuốc lá. Tỷ lệ vi phạm tại 3 tỉnh lần lượt là 69,5% (Bạc Liêu); 42,5% (Bình Định) và 24,5% (Đồng Tháp). Sau một số đợt truyền thông giám sát, tỷ lệ vi phạm năm 2018 có xu hướng giảm so với năm 2015 (giảm 41,8%) ( $p < 0,05$ ) (Biểu đồ 2).

**Biểu đồ 2: Tỷ lệ điểm bán thuốc lá vi phạm quy định về trưng bày thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018**



**3.3. Thực trạng điểm bán lẻ vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018**

Tỷ lệ điểm bán thuốc lá vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá ở cả ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018 là 1,7%, trong đó tỷ lệ vi phạm tại Bạc Liêu là 1,5%; Bình Định là 3,5% và Đồng Tháp là tỉnh duy nhất không vi phạm. Tỷ lệ điểm bán vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá năm 2018 có xu hướng giảm so với năm 2015 (giảm 1,5%). Tỷ lệ vi phạm tại Bình Định giảm 5% trong khi tỷ lệ vi phạm tại Bạc Liêu tăng 0,5% so với năm 2015.

Một số hình thức khuyến mại thuốc lá xuất hiện phổ biến trong năm 2018 tại ba tỉnh nghiên cứu bao gồm: (1) Đổi vỏ bao thuốc lá lấy bao thuốc lá mới (0,7%); (2) Giải thưởng trong vỏ bao thuốc lá; (3) Giá khuyến mại (0,3%); (4) Tặng quà (0,3%).

**IV. BÀN LUẬN**

Các hoạt động QC, KM TL thu hút những người hút mới đặc biệt là thanh thiếu niên, làm tăng mức độ sử dụng của những người đang hút, làm giảm quyết tâm bỏ thuốc, khuyến khích người bỏ thuốc hút thuốc trở lại [7]. Cấm hoàn toàn QC, KM TL đã được chứng minh là làm giảm lượng tiêu thụ TL. Một nghiên cứu tại 30 nước đang phát triển từ năm 1990-2005 cho thấy quy định QC, KM TL làm giảm 23,5% lượng tiêu thụ thuốc lá bình quân [3]. Một nghiên cứu khác trên 102 quốc gia chỉ ra quy định cấm QC, KM TL không hoàn toàn chỉ giảm được 1% mức tiêu thụ thuốc lá so với gần 9% ở quốc gia có quy định cấm toàn diện [5].

Tại Việt Nam, trong những năm vừa qua, Chính phủ và Quốc hội đã xây dựng được một hệ thống các văn bản

pháp luật về kiểm soát thuốc lá trong đó có các điều khoản về kiểm soát QC, KM TL (Luật PCTHTL, Luật Quảng cáo, Nghị định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế). Trên thực tế việc thực thi các quy định cấm QC, KM TL vẫn còn nhiều bất cập, đặc biệt tại các điểm bán lẻ. Việc vi phạm tại các điểm bán lẻ diễn ra khá phổ biến và khó kiểm soát.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, vẫn còn 18,5% điểm bán tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp và Bạc Liêu vi phạm quy định về QC TL và 1,7% điểm bán vi phạm quy định về KM TL trong năm 2018. Tỷ lệ vi phạm có giảm nhẹ so với kết quả khảo sát năm 2015 (4,1% và 1,5%). Do việc QC, KM TL bị cấm theo các quy định của pháp luật, ngành công nghiệp thuốc lá không ngừng đổi mới, đưa ra nhiều hình thức QC, KM TL hấp dẫn hơn nhằm thu hút người dùng. Bên cạnh đó, các công ty thuốc lá còn tìm cách “lách” các quy định của pháp luật trong việc QC, KM và trưng bày TL, chẳng hạn cung cấp miễn phí các mô hình bao TL để trưng bày, tặng miễn phí bật lửa cho các cơ sở kinh doanh TL để các cơ sở này bán lại cho khách hàng mua TL với giá rẻ. Đây có thể là lý do giải thích cho việc mặc dù có triển khai chiến dịch truyền thông và giám sát định kỳ nhưng tỷ lệ vi phạm về QC, KM TL tại ba tỉnh trong nghiên cứu chỉ giảm nhẹ.

Thực tế qua khảo sát cho thấy, nhiều chủ cơ sở kinh doanh TL vẫn chưa nắm được các nội dung của Luật PCTHTL cũng như các quy định về cấm QC, KM TL, đặc biệt là chủ các cơ sở kinh doanh TL ở các khu vực ngoại thành [4]. Các chiến dịch giám sát, truyền thông được thực hiện tại 3 tỉnh đã phần nào giúp tăng cường nhận thức của chủ các điểm bán lẻ TL, qua đó giảm phần nào tỉ lệ vi phạm tại 3 tỉnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 45,5% điểm bán lẻ thuốc lá tại Bình Định, Đồng Tháp và Bạc



Liều trung bày quá một bao hoặc một tút của một nhãn hiệu thuốc lá. Tỷ lệ vi phạm này đã giảm mạnh so với năm 2015, từ 87,3% xuống còn 45,5% (giảm 41,8%,  $p < 0,05$ ).

Các kết quả nghiên cứu đã cho thấy thực tế rằng sự tuân thủ các quy định trong quảng cáo và khuyến mại thuốc lá của các chủ cửa hàng kinh doanh thuốc lá hiện nay mặc dù đã có nhiều cải thiện so với trước đây, tuy nhiên cũng có thể do sự phát triển mạnh mẽ của ngành công nghiệp thuốc lá đã khiến tình trạng QC, KM TL vẫn diễn ra phổ biến tại các điểm bán lẻ. Trong tương lai, nếu như không kiểm soát được tình trạng này sẽ rất dễ dẫn tới việc gia tăng tiêu thụ thuốc lá trong cộng đồng, đặc biệt là trong đối tượng thanh thiếu niên [7]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, các chiến dịch truyền thông và giám sát vi phạm đã mang lại một số hiệu quả nhất định tới nhận thức của các chủ cơ sở kinh doanh TL, giúp họ hiểu rõ hơn về các quy định của Luật PCTHTL và chế tài xử phạt liên quan, thông qua đó tỉ lệ vi phạm các quy định QC, KM TL đã giảm đi phần nào. Trong thời gian tới cần tiếp tục đẩy mạnh hơn nữa các hoạt động truyền thông kết hợp với việc giám sát chặt chẽ hơn các cơ sở kinh doanh TL để hạn chế tình trạng QC, KM TL diễn ra phổ biến như hiện nay.

Hạn chế của nghiên cứu này là chưa mô tả được các loại hình vi phạm quy định cấm QC, KM TL theo từng loại hình điểm bán lẻ. Hiểu rõ được điều này sẽ giúp các ban

ngành chức năng dễ dàng kiểm soát và quản lý các hành vi vi phạm để có hình thức xử lý phù hợp.

#### V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ điểm bán lẻ thuốc lá vi phạm các quy định về QC TL tại ba tỉnh Bình Định, Đồng Tháp, Bạc Liêu năm 2018 là 18,5%. Có 45,5% điểm bán lẻ TL tại ba tỉnh vi phạm quy định về trưng bày TL quá 1 bao, 1 tút hoặc 1 hộp của 1 nhãn hiệu TL. Tỷ lệ điểm bán lẻ TL vi phạm quy định về KM TL ở cả ba tỉnh năm 2018 là 1,7%. So với năm 2015, tỷ lệ điểm bán vi phạm quy định về quảng cáo, trưng bày và khuyến mại thuốc lá ở cả ba tỉnh đều có xu hướng giảm, với mức giảm lần lượt là 4,1%; 41,8% và 1,5%.

Nghiên cứu khuyến nghị tiếp tục đẩy mạnh, tăng cường thanh tra, giám sát việc thực thi các quy định cấm QC, KM TL tại các điểm bán lẻ. Công tác giám sát cần mở rộng trên địa bàn toàn tỉnh. Thực hiện xử lý nghiêm các trường hợp tái vi phạm. Đồng thời, cần nâng cao nhận thức của các chủ cơ sở kinh doanh TL về Luật Phòng chống tác hại thuốc lá và các quy định cấm QC, KM TL thông qua truyền thông, phổ biến kiến thức cho chủ các điểm bán lẻ TL và cộng đồng. Ngoài ra, cần tiến hành nghiên cứu sâu, tìm hiểu loại hình bán lẻ TL nào vi phạm nhiều nhất để có hình thức xử lý phù hợp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

##### Tài liệu tiếng Việt

1. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2012), Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá số 09/2012/QH13.
2. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2012), Luật Quảng cáo số 16/2012/QH13

##### Tài liệu tiếng Anh

3. Chaloupka, FJ (2006), *Tobacco Addiction: Tobacco controls could save 3 million lives a year by 2030*, Disease control priorities project .
4. Le Thi Thanh Huong et al. (2016). *Violations of bans on tobacco advertising and promotion at points of sale in Viet Nam: Trend from 2009-2015. Asian Pac J Cancer Prev*, Vol 17. Tobacco Prevention and Control in Viet Nam Supplement 2016, page 91-96
5. Saffer, H (2000), *Tobacco advertising and promotion., Tobacco control in developing countries*, Oxford University Press, New York
6. WHO (2008 ), Report on the Global Tobacco Epidemic
7. Jallow IK, Britton J, Langley T (2018). *Prevalence and Determinants of Susceptibility to Tobacco Smoking among Students in The Gambia. Nicotine Tob Res.* 2018;nty128:10.1093.

# CÁC NHÂN TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC TRIỂN KHAI BẢO HIỂM Y TẾ HỘ GIA ĐÌNH TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Vũ Bạch Diệp<sup>1</sup>, Vũ Thị Thu Huyền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đo lường các nhân tố ảnh hưởng đến việc triển khai bảo hiểm y tế hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên. Các nhân tố ảnh hưởng được kiểm định bởi các mẫu khảo sát từ 330 hộ gia đình sinh sống trên địa bàn thành phố Thái Nguyên với các tiêu chí đánh giá và thang đo Likert 5 điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy các nhân tố hiểu biết của người dân về BHYT hộ gia đình, thái độ của người dân về chăm sóc sức khỏe và công tác thông tin tuyên truyền tác động cùng chiều với việc triển khai bảo hiểm y tế hộ gia đình. Từ kết quả nghiên cứu rút ra những gợi ý hữu ích về phát triển BHYT hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên.

**Từ khóa:** Bảo hiểm y tế, hộ gia đình, Thái Nguyên

## ABSTRACT:

### FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF HOUSEHOLD HEALTH INSURANCE IN THAI NGUYEN

The study was conducted to measure the factors affecting the implementation of household health insurance in Thai Nguyen. The influencing factors are tested by survey samples from 330 households living in Thai Nguyen City with the evaluation criteria and Likert scale of 5 points. The research results show the factors: people's understanding of household health insurance, people's attitudes towards health care, communication work. They have the same impact on the implementation of household health insurance. From the research results, there are useful suggestions for developing household health insurance in Thai Nguyen city.

**Key words:** Health insurance, household, Thai Nguyen

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thái Nguyên là tỉnh thuộc vùng trung du và miền núi

phía Bắc, địa hình có nhiều rừng núi cao với nhiều dân tộc sinh sống trên địa bàn. Trong những năm qua, được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, Thái Nguyên đã đạt được nhiều thành tựu, kinh tế phát triển nhưng còn chưa đồng đều, một số vùng núi cao còn gặp nhiều khó khăn, người dân có thu nhập còn thấp. Việc thực hiện BHYT cho người lao động trên địa bàn còn nhiều khó khăn, đặc biệt là phát triển BHYT hộ gia đình. Để có thể làm tốt hơn công tác BHYT hộ gia đình, góp phần đảm bảo an sinh xã hội trên địa bàn thành phố, việc nghiên cứu và đánh giá các yếu tố tác động là rất cần thiết để làm căn cứ đề xuất giải pháp về phát triển BHYT hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Công tác thực hiện triển khai BHYT hộ gia đình = f (HB, TĐ, MP, CT, TT, CL)

Các nhân tố được đưa vào khảo sát đó là: Thái độ của người dân về chăm sóc sức khỏe, hiểu biết của người dân về BHYT hộ gia đình, công tác thông tin tuyên truyền về BHYT hộ gia đình, mức phí BHYT hộ gia đình, thủ tục khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT, và chất lượng dịch vụ KCB bằng thẻ BHYT. Trong đó nhân tố thu nhập của người dân là một biến và được thiết kế trong bảng câu hỏi dưới dạng định tính, còn 6 yếu tố còn lại là 6 nhóm nhân tố mỗi nhóm bao gồm các biến và được xây dựng dưới dạng định tính trong bảng câu hỏi điều tra và được đánh giá bằng thang đo Likert - 5 điểm. 6 giả thuyết được đưa ra để kiểm chứng đó là:

(1) Hiểu biết về BHYT hộ gia đình có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H1).

(2) Thái độ của người dân về chăm sóc sức khỏe có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H2).

## 1. Đại học Kinh tế & Quản trị kinh doanh Thái Nguyên

Tác giả chính Vũ Bạch Diệp: Email: vubachdiep.tn@gmail.com; 0979.926.881



(3) Mức phí BHYT có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H3).

(4) Công tác thông tin tuyên truyền có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H4).

(5) Thủ tục KCB bằng thẻ BHYT có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H5).

(6) Chất lượng dịch vụ KCB có ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên (H6).

Tác giả sử dụng SPSS 20.0 để chạy phân tích thống kê mô tả dựa trên số liệu sơ cấp thu thập được từ người dân qua các phiếu khảo sát.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Thống kê mô tả

- Nhân tố hiểu biết: Kết quả phân tích thống kê mô tả về sự hiểu biết của người dân thành phố Thái Nguyên cho thấy: Nhìn chung, người dân chưa hiểu rõ về bản chất vai trò cũng như các thủ tục tham gia và thanh toán của BHYT hộ gia đình. Cụ thể là, trong tất cả các biến khảo sát của nhóm nhân tố “Hiểu biết của người dân về BHYT hộ gia đình” ký hiệu là HB thì 2 biến HB1 và HB6 đạt giá trị trung bình cao nhất là 4.25 và 4.13 với độ lệch chuẩn lần lượt là 0.914 và 0.874. Trong khi đó, các biến HB2, HB3, HB5 và HB7 thì có giá trị trung bình rất thấp chỉ từ 2.05 - 2.14 với độ lệch chuẩn từ 0.789 - 0.846.

- Nhân tố Thái độ: Người dân Thái Nguyên có thái độ rất tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe của cá nhân cũng như gia đình. Giá trị trung bình của các biến trong nhóm nhân tố khá cao, giao động từ 2.60 đến 3.55. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn khá cao từ 0.885 đến 1.044. Điều này nghĩa là sự dao động xung quanh giá trị trung bình lớn và sự ổn định của các con số không cao.

- Nhân tố Mức phí BHYT: Người dân đánh giá cao về tính hợp lý của mức phí BHYT hộ gia đình, cũng như tính hợp lý của mức hưởng phí BHYT của BHYT hộ gia đình. Điều này được thể hiện rõ qua giá trị trung bình của kết quả phân tích thu được ở bảng 3.6. Giá trị trung bình dao động trong khoảng từ 3.38 - 3.44 với độ lệch chuẩn từ 0.888 đến 0.944. Sự chênh lệch của độ

lệch chuẩn không nhiều nên giá trị trung bình có tính ổn định cao.

- Nhân tố công tác thông tin tuyên truyền: Theo như đánh giá từ phía người dân, công tác thông tin tuyên truyền về BHYT hộ gia đình tại địa bàn thành phố Thái Nguyên chưa tốt, chưa triệt để và chưa thực sự đến với người dân. Cụ thể là giá trị trung bình (average mean score) của các biến trong nhóm nhân tố này tương đối thấp, giao động từ 2.02 đến 3.17 trong khi đó độ lệch chuẩn tương đối cao (trong khoảng từ 0.923 đến 1.029) do đó tính ổn định của giá trị trung bình không cao.

- Nhân tố Thủ tục KCB: Thủ tục khám chữa bệnh bằng BHYT được đánh giá không cao. Trong tất cả tổng số 7 biến của nhân tố “Thủ tục KCB bằng BHYT” viết tắt là TT, có duy nhất 2 nhân tố được đánh giá cao là TT4 và TT5 với giá trị trung bình lần lượt là 3.95 và 3.94 cùng độ lệch chuẩn tương ứng là 0.934 và 0.937. Trong khi đó các biến còn lại là TT1, TT2, TT3, TT6 và TT7 có giá trị trung bình khá thấp, chỉ từ 1.79 đến 3.13 trong khi độ lệch chuẩn lại có biên độ giao động khá cao (0.943 - 1.048).

- Nhân tố Chất lượng dịch vụ KCB: Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT được đánh giá không cao. Trong tất cả tổng số 7 biến của nhân tố “Chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT” viết tắt là CL, có duy nhất 2 nhân tố được đánh giá cao là CL5 và CL7 với giá trị trung bình lần lượt là 3.86 và 3.64 cùng độ lệch chuẩn tương ứng là 0.879 và 0.886. Trong khi đó các biến còn lại là CL1, CL2, CL3, CL4 và CL6 có giá trị trung bình khá thấp, chỉ từ 2.17 đến 3.12.

#### 3.2. Các nhân tố ảnh hưởng đến phát triển bảo hiểm y tế hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên

##### - Phân tích nhân tố khám phá EFA

Quá trình kiểm định thang đo- kiểm định Cronbach's alpha và thực hiện phân tích 6 nhân tố và 37 biến khảo sát và đặt tên như sau: (1) Hiểu biết (gồm: HB1, HB2, HB3, HB4, HB5, HB6, HB7); (2) Thái độ (gồm TĐ1, TĐ2, TĐ3, TĐ4, TĐ5); (3) Mức phí (gồm MP1, MP2, MP3, MP4); (4) Công tác thông tin tuyên truyền (gồm CT1, CT2, CT3, CT4, CT5, CT6, CT7); (5) Thủ tục khám chữa bệnh (gồm TT1, TT2, TT3, TT4, TT5, TT6, TT7); (6) Chất lượng dịch vụ KCB (gồm CL1, CL2, CL3, CL4, CL5, CL6, CL7)

##### - Phân tích hồi quy

Giả sử X1 - X6 là tên gọi thay thế cho 6 nhân tố sử dụng trong nghiên cứu

**Bảng 1: Kết quả mô hình hồi quy tuyến tính đa biến**

Mô hình	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số đã chuẩn hóa	T	Sig.	Đa cộng tuyến	
	B	Std. Error	Beta			Hệ số Tolerance	Hệ số phóng đại phương sai VIF
(Constant)	.397	.237		1.674	.095		
X1	.182	.037	.233	4.878	.000	.838	1.194
X2	.275	.032	.414	8.709	.000	.847	1.181
X3	.094	.036	.130	2.639	.009	.794	1.260
X4	.159	.038	.195	4.240	.000	.909	1.100
X5	.069	.031	.103	2.248	.025	.918	1.090
X6	.066	.026	.117	2.46	.011	.908	1.101

Nguồn: Tác giả tính toán dựa trên số liệu điều tra năm 2018

Có 3 biến là X1, X2, X4 ảnh hưởng tới biến độc lập Y vì Sig. nhỏ hơn 0.05 hay nói cách khác là có 3 nhân tố ảnh hưởng tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên đó là hiểu biết của người dân về BHYT hộ gia đình, thái độ của người dân về chăm sóc sức khỏe và công tác thông tin tuyên truyền.

Có 3 biến là X3, X5, X6 không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể đến biến độc lập Y vì các Sig. lớn hơn 0.05 hay nói cách khác là các nhân tố mức phí BHYT hộ gia đình, thủ tục KCB bằng thẻ BHYT và chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể đến công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại địa bàn thành phố Thái Nguyên.

Trình tự của 3 biến ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách du lịch là X2, X1 và X4 với Standardized coefficient Beta là 0,414, 0,233 và 0,195 tương ứng.

Từ những phân tích trên, phương trình hồi quy của mô hình nghiên cứu là:

$$Y = 0,397 + 0,414 * X2 + 0,233 * X1 + 0,195 * X4$$

Phương trình này cho thấy rằng các hệ số của X1, X2 và X4 là lớn hơn 0 vậy các biến này là đồng biến với các biến phụ thuộc Y.

### 3.3. Đánh giá chung

Qua các kết quả nghiên cứu trên, ta có thể kết luận rằng, trong tổng số 6 nhân tố trong mô hình nghiên cứu có duy nhất 3 nhân tố ảnh hưởng tỷ lệ thuận tới công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại địa bàn thành phố Thái Nguyên đó là: Hiểu biết của người dân về BHYT hộ gia đình, Thái độ của người dân về chăm sóc sức khỏe,

và Công tác thông tin tuyên truyền. Do vậy ta có thể nói trong tổng số 6 giả thuyết nghiên cứu nêu ra chỉ có 3 giả thuyết được chấp nhận đó là H1, H2, H4. Vì vậy, để nâng cao công tác triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình trên địa bàn thành phố Thái Nguyên, tác giả đưa ra một số giải pháp sau:

#### \* Tăng cường công tác tuyên truyền, vận động

- Đổi mới nội dung và tăng cường công tác thông tin, tuyên truyền, vận động, giáo dục với nhiều hình thức để nâng cao nhận thức của cấp ủy đảng, chính quyền, các cơ quan, tổ chức, đoàn thể và mọi người dân về ý nghĩa, tầm quan trọng của BHYT, BHYT hộ gia đình và lợi ích khi tham gia BHYT hộ gia đình.

- Đẩy mạnh công tác thông tin, tuyên truyền, vận động rộng rãi trong nhân dân về chính sách BHYT hộ gia đình, làm chuyển biến và nâng cao hiểu biết về chính sách, pháp luật về BHYT hộ gia đình trên các phương diện.

- Cơ quan BHXH có trách nhiệm bố trí cán bộ, kinh phí tuyên truyền hợp lý nhằm thực hiện công tác tuyên truyền.

- Sử dụng triệt để, có hiệu quả các phương tiện thông tin đại chúng vào công tác tuyên truyền

- Mở các chuyên mục “Hỏi - đáp”, diễn đàn, hội thảo, đối thoại trực tiếp với người dân, mở các lớp tập huấn, làm pano, áp phích để tuyên truyền sâu rộng về BHYT hộ gia đình tới người dân.

#### \* Khai thác, mở rộng đối tượng tham gia

- Tiếp tục duy trì tỷ lệ bao phủ và các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế đồng thời tiếp tục thực hiện các giải pháp tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT.

- Tăng cường công tác tuyên truyền chính sách, pháp



luật về BHYT chính, vận động tham gia, tăng cường tính hấp dẫn của BHYT, tổ chức các đại lý BHYT bảo đảm người có nhu cầu được tiếp cận với thông tin về BHYT hộ gia đình.

- Xây dựng cơ chế thu đóng BHYT hộ gia đình về thời gian (chu kỳ đóng), hình thức thu phù hợp, trình BHXH tinh phê duyệt.

- Phối hợp với phòng Lao động TBXH tỉnh hướng dẫn UBND thành phố rà soát, lập danh sách đối tượng, vận động, tổ chức tham gia BHYT theo hộ gia đình một cách khoa học.

- Khuyến khích các địa phương, tổ chức đóng góp hỗ trợ kinh phí để mua thẻ BHYT, ngoài phần hỗ trợ theo quy định.

*\* Tăng cường công tác thanh tra kiểm tra về việc triển khai thực hiện BHYT hộ gia đình tại thành phố Thái Nguyên*

- Tăng cường thanh tra, kiểm tra, quản lý chống việc trốn đóng, lạm dụng quỹ BHYT từ nhiều phía.

- Kiểm tra các cơ sở KCB về công tác KCB cho người có thẻ BHYT.

*\* Nâng cao năng lực quản lý của cán bộ BHYT*

- Hoàn thiện hệ thống tổ chức, giúp cho việc ổn định, thống nhất trong chỉ đạo, điều hành.

- Nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ làm công tác BHYT về mọi mặt, chú trọng đào tạo cán bộ chuyển đổi tác phong làm việc hành chính sang tác phong

làm việc phục vụ mang tính chuyên nghiệp cao. Rèn luyện kỹ năng giao tiếp ứng xử để mỗi cán bộ giỏi trước hết phải là một tuyên truyền viên giỏi.

- Tiếp tục cải cách thủ tục hành chính thông qua việc thực hiện có hiệu quả cơ chế một cửa liên thông; công khai hoá các thủ tục hành chính; duy trì thực hiện làm việc sáng thứ bảy hàng tuần; đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong nghiệp vụ quản lý.

*\* Phối hợp với các cơ sở KCB nâng cao chất lượng và đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân*

- Việc nâng cao chất lượng KCB đây là khâu đặc biệt quan trọng để người dân thấy được ý nghĩa của việc tham gia BHYT. Chính vì vậy BHXH thị xã cần phối hợp với các cơ sở KCB thực hiện tốt một số giải pháp sau:

- Phân công cán bộ có chuyên môn thường trực tại các cơ sở KCB lớn để hướng dẫn, giải quyết kịp thời những vướng mắc liên quan đến quyền lợi của người có thẻ BHYT.

- Cùng phối hợp với cơ sở KCB cải cách thủ tục hành chính trong KCB, trong thanh toán chi phí KCB tạo điều kiện thuận lợi cho người có thẻ BHYT khi đến khám và điều trị.

- Tăng cường các biện pháp giám định để tránh lạm dụng quỹ BHYT, yêu cầu các cơ sở KCB không ngừng nâng cao tinh thần thái độ, đạo đức nghề nghiệp đảm bảo chất lượng KCB phục vụ tốt nhu cầu người có thẻ BHYT

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm xã hội tỉnh Thái Nguyên, *Báo cáo tổng kết các năm (từ 2015- 2018) thực hiện công tác BHYT hộ gia đình.*
2. Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2008), Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS, NXB Hồng Đức
3. Nguyễn Xuân Cường, Nguyễn Xuân Thọ, Hồ Huy Tựu (2013), *Một số nhân tố ảnh hưởng đến sự quan tâm tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện của người buôn bán nhỏ lẻ trên địa bàn tỉnh Nghệ An.*
4. Lê Thị Luyện (2014), *Thực trạng và các yếu tố tác động đến việc tham gia BHYT của người dân xã Hua La, thành phố Sơn La.*

# KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI KINH DOANH THỰC PHẨM TƯƠI SỐNG TẠI CHỢ BẮC QUANG, HUYỆN BẮC QUANG, TỈNH HÀ GIANG

Phùng Thế Tài<sup>1</sup>, Trương Thị Thùy Dương<sup>2</sup>, Trần Thị Huyền Trang<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành (KAP) về an toàn vệ sinh thực phẩm của người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Bắc Quang, thị trấn Việt Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang năm 2018.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang trên 80 người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Bắc Quang. Sử dụng bộ câu hỏi điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về kiến thức, thực hành của người kinh doanh thực phẩm tươi sống về an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP). Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

**Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung tốt về ATVSTP chiếm tỷ lệ khá cao ở cả 3 nhóm kinh doanh thịt, thủy hải sản và rau quả. Trong đó kiến thức đúng của người kinh doanh thủy hải sản chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,5%, người kinh doanh thịt là 88,0% và người kinh doanh rau quả là 69,4%. Thực hành chung của người kinh doanh có thực hành đạt về ATVSTP chiếm tỷ lệ tương đối thấp (48,8%).

**Khuyến nghị:** Tăng cường truyền thông giáo dục nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về đảm bảo ATVSTP nói chung và thực phẩm tươi sống nói riêng đến từng người kinh doanh thực phẩm trong chợ. Vận động người kinh doanh thực phẩm tham gia tích cực các buổi tập huấn kiến thức về ATVSTP đầy đủ.

**Từ khóa:** Kiến thức, thực hành, an toàn thực phẩm, thực phẩm tươi sống, thị trấn Việt Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang.

## SUMMARY:

**KNOWLEDGE AND PRACTICE OF FOOD SAFETY AMONG FRESH FOOD BUSINESSMAN**

1. Trung tâm y tế huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang

2. Bộ môn Dinh dưỡng và ATVSTP- Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tác giả liên hệ Trương Thị Thùy Dương, SĐT: 0915 215 581 - Mail: thuyduongydt@gmail.com

## AT THE BAC QUANG MARKET, BAC QUANG DISTRICT, HA GIANG PROVINCE

**Objectives:** To assess the status of knowledge and practice of food safety on fresh food businessman at the Bac Quang market in Viet Quang town, Bac Quang district, Ha Giang province in 2018. **Research subjects and methods:** A cross-sectional study was carried out on 80 fresh food business at Bac Quang market in Viet Quang town, Bac Quang district, Ha Giang province. A pre-designed questionnaire was used to collect knowledge and practice of food safety. Statistical analysis was done by using SPSS 16.0. **Results:** The fresh food business in Bac Quang market had the good knowledge in a high proportion in all 3 groups of meat, seafood and vegetable busines. Of which, the proper knowledge of seafood traders accounted for the highest rate of 89.5%, followed by meat traders (88.0%) and vegetable traders (69.4%). The rate of respondents with good food safety practice was relatively low at 48.8%. **Recommendations:** Strengthen the education and communication to improve knowledge and practice on food safety in general and fresh food in particular to each food trader in the market. Mobilize food business to actively participate in training on food safety knowledge.

**Key words:** Knowledge, practice, food safety, fresh food, Viet Quang town, Bac Quang district, Ha Giang province.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm là một trong những vấn đề quốc tế dân sinh vô cùng quan trọng, không chỉ với sức khỏe, phát triển giống nòi mà còn liên quan đến

phát triển kinh tế, văn hóa và an ninh của mỗi địa phương, mỗi quốc gia. Những đợt bùng phát về bệnh truyền qua thực phẩm và chất chứa trong thực phẩm trước đây chỉ ảnh hưởng ở những cộng đồng nhỏ, nay nhanh chóng trở thành mối đe dọa sức khỏe toàn cầu với sự gia tăng mức độ du lịch và thương mại của thực phẩm quốc tế [5].

Trong những năm gần đây, tình trạng ngộ độc thực phẩm ngày càng gia tăng ở nhiều nước càng làm cho người dân lo ngại [4]. Theo báo cáo thường niên của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm trên thế giới có khoảng 40 triệu vụ ngộ độc xảy ra, riêng khu vực châu Á - Thái Bình Dương chiếm tới 50%. Nguy hiểm hơn, toàn thế giới có tới 50% ca tử vong có liên quan đến vấn đề ATVSTP [4].

Theo Báo cáo tổng kết Chương trình mục tiêu Quốc gia ATVSTP của Bộ Y tế giai đoạn 2006 - 2010, trên địa bàn cả nước đã xảy ra 944 vụ ngộ độc với 33.168 người mắc, làm 259 người tử vong, bình quân hàng năm có 189 vụ ngộ độc với 6.633 người mắc và 52 người tử vong [1].

Chợ Bắc Quang (thuộc thị trấn Việt Quang) là chợ lớn nhất trên địa bàn huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang với quy mô 310 gian hàng trong đó có 80 gian hàng kinh doanh thực phẩm tươi sống và 15 gian hàng kinh doanh thực phẩm đã được chế biến sẵn. Mặc dù là một chợ lớn nhưng vấn đề về điều kiện vệ sinh tại chợ vẫn chưa đảm bảo an toàn: hệ thống thoát nước chưa phù hợp làm cho nền chợ ẩm thấp, rác thải vẫn chưa được thu gom thường xuyên, nguồn nước sử dụng chưa đạt chuẩn nước sinh hoạt. Bên cạnh đó, hầu hết những người kinh doanh về thực phẩm tươi sống không sử dụng đồ bảo hộ, không có thiết bị che chắn cho thực phẩm, không được khám sức khỏe định kỳ và không được tập huấn về VSATTP. Chính vì những thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích mô tả kiến thức, thực hành về VSATTP của những người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Bắc Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người kinh doanh thực phẩm tươi sống trong chợ Bắc Quang.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2018.

- Địa điểm nghiên cứu: Chợ Bắc Quang, thị trấn Việt Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

\* *Cỡ mẫu*: Toàn bộ

\* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn có chủ đích chợ Bắc Quang, thị trấn Việt Quang, huyện Bắc Quang, tỉnh Hà Giang. Từ đó chọn toàn bộ 80 người kinh doanh thực phẩm tươi sống.

### 2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Kiến thức và thực hành của người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Bắc Quang.

- Phân loại kiến thức và thực hành: Đạt và không đạt.

### 2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, phỏng vấn trực tiếp người kinh doanh thực phẩm để đánh giá kiến thức, thực hành của người kinh doanh về ATVSTP. Đánh giá kiến thức và thực hành của người kinh doanh được xây dựng dựa trên Quyết định số 43/2005/QĐ - BYT và Quyết định số 41/2005/QĐ -BYT. Mỗi câu trả lời đúng về kiến thức/thực hành của đối tượng nghiên cứu được 1 điểm, chọn sai được 0 điểm; sau đó cộng tổng điểm đạt được chia cho tổng điểm mong đợi. Đạt yêu cầu khi trả lời đúng 2/3 số điểm trở lên của bộ câu hỏi.

### 2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập trên phần mềm Epi data 3.1 và được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kiến thức đảm bảo VSATTP của người kinh doanh thực phẩm tươi sống

**Bảng 3.1. Kiến thức về nguồn gốc thực phẩm, các bệnh liên quan đến thực phẩm và biểu hiện của ngộ độc thực phẩm**

Chỉ số	Kiến thức đạt của người kinh doanh							
	Thịt (SL = 25)		Thủy hải sản (SL = 19)		Rau quả (SL = 36)		Chung (SL = 80)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Kiến thức về biểu hiện ngộ độc thực phẩm	25	100	19	100	36	100	80	100
Kiến thức về các bệnh liên quan đến thực phẩm	20	80,0	2	10,5	17	47,2	39	48,8
Kiến thức về nguồn gốc thực phẩm	22	88,0	9	11,3	20	55,6	51	63,8

**Nhận xét:** 100% người kinh doanh thực phẩm tươi sống về thịt, thủy sản, rau quả có kiến thức đạt về biểu hiện của ngộ độc thực phẩm. Người kinh doanh mặt hàng thịt có kiến thức cao nhất về các bệnh liên quan đến thực phẩm

và kiến thức về nguồn gốc thực phẩm (80,0% và 88,0%), người kinh doanh thủy hải sản có kiến thức về vấn đề này chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,5% và 11,3%).

**Bảng 3.2. Kiến thức về môi nguy gây ngộ độc thực phẩm**

Chỉ số	Kiến thức đạt của người kinh doanh							
	Thịt (SL = 25)		Thủy hải sản (SL = 19)		Rau quả (SL = 36)		Chung (SL = 80)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Kiến thức về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm	23	92,0	19	100,0	7	19,4	49	61,3
Kiến thức về nước bị ô nhiễm	21	84,0	17	89,5	12	33,3	50	62,5
Kiến thức về hóa chất bảo quản thực phẩm	20	80,0	19	100,0	28	77,8	67	83,8
Kiến thức về dụng cụ nhiễm bẩn dùng trong buôn bán thực phẩm	23	92,0	18	94,7	25	69,4	66	82,5
Kiến thức về bàn, giá bày bán thực phẩm không đảm bảo VSATTP	20	80,0	16	84,2	22	61,1	58	72,5
Kiến thức về bao gói thực phẩm không đảm bảo VSATTP	19	76,0	15	78,9	17	47,2	51	63,8

**Nhận xét:** Đa số người kinh doanh có kiến thức đạt về các môi nguy (nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm, hóa chất bảo quản thực phẩm, dụng cụ bị nhiễm bẩn, giá bày bán thực phẩm không đảm bảo ATVSTP) chiếm tỷ lệ cao

từ 61,0% trở lên. Riêng kiến thức về nước bị ô nhiễm và bao gói thực phẩm không đảm bảo ATVSTP chiếm tỷ lệ thấp (33,3% và 47,2%).



**Bảng 3.3. Kiến thức về phòng ngừa các mối nguy gây mất VSATTP**

Chỉ số	Kiến thức đạt của người kinh doanh							
	Thịt (SL = 25)		Thủy hải sản (SL = 19)		Rau quả (SL = 36)		Chung (SL = 80)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Kiến thức về phòng ngừa các mối nguy do thực phẩm ô nhiễm	20	80,0	15	78,9	5	13,9	40	50,0
Kiến thức về bảo hộ lao động	24	96,0	18	94,7	31	86,1	73	91,3
Kiến thức về chống côn trùng gây hại	22	88,0	17	89,5	27	75,0	66	82,5

**Nhận xét:** Đa số kiến thức của người kinh doanh kiến thức về phòng ngừa các mối nguy do thực phẩm tươi sống về phòng ngừa mối nguy gây ô nhiễm ở người kinh doanh rau quả chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,9%.  
mất VSATTP chiếm tỷ lệ cao từ 75% trở lên. Riêng

**Bảng 3.4. Đánh giá kiến thức chung của người kinh doanh về ATVSTP**

Kiến thức chung	Người kinh doanh thịt (SL=25) (1)		Người kinh doanh thủy hải sản (SL=19) (2)		Người kinh doanh rau quả (SL=36) (3)		Chung (SL=80)		P <sub>1,2</sub>	P <sub>1,3</sub>	P <sub>2,3</sub>
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Đạt	22	88,0	17	89,5	25	69,4	64	80,0	< 0,05	< 0,05	< 0,05
Không đạt	3	12,0	2	10,5	11	30,6	16	20,0			

**Nhận xét:** Kiến thức chung đạt về ATVSTP của người kinh doanh thủy hải sản là cao nhất (89,5%), tiếp đến là người kinh doanh thịt (88,0%) và thấp nhất là ở nhóm rau quả (69,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

### 3.2. Thực hành đảm bảo ATVSTP của người kinh doanh thực phẩm tươi sống

**Bảng 3.5. Thực hành về vệ sinh cá nhân**

Chỉ số	Thực hành đạt của người kinh doanh							
	Thịt (SL=25)		Thủy hải sản (SL=19)		Rau quả (SL=36)		Chung (SL=80)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Thực hành về sử dụng trang phục khi kinh doanh	15	60,0	15	78,9	18	50,0	48	60,0
Thực hành về thời gian rửa tay	22	88,0	18	94,7	31	86,1	71	88,8
Thực hành về rửa tay bằng xà phòng	23	92,0	19	100,0	29	80,6	71	88,8

**Nhận xét:** Tỷ lệ người kinh doanh thực phẩm tươi sống thực hành đạt về vệ sinh cá nhân chiếm tỷ lệ khá cao. Trong đó tỷ lệ thực hành đạt về sử dụng trang phục, về thời gian rửa tay và thực hành về rửa tay bằng xà phòng khi kinh doanh cao nhất ở người kinh doanh thủy hải sản (78,9%, 94,7% và 100%), người kinh doanh rau quả thực hành về vấn đề này chiếm tỷ lệ thấp nhất (50,0%, 86,1% và 80,6%).

**Bảng 3.6. Thực hành đảm bảo ATVSTP tươi sống trong buôn bán và bảo quản thực phẩm**

Chỉ số	Thực hành đạt của người kinh doanh					
	Thịt (SL = 25)		Thủy hải sản (SL = 19)		Rau quả (SL = 36)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thực hành về chứa đựng, bao gói thực phẩm	18	72,0	14	73,7	17	47,2
Thực hành về bảo quản thực phẩm	7	28,0	8	42,1	8	22,2
Thực hành về nguồn gốc thực phẩm	21	84,0	7	36,8	16	44,4
Thực hành về chất lượng thực phẩm	20	80,0	19	100,0	36	100,0
Thực hành về bày bán thực phẩm	22	88,0	17	89,5	25	69,4
Thực hành về chống côn trùng gây hại	21	84,0	15	78,9	23	63,9
Thực hành về hóa chất bảo quản	23	92,0	18	94,7	24	66,7
Thực hành sử dụng nguồn nước	20	80,0	19	100,0	12	33,3

**Nhận xét:** Tỷ lệ thực hành bảo quản thực phẩm của người kinh doanh thịt và thủy hải sản đa số đạt tỷ lệ cao hơn ở người kinh doanh rau quả. Riêng thực hành về bảo quản thực phẩm chiếm tỷ lệ thấp nhất trong số các thực

hành về đảm bảo ATVSTP tươi sống trong buôn bán và bảo quản thực phẩm của người kinh doanh thịt, thủy hải sản và rau quả (28,0%, 42,1% và 22,2%).

**Bảng 3.7. Thực hành về đảm bảo VSATTP cơ sở kinh doanh**

Chỉ số	Thực hành đạt của người kinh doanh					
	Thịt (SL = 25)		Thủy hải sản (SL = 19)		Rau quả (SL = 36)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thực hành về vệ sinh cơ sở sau mỗi ngày làm việc	23	92,0	17	73,7	32	88,9
Thực hành về dụng cụ đựng rác và chất thải	3	12,0	1	5,3	5	13,9
Thực hành về thời gian đổ rác	8	32,0	10	52,6	12	33,3
Nơi bán hàng đảm bảo về VSATTP	9	36,0	7	36,8	19	52,8
Thực phẩm có nguồn gốc an toàn	15	60,0	9	47,4	20	55,6
Thực phẩm bày bán cách ly khỏi mặt đất	20	80,0	17	89,5	32	88,9
Thực phẩm không bị ô nhiễm, giập nát	19	100,0	13	68,4	36	100,0
Nước sạch sử dụng để rửa, bảo quản thực phẩm	19	100,0	19	100,0	36	100,0
Nhân viên được khám sức khỏe định kỳ	20	80,0	10	52,6	21	58,3
Nhân viên được cấy phân định kỳ	11	44,0	5	26,3	17	47,2
Nhân viên mặc bảo hộ trong khi buôn bán thực phẩm	14	56,0	16	84,2	22	61,1
Móng tay nhân viên sạch sẽ	15	60,0	13	68,4	23	63,9





**Nhận xét:** Đa số người kinh doanh có thực hành đạt về việc sử dụng nước sạch để rửa, bảo quản thực phẩm, thời gian đổ rác, nơi bán hàng đảm bảo về ATVSTP, thực phẩm bày bán cách ly khỏi mặt đất, thực phẩm không bị ô

nhiễm, giập nát. Tuy nhiên, thực hành đạt về dụng cụ đựng rác và chất thải chiếm tỷ lệ rất thấp (12,0% ở người kinh doanh thịt, 5,3% ở người kinh doanh thủy hải sản và 5,0% ở người kinh doanh rau quả).

**Bảng 3.8. Đánh giá thực hành chung của người kinh doanh về VSATTP**

Thực hành chung	Người kinh doanh thịt (SL=25) (1)		Người kinh doanh thủy hải sản (SL=19) (2)		Người kinh doanh rau quả (SL=36) (3)		Chung (SL=80)		P <sub>1,2</sub>	P <sub>1,3</sub>	P <sub>2,3</sub>
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Đạt	9	36,0	14	73,7	16	44,4	39	48,8	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Không đạt	16	64,0	5	26,3	20	55,6	41	51,2			

**Nhận xét:** Người kinh doanh thực phẩm tươi sống có thực hành đạt về VSATTP tương đối thấp, trong đó thực hành đạt của nhóm thủy sản là cao hơn (73,7%) nhóm kinh doanh rau quả (44,4%) và nhóm thịt (36,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Thực hành đạt của nhóm kinh doanh rau quả cao hơn nhóm kinh doanh thịt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 3.4 cho thấy 80,0% người kinh doanh thực phẩm tươi sống có kiến thức chung đạt về ATVSTP. Trong đó 48,8% đối tượng có kiến thức tốt về các bệnh liên quan đến thực phẩm, trên 60% đối tượng có kiến thức đạt về mối nguy gây ngộ độc thực phẩm. Kết quả này của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành (2016) tại huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp với 25,4% người tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt về ATVSTP và 52,1% đối tượng có kiến thức tốt về ngộ độc thực phẩm [3]. Kiến thức về ATVSTP của người kinh doanh rau quả còn rất thấp có thể là do công tác truyền thông về ATVSTP tại chợ còn chưa tốt, các thông tin chưa đến được với người kinh doanh rau quả. Ngoài ra, công tác kiểm tra, giám sát cũng có ảnh hưởng đến kiến thức của người kinh doanh, những người kinh doanh thủy sản thường được kiểm tra, giám sát nhiều hơn người kinh doanh thịt và rau quả do đó tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất là ở nhóm người kinh doanh thủy sản.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ thực hành đạt ở người kinh doanh thực phẩm tươi sống tương đối thấp như thực hành về bảo quản thực phẩm, đồng thời đánh giá tỷ lệ thực hành chung đạt chỉ chiếm 48,8% (bảng 3.8). Mặc dù, kết quả này cao hơn kết quả

nghiên cứu của Lê Đức Sang (2013) tại chợ Chờ, Yên Phong, Bắc Ninh (29,4%) [2]. Tuy nhiên khi đánh giá kiến thức chung của người kinh doanh thực phẩm là cao hơn rất nhiều, điều này phản ánh ý thức của người kinh doanh chưa thực sự cao, kỹ năng vận dụng kém. Tỷ lệ thực hành đạt của người kinh doanh thực phẩm tươi sống trong chợ thấp có thể là do kiến thức của họ về ATVSTP còn hạn chế do đó họ không biết cách giữ vệ sinh cho thực phẩm mà mình đang bày bán. Những người kinh doanh thủy hải sản có tỷ lệ thực hành đạt cao nhất có thể là do họ thường xuyên tiếp xúc với nước và các đồ tanh nên ý thức về giữ vệ sinh cá nhân và vệ sinh cơ sở cao hơn hẳn so với những người kinh doanh thịt và rau quả. Kết quả nghiên cứu cho thấy vấn đề về đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm tươi sống trong quá trình buôn bán còn gặp nhiều khó khăn và thách thức, nó đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt của các cấp, các ngành có liên quan trong công tác đảm bảo ATVSTP.

#### V. KẾT LUẬN

- Kiến thức chung người kinh doanh có kiến thức đạt về ATVSTP chiếm tỷ lệ khá cao (80%). Trong đó kiến thức đúng của người kinh doanh thủy hải sản chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,5%, người kinh doanh thịt là 88,0% và người kinh doanh rau quả là 69,4% ( $p < 0,05$ ).

- Thực hành chung đạt về ATVSTP của người kinh doanh thực phẩm tươi sống chiếm tỷ lệ tương đối thấp (48,8%). Trong đó thực hành đạt của nhóm thủy sản là cao hơn (73,7%) nhóm kinh doanh rau quả (44,4%) và nhóm thịt (36,0%) ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt về thực hành đạt giữa nhóm kinh doanh rau quả với nhóm kinh doanh thịt ( $p > 0,05$ ).

**VI. KHUYẾN NGHỊ**

- Tăng cường công tác truyền thông: Tăng cả về tần số và chất lượng của truyền thông đến với từng người kinh doanh trong chợ nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về

đảm bảo VSATTP nói chung và thực phẩm tươi sống nói riêng.

- Cần phải xử lý nghiêm đối với những cơ sở vi phạm ATVSTP.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Cục An toàn vệ sinh thực phẩm (2011), *Báo cáo hàng năm của Cục An toàn vệ sinh thực phẩm: Tình hình ngộ độc thực phẩm 2006 - 2010*.
2. Lê Đức Sang, Nguyễn Thanh Hà (2014), *Thực hành tuân thủ một số quy định về an toàn thực phẩm của người kinh doanh thực phẩm tươi sống tại chợ Chờ, Yên Phong, Bắc Ninh năm 2013*, Kỷ yếu công trình khoa học 2014 trường Đại học Thăng Long, tr. 207 - 213.
3. Nguyễn Văn Lành, Phan Thị Lành (2017), *Kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính ở các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại huyện Tân Đông, tỉnh Đồng Tháp năm 2016*, Tạp chí Y học Dự phòng, tập 27, số 6, tr. 301-309.
4. WHO (2011), *Building healthy communities and populations*, access date 21/12/2013, URL <http://www.wpro.who.int/vietnam/sites/dhp/>.
5. WHO (2012), *Western Pacific Regional: Food safety strategy 2011-2015*.



# ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ TRONG CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC CÁC BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2018

Đào Quang Minh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Để tìm hiểu giá trị của xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ trong việc chẩn đoán bản chất tổn thương các nhân tuyến giáp trước khi phẫu thuật nhằm giúp cho việc chỉ định phương pháp phẫu thuật chính xác, và nhất là hạn chế việc phải mổ lại lần thứ hai khi lần mổ trước đã không cắt bỏ đủ rộng tuyến giáp cũng như các hạch vùng lân cận trong ung thư tuyến giáp.

Qua khảo sát 248 trường hợp nhân giáp đã được làm xét nghiệm CHKN và đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh (GPB) 36 trường hợp trong thời gian 1 năm từ tháng 5/2017 – 5/2018 tại Bệnh viện Thanh Nhân, cho kết quả: viêm giáp 5 ca (2,03%); bướu giáp keo 235 ca (94,75%), ung thư tuyến giáp 8 ca (3,22%).

31/36 (86,1%) trường hợp có kết quả tế bào học và giải phẫu bệnh phù hợp

Như vậy, xét nghiệm chọc hút kim nhỏ là xét nghiệm tương đối đơn giản và dễ thực hiện, tỉ lệ chẩn đoán bản chất nhân giáp chính xác khá cao, phát hiện sớm trước khi phẫu thuật. Tuy nhiên cần có các chuyên viên về GPB có nhiều kinh nghiệm thực hiện.

**Từ khóa:** Xét nghiệm chọc hút bằng kim nhỏ.

## ABSTRACT

### APPLICATION OF FINE NEEDLE ASPIRATION METHOD IN CYTOPATHOLOGIC DIAGNOSIS OF THYROID NODULES

This study was to detect the value of Fine needle aspiration (FNA) test in diagnosing the nature of pre-operative thyroid injury to help specify the correct surgical method, and especially to reduce the re-surgery due to the previous surgery had not removed enough thyroid as well as the surrounding nodes in thyroid cancer.

This survey was on 248 cases of thyroid nodules was tested FNA and compared with the results of anapath of

36 cases in 1 year period from May 2017 to May 2018 at Thanh Nhan hospital. Results: 5 cases of thyroiditis (2.03%); 235 cases of Adenoma gelatino (94.75%), 8 cases of thyroid cancer (3.22%).

31/36 (86.1%) cases have appropriate cytological and pathological results.

Thus, FNA test is relatively simple and easy to perform, the rate of accurate diagnosis of thyroid nodules is quite high, early detection before surgery. However, it is necessary to have experienced experts on anapath.

**Keywords:** Fine needle aspiration (FNA) test.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp rất thường gặp, đa số là lành tính, chỉ một số ít các nhân này là ung thư tuyến giáp. Vanderpump và cộng sự trong nghiên cứu tại Mỹ 1968 cho tỉ lệ 4% dân số. Theo số liệu của Bệnh viện K Hà Nội, Ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 2% tổng số các Ung thư.

Vì là loại ung thư nằm nông ở vùng cổ dễ phát hiện, đa số tiến triển chậm, nên điều trị phẫu thuật rất hữu hiệu, có khả năng lấy bỏ được hầu hết mô ung thư, ít có tai biến do phẫu thuật nếu được mổ trong lần mổ đầu. Tuy nhiên, một số bệnh khác của tuyến giáp cũng có thể biểu hiện “bướu giáp” mà việc điều trị lại chỉ cần nội khoa.

Để chẩn đoán bản chất một bướu nhân tuyến giáp dựa vào: khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm hormon tuyến giáp T3, FT4, TSH, xạ hình tuyến giáp, chọc hút bằng kim nhỏ dịch. Khám lâm sàng thường chỉ có tính chất gợi ý, hình ảnh học tuyến giáp cũng giúp ích phần nào, siêu âm giúp biết được bướu dạng nang hay nhu mô, một bướu nhu mô thường dễ có khả năng ung thư hơn, tuy vậy, ung thư tuyến giáp có thể ở dạng nang hoặc dạng nhú biến thể nang có vách tương đối dày và không đều. Với ung thư tuyến giáp thì các hormon tuyến giáp thường trong giá trị bình thường.

## 1. Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh, Email: prof.minhdao@gmail.com

» Ngày nhận bài: 02/01/2019 | » Ngày phản biện: 01/02/2019 | Ngày duyệt đăng: 02/03/2019

Xạ hình tuyến giáp sẽ cho biết hoạt động của nhân giáp: nhân “nóng” thường là nhân tự chủ của tuyến giáp, thường là nhân lành tính. Đa số ung thư tuyến giáp là nhân “lạnh”. Chẩn đoán xác định phải cần có kết quả giải phẫu bệnh lý.

Năm 1930, Martin khởi xướng việc chẩn đoán tế bào học các bướu nhân tuyến giáp bằng chọc hút với kim lớn. Tiếp sau đó, rất nhiều người ủng hộ và thực hiện xét nghiệm tế bào học bằng các kim chuyên dụng khác để có thể cắt được nhiều mô với hy vọng kết quả sẽ chính xác hơn. Phương pháp dùng kim nhỏ là do các thầy thuốc Bắc Âu đề xuất. Tuy nhiên sử dụng kim lớn khá bất lợi vì gây sang chấn nhiều, chỉ thực hiện được với bướu >2,5 cm, khi chọc hút kim nhỏ có thể thực hiện được với bướu chỉ bằng 0,5cm và có thể lấy được tế bào ở nhiều vị trí của thương tổn hơn.

Tại Việt Nam, từ 1972 Nguyễn Vượng và cộng sự đã thực hiện kỹ thuật chọc hút bướu giáp bằng kim nhỏ nhưng chủ yếu điều trị các nang giáp hơn là nhằm mục đích chẩn đoán tế bào học.

Chẩn đoán bản chất của bướu giáp trước khi chỉ định phẫu thuật là mối quan tâm hàng đầu của các nhà lâm sàng, đối với các phẫu thuật viên, nó còn có ý nghĩa giúp quyết định loại phẫu thuật thích hợp nhất cho người bệnh, nhất là ung thư tuyến giáp, xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ đã góp phần không nhỏ vào mục đích này, tại nhiều nước trên thế giới, đây là xét nghiệm bắt buộc. Kỹ thuật đơn giản, trang bị không cần nhiều và có độ chính xác cao, đồng lời lại có thể kết hợp với thủ thuật điều trị trong những trường hợp lành tính. Tuy nhiên, cần phải có đội ngũ chuyên viên giỏi về tế bào học, quen đọc thương tổn của tuyến giáp.

Tại BV Thanh Nhân, xét nghiệm này chưa được sử dụng nhiều cũng như chưa thành thói quen đối với bệnh lý

tuyến giáp, ngoài ra kỹ thuật này còn được dùng trong các bệnh lý khác như hạch to, các bướu phần mềm nằm nông, bướu vú...chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu :

Đánh giá kết quả chẩn đoán của xét nghiệm tế bào học qua chọc hút kim nhỏ đối với các bướu nhân tuyến giáp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu 248 trường hợp bướu giáp dạng nhân được làm chẩn đoán bằng xét nghiệm tế bào học qua chọc hút kim nhỏ (CHKN) và 36 trường hợp được chẩn đoán bướu giáp dạng nhân đã được phẫu thuật, thu thập trong 1 năm từ tháng 5/2017 đến 5/2018 tại BV Thanh Nhân, chỉ chọn các bướu giáp nhân có chức năng bình giáp.

Việc lấy bệnh phẩm qua CHKN và đọc kết quả tế bào học đều do các bác sĩ khoa GPB BV Thanh Nhân thực hiện theo những quy định thống nhất. Kim được dùng có kích cỡ 25G.

Các bệnh phẩm lấy qua phẫu thuật được cố định bằng formol và được gửi về khoa GPB BV Thanh Nhân để làm xét nghiệm GPB. Kết quả giải phẫu bệnh của 36 trường hợp bướu giáp nhân được phẫu thuật sẽ đối chiếu với kết quả tế bào học của CHKN trước mổ được thực hiện tại BV Thanh Nhân.

Chúng tôi không thực hiện được sinh thiết tức thì trong mổ vì không thuận tiện về trang thiết bị, sinh thiết tức thì sẽ khẳng định thêm về ung thư tuyến giáp trước khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi các mô ung thư và nạo vét hạch.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Giới (tế bào học)

Giới	Ung thư	Viêm	Bướu giáp keo	Tổng cộng
Nam	2	1	25	28
Nữ	6	4	210	220
Tổng cộng	8	5	235	248

Tỉ lệ nữ mắc bệnh tuyến giáp gấp từ 3-9 lần nam giới tùy theo thương tổn

### 2. Tuổi

Tế bào học	Ung thư	Viêm	Bướu giáp keo
≤ 40 tuổi	6	2	41
>40 tuổi	2	3	194

Trẻ nhất là: 17 tuổi (không phải ung thư)  
Già nhất là 82 tuổi,

Ung thư thường gặp ở tuổi <40 tuổi( người trẻ nhất là 31 tuổi)  
**3. Phân loại thương tổn tế bào học**

Thương tổn tế bào học	Số lượng	Tỉ lệ
Viêm giáp	5	2,03%
Bướu giáp keo	235	94,75%
Ung thư tuyến giáp	8	3,22%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3,22% trường hợp là có chỉ định phẫu thuật tuyệt đối vì là ung thư, 96,78% số trường hợp còn lại có thể trì hoãn theo dõi nếu vì một lý do nào đó chưa cần mổ. Tổn thương dạng bướu giáp keo và adenom cần theo dõi sát vì có khả năng ung

thư, có 2/235 trường hợp có GPB là ung thư dạng nhú và 2/235 trường hợp là vi ung thư nhú/ bướu giáp keo, có lẽ do bệnh phẩm chưa lấy đúng vị trí ung thư, hoặc tổn thương ung thư quá bé

**4. Tổn thương giải phẫu bệnh lý**

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
U tuyến tuyến giáp	3	8.3
Bướu giáp keo	30	83.3
Viêm/bướu giáp keo	1	2.8
Vi ung thư nhú/bướu giáp keo	1	2.8
Ung thư dạng nhú	1	2.8

Bướu giáp keo chiếm tỉ lệ cao trong các tổn thương bướu giáp, như đa số các tác giả trên thế giới, và ung thư dạng nhú là ung thư hay gặp nhất trong ung thư tuyến giáp, viêm giáp rất dễ bị nhầm lẫn với u lympho của tuyến giáp

trong CHKN và cần kết hợp thêm lâm sàng và các xét nghiệm khác

**5. Đối chiếu kết quả tế bào học và giải phẫu bệnh lý của 36 trường hợp làm tại BVTN**

Thương tổn	Tế bào học CHKN	GPB (phẫu thuật)	Sai lệch
U tuyến tuyến giáp	0(bướu giáp keo)	3	3(8.3%)
Bướu giáp keo	35	30	5(13,9%)
Viêm/bướu giáp keo	1	1	0(0%)
Vi ung thư nhú/bướu giáp keo	0 (bướu giáp keo)	1	1(2,8%)
Ung thư dạng nhú	0 (bướu giáp keo nang hóa)	1	1(2,8%)

**Giá trị chẩn đoán:**

Âm tính giả: 2(5,6%)

Dương tính giả: 0

*Đánh giá kết quả âm tính giả*

Âm tính giả có nghĩa là không thấy tế bào ung thư tuyến giáp. Cả 2 trường hợp âm tính giả của chúng tôi

được đọc là bướu giáp keo có biểu hiện lâm sàng là bướu giáp keo đơn nhân dạng nang, có thể do khi CHKN đã không lấy được tế bào ung thư nằm tại vách nang mà chỉ hút được trong lòng nang, trường hợp vi ung thư thì do tổn thương quá nhỏ <0,3cm. Đây cũng là yếu tố sai sót kinh điển mà nhiều tác giả lưu ý. Khi dịch hút ra có lợn

cạn ít máu sẽ có nhiều hy vọng tìm thấy tế bào tuyến giáp nhiều hơn.

Hầu hết các kết quả âm tính giả thường do không lấy đủ bệnh phẩm, theo nghiên cứu của Hamburger có 21% không lấy đủ bệnh phẩm trong lô nghiên cứu 888 bệnh nhân. Nếu gương ép trả lời kết quả trên bệnh phẩm này sẽ dễ dàng cho kết quả lạnh tính và tỷ lệ âm tính giả sẽ tăng cao.

#### *Đánh giá kết quả dương tính giả*

Kinh nghiệm càng nhiều sẽ hạn chế tối đa tỉ lệ này, chúng tôi không có trường hợp nào là dương tính giả.

Trong phòng thí nghiệm của chúng tôi, chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm chưa thực hiện nhiều, với các tổn

thương nghi ngờ thì xét nghiệm này rất có giá trị. Mặt khác sinh thiết tức thì do không có máy mà chúng tôi chưa thực hiện được, đây là xét nghiệm bổ sung chẩn đoán ung thư một cách chắc chắn hơn trước khi phẫu thuật.

#### **IV. KẾT LUẬN:**

Xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ có độ tin cậy khá cao, trang bị đơn giản, nên trở thành xét nghiệm thường quy trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi các bướu nhân của tuyến giáp. Kết quả âm tính không có nghĩa là loại trừ ung thư, kết quả dương tính là đáng tin cậy.

Người thực hiện xét nghiệm CHKN cần phải giỏi về tế bào học, quen đọc thương tổn của tuyến giáp.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hamburger JI, Hamburger SW. Use of Needle biopsy data in diagnosis and management of thyroid nodule. In: **Surgery of the thyroid and parathyroid glands, 3th edit, Saunders.** 1991; 92-117.
2. Vanderpump MPJ, Turnbridge WMG, French JM et al. The incidence of thyroid disorders in the community: twenty years follow-up of the Wickham survey. **Clin Endocrinol** 1995; 43-55.
3. Nguyễn Vượng, **Bách khoa toàn thư Bệnh học.** NXB Từ điển Bách Khoa-Hà Nội 2000, Tập 2, trang 196-203.
4. Bùi Diệu, **Giới thiệu Ung thư đầu mặt cổ.** NXB Y học, 2013, trang 186-2000.
5. Đặng Ngọc Hùng, Phạm Vinh Quang, Phạm Văn Trung, Kiều Trung Thành. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật “Cắt bỏ nhân điều trị bệnh bướu giáp hỗn hợp đa nhân”. **Công trình NCYHQ** 2001; 3L51-56.
6. Nguyễn Sào Trung, Hứa Thị Ngọc Hà, Âu Nguyệt Diệu, Phương pháp chọc hút với kim nhỏ để chuẩn đoán tế bào học. **Y học TP Hồ Chí Minh** 2001; 5(1):14-19.
7. DeGroot LJ. **Thyroid and its diseases.** 6<sup>th</sup> edit. 1996; 635-688



# KHẢO SÁT NGUY CƠ LOÉT TỖ ĐÈ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Vũ Thị Kim Định<sup>1</sup>, Đào Quang Minh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Loét do tỳ đè là tổn thương tại chỗ của da và/hoặc các mô dưới da do lực đè ép vùng xương lồi sát mặt da gây ra nhiều hậu quả: Kéo dài thời gian điều trị, nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, tăng chi phí điều trị, gánh nặng cho bệnh nhân gia đình và xã hội. Vì thế việc nghiên cứu đưa ra những biện pháp phòng ngừa loét do tỳ đè ở Việt Nam và trên thế giới đang được nhiều tác giả quan tâm. Chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: Khảo sát nguy cơ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nội trú tại khoa Hồi sức tích cực- Bệnh viện Thanh Nhàn. Trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2016 có 62 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi đã đánh giá được các kết quả sau: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ bị loét tỳ đè là 93,5%. Nguy cơ loét tỳ đè cao và rất cao chiếm 54,8% và tỷ lệ loét mới 3,2% rơi vào nhóm nguy cơ đó. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy cần nâng cao nhận thức của điều dưỡng về loét tỳ đè và giảm thiểu một số nguy cơ phòng ngừa loét

**Từ khóa:** Loét tỳ đè, bệnh nhân nội trú, hồi sức tích cực

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF RISK OF PRESSURE ULCERS AND FACTORS ASSOCIATED IN INPATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT OF THANH NHAN HOSPITAL

A pressure injury is localized damage to the skin and/or underlying soft tissue usually over a bony prominence and causes many consequences: prolonging treatment duration, risks of septicemia, septic shock, increasing treatment costs, burden for family and social patients. Therefore, studies offering solutions for preventing pressure ulcers are being interested by many authors in Vietnam and worldwide. We conducted the study: Investigation of risk of pressure ulcers and factors associated in inpatients in

intensive care unit of Thanh Nhan Hospital. In the period from May to July 2016, there were 62 patients participating in the study, we evaluated the following results: The rate of patients having pressure ulcer's risk was 93,5%. Risk of pressure ulcer was high and very high that accounted for 54,8%, and pressure ulcer incidence comprised 3,2%. According the study, we detected that It was necessary to raise awareness of nursing staffs about pressure ulcers and to minimize risks of pressure ulcers.

**Keywords:** Pressure ulcer, inpatients, intensive care

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét do tỳ đè là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào, loét thường xảy ra ở những bệnh nhân liệt vận động, nằm lâu, suy kiệt hoặc mắc các bệnh mạn tính

Loét khởi đầu khi có áp lực đủ lớn tỳ đè vào vùng da nhất là những vùng da sát xương, áp lực này gây rối loạn chuyển hóa, viêm nhiễm và hoại tử tế bào. Quá trình này lúc đầu có thể tự bù trừ bằng sự giãn mạch chủ động tăng cường tưới máu tại chỗ. Những người nằm lâu một chỗ có nguy cơ loét cao, điển hình là những người bệnh: Liệt do viêm nhiễm ở tủy, tủy bị chèn ép, u tủy, gãy cột sống cổ - lưng gây liệt tủy; liệt vận động do di chứng của bệnh tai biến mạch máu não (TBMMN); chấn thương gãy cổ xương đùi; suy kiệt... Loét xảy ra sớm hay muộn, biến chứng thành nặng hay không, loét tái phát hay không, phản ánh chất chệ trình độ chăm sóc của ngành y tế, gia đình và xã hội (5), (8). Vì thế, việc nghiên cứu đưa ra những biện pháp phòng ngừa loét tỳ đè ở Việt Nam và trên thế giới đang được nhiều tác giả quan tâm.

Tại Bệnh viện Thanh Nhàn chưa có đề tài nào nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy chúng tôi tiến hành làm đề tài nghiên cứu:

## 1. Bệnh viện Thanh Nhàn

Chủ trách nhiệm chính: Vũ Thị Kim Định, Email: hstcthanhnhan@gmail.com

**“Khảo sát nguy cơ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nội trú tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn”**

**Mục tiêu:**

1. Khảo sát tình trạng loét do tỳ đè trên bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa HSTC
2. Đánh giá nguy cơ loét do tỳ đè của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Tất cả các bệnh nhân vào điều trị nội trú tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2016

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**3. Phương pháp thu thập số liệu:**

Bệnh nhân vào khoa hồi sức tích cực được đánh giá nguy cơ loét do tỳ đè bằng thang điểm Braden Mỗi mức độ được cho điểm từ 1- 4 (riêng mức độ cọ sát được chia 1- 3 điểm.. Nguy cơ loét do tỳ đè tương ứng với điểm Braden như sau:

Điểm	Nguy cơ loét do tỳ đè
6- 9	Nguy cơ rất cao
10- 12	Nguy cơ cao
13- 14	Nguy cơ trung bình
15- 18	Có nguy cơ
19- 23	Chưa có nguy cơ

BN được khám lâm sàng, cận lâm sàng, khai thác bệnh sử thường quy, khám phát hiện sự xuất hiện của các vết loét và được ghi vào mẫu bệnh án được thiết kế sẵn

+Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2016.

+ Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 15.0.

+ Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu: nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình và kết quả điều trị bệnh nhân, các thông tin thu được trong nghiên cứu này được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu.

+ Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

Hạn chế sai số bằng cách thu nhập thông tin dựa trên

mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thường xuyên kiểm tra và giám sát quá trình thu thập số liệu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

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

Tổng bệnh nhân nghiên cứu 62. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu này tương đương nhau, tỷ lệ Nam: Nữ là 1,3:1

**2. Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè theo điểm Braden**

Chưa có nguy cơ: 6,5%

Có nguy cơ : 16,1%

Nguy cơ trung bình: 22,6%

Nguy cơ cao: 43,5%

Nguy cơ rất cao: 11,3%

**3. Khả năng thay đổi tư thế**

Khả năng thay đổi tư thế	N	Phần trăm
Không tự thay đổi tư thế	29	46.8 %
Chỉ thay đổi vị trí chi	21	33.9 %
Thường xuyên thay đổi	9	14.5 %
Không bị hạn chế	3	4.8 %
Tổng	62	100 %





- Hạn chế hoặc không có khả năng thay đổi tư thế: 80,7%

#### 4. Khả năng dinh dưỡng

Dinh dưỡng	N	Phần trăm
Rất kém	2	3.2 %
Không đủ	23	37.1 %
Đầy đủ	37	59.7 %
Dinh dưỡng tốt	0	0.0 %
Tổng	62	100

- Các bệnh nhân nằm HSTC được quan tâm về dinh dưỡng, 59,7 % được cho ăn đủ, tuy nhiên vẫn còn 40,3% chưa được dinh dưỡng không đủ hoặc ở mức hạn chế do khả năng dung nạp của bệnh nhân giảm

- 49 bệnh nhân chiếm 79% cần được hỗ trợ để vận động từ trung bình đến tối đa. Bệnh nhân không thể tự nhắc người khỏi giường, thường trượt xuống khi ngồi.

#### IV. Bàn luận, kết luận

##### 1. Bàn luận

- Trong số 62 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,3:1 và 75% số bệnh nhân nghiên cứu là người cao tuổi (>60 tuổi).

- Khi đánh giá nguy cơ loét tỳ đè bằng bảng điểm Braden, chúng tôi nhận thấy điểm Braden trung bình là  $13.18 \pm 3.42$ , theo đó 93,5% bệnh nhân có nguy cơ loét do tỳ đè, 54,8% nguy cơ cao và rất cao

- 96,8% các bệnh nhân nhập vào khoa hồi sức tích cực bị hạn chế khả năng vận động ở các mức độ khác nhau, trong đó 69,4% bất động hoàn toàn. Hơn thế nữa 80,7% số bệnh nhân không có khả năng tự thay đổi tư thế.

- 95,61% các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bị ẩm da ở các mức độ khác nhau, trong đó 50% số bệnh nhân bị ẩm da thường xuyên liên tục, các yếu tố

chính gây ẩm da của bệnh nhân là mồ hôi và nước tiểu.

- Sự cọ xát của bệnh nhân với ga trải giường được nhiều tác giả công nhận là một yếu tố liên quan đến khả năng xuất hiện loét tỳ đè có ý nghĩa thống kê. Nhận định này phù hợp với kết quả nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng 79% số bệnh nhân nghiên cứu cần được hỗ trợ để vận động, điều này làm gia tăng nguy cơ cọ xát và nguy cơ xuất hiện loét do tỳ đè.

- Trong số 62 bệnh nhân nghiên cứu, khi vào viện không có bệnh nhân nào có loét tỳ đè. Trong quá trình nằm viện, có 2 bệnh nhân xuất hiện loét mới (chiếm 3,2%).

##### 2. Kết luận

- Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ bị loét tỳ đè là 93,5%. Điểm Braden trung bình  $13.18 \pm 3.42$ . Nguy cơ loét tỳ đè cao và rất cao chiếm 54,8% và tỷ lệ loét mới 3,2% rơi vào nhóm nguy cơ đó

- Tỷ lệ loét tỳ đè mới mắc là 3,2% tổng số bn nghiên cứu

##### V. Khuyến nghị

- Cần nâng cao nhận thức của điều dưỡng về loét tỳ đè, đặc biệt ở các bn HSCC

- Cần chú ý tập trung giảm thiểu một số nguy cơ để phòng ngừa loét tỳ đè như hạn chế ẩm da, lăn trở thay đổi tư thế, vận động sớm, dinh dưỡng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hải Tiến, Phạm Văn Tiến và CS. (2009). Chăm sóc chống loét ở người bệnh nằm lâu thở máy dài ngày tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện 103. Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Việt Đức 118 – 120
2. Lương Tuấn Khanh, Phạm Thị Phương Hồng (2011), Nghiên cứu tình trạng loét do đè ép trên bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành số 772-2011, pp.91-95.
3. Cẩm Bá Thức, Nguyễn Thị Dương, Cao Văn Vương. (2011). Nghiên cứu tình trạng loét do đè ép ở bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Bệnh viện Điều dưỡng phục hồi chức năng trung ương 2008-2011. Tạp chí Y học thực hành (841) số 9/2012 trang 53-55

4. Cox, Jill (2011), “Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients”, *American Association of Critical Care Nurses*. 20(5), pp. 364-374.

5. Kaitani, T., et al (2010), “Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting”, *Journal of clinical nursing*. 19(3-4), pp. 414-421.

6. Lewis GM, Pham TN, Robinson E, Otto A, Honari S, Heimbach DM, Klein MB, Gibran NS (2012), “Pressure ulcers and risk assessment in severe burns”, *J Burn Care Res*. 33(5), pp. 619-623.

7. Ruth Bryant, Denise Nix (2012), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts*, ed. 4, Elsevier Mosby, USA.

8. Hon J, Lagden K, McLaren A, O’Sullivan D, Orr L, Houghton P.E, Woodbury M.G. “A Prospective, Multicenter Study to Validate use of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH©) in Patients with Diabetic, Venous and Pressure Ulcers,” *Ostomy Wound Management* 56(2):26-36, 2010.

9. “Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk.” Available at [www.bradenscale.com](http://www.bradenscale.com). Accessed January 20, 2011.

10. Verschueren JHM et al (2011), Occurrence and period of pressure ulcers during primary in-patients spinal cord injury rehabilitation. *Spinal cord* 2011, 49: 106-12.

**BẢNG ĐIỂM BRADEN ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ LOÉT TỶ ĐỀ**

<b>CẢM GIÁC</b> Khả năng đáp ứng với các kích thích về áp lực	<b>1. Mất hoàn toàn</b> Không đáp ứng (rên ri, co tay) với đau do giảm tri giác hoặc an thần <b>HOẶC</b> Hạn chế cảm giác đau toàn thân	<b>2. Rất hạn chế</b> Chỉ đáp ứng với kích thích đau. Không thể trao đổi về sự khó chịu ngoại trừ rên ri và kích thích <b>HOẶC</b> Có tổn thương cảm giác làm hạn chế khả năng cảm nhận đau quá ½ cơ thể	<b>3. Hạn chế nhẹ</b> Làm theo lệnh nhưng không thể nói ra sự khó chịu hoặc nhu cầu cần lăn trở <b>HOẶC</b> Có tổn thương cảm giác làm hạn chế khả năng cảm nhận đau ở 1 hoặc 2 chi	<b>4. Không bị tổn thương</b> Làm theo lệnh. Không bị tổn thương cảm giác làm hạn chế khả năng cảm nhận đau và khả năng than phiền về đau
<b>ĐỘ ẨM</b> Mức độ ẩm của da	<b>1. Ẩm ướt liên tục</b> Da bị ẩm ướt liên tục bởi các chất tiết hoặc nước tiểu. Sự ẩm ướt được phát hiện khi bệnh nhân di chuyển hoặc lăn trở	<b>2. Ẩm ướt thường xuyên</b> Da thường xuyên nhưng không bị ướt liên tục. Thay ga ít nhất 1 lần/ ca trực	<b>3. Tỉnh thoảng bị ẩm</b> Da thỉnh thoảng bị ẩm cần thay ga khoảng một lần một ngày	<b>4. Hiếm khi ẩm</b> Da thường khô, chỉ thay ga thường quy
<b>HOẠT ĐỘNG</b> Mức độ hoạt động thể lực	<b>1. Bất động tại giường</b>	<b>2. Phụ thuộc ghế</b> Khả năng tự đi lại cực kỳ hạn chế hoặc không có. Không thể tự đứng phải hỗ trợ bằng ghế hoặc xe đẩy	<b>3. Thỉnh thoảng đi lại</b> Trong một ngày thỉnh thoảng đi lại nhưng khoảng cách rất ngắn với sự trợ giúp hoặc không. Hầu như ngồi trên ghế hoặc trên giường trong thời gian của ca trực	<b>4. Đi lại thường xuyên</b> Đi ra khỏi phòng ít nhất 2 lần một ngày và đi lại trong phòng ít nhất một lần mỗi 2 giờ
<b>TÌNH TRẠNG BẤT ĐỘNG</b> Khả năng thay đổi tư thế	<b>1. Hoàn toàn bất động</b> Không có trợ giúp không thể tự thay đổi tư thế của cơ thể và chi	<b>2. Rất hạn chế</b> Thỉnh thoảng có thể thay đổi nhẹ tư thế cơ thể hoặc chi nhưng không thể thay đổi tư thế thường xuyên một cách độc lập	<b>3. Bị hạn chế mức độ nhẹ</b> Có thể thường xuyên tự thay đổi nhẹ tư thế hoặc chi	<b>4. Không bị hạn chế vận động</b> Tự thường xuyên thay đổi tư thế và vận động bình thường



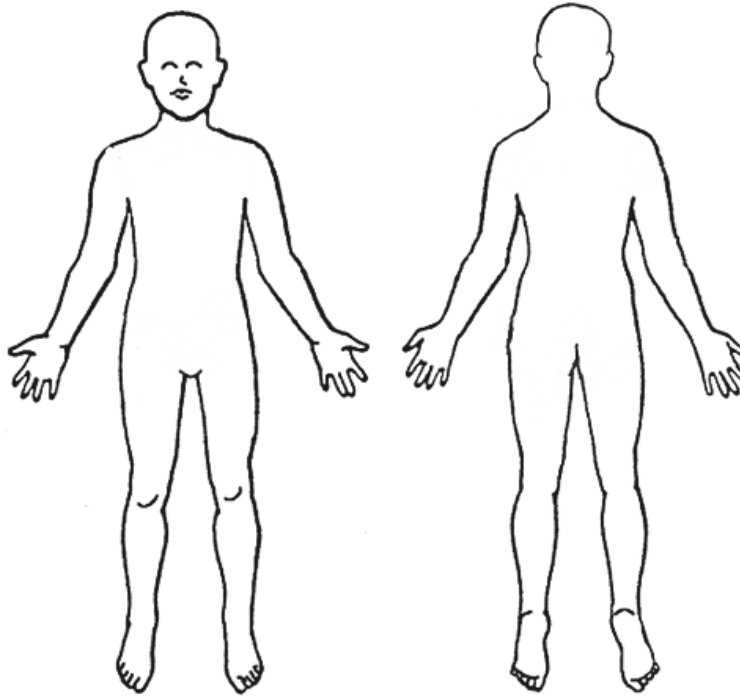
<p><b>DINH DƯỠNG</b> Sử dụng thức ăn</p>	<p><b>1. Rất kém</b> Không bao giờ ăn hết suất ăn. Hiếm khi ăn được nhiều hơn 1/3 suất ăn. Ăn 2 lần (protein) thịt hoặc ít hơn mỗi ngày. Uống ít nước. Không uống các chất bổ sung <b>HOẶC</b> Không ăn gì đường miệng hoặc chỉ uống nước hoặc chỉ truyền dịch hơn 5 ngày</p>	<p><b>2. Không đủ</b> Hiếm khi ăn hết suất ăn, thường chỉ ăn được ½ lượng thức ăn. Lượng protein ăn vào từ thịt và sữa chỉ 3 lần/ngày. Thỉnh thoảng có sử dụng các chất bổ sung <b>HOẶC</b> Ăn ít hơn khối lượng cần thiết của chế độ ăn lỏng và ăn sonde</p>	<p><b>3. Đầy đủ</b> Ăn được hơn một nửa hoặc hết suất ăn. Ăn 4 lần protein (thịt và sữa) một ngày. Thường xuyên sử dụng các chất bổ sung nếu được cung cấp <b>HOẶC</b> Đang ăn sonde hoặc dinh dưỡng TM đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng</p>	<p><b>4. Dinh dưỡng tốt</b> Ăn hết suất ăn và thường không từ chối ăn. Ăn 4 lần protein (thịt và sữa) một ngày. Thỉnh thoảng ăn thêm giữa các bữa. không cần ăn thêm các chất bổ Sung</p>
<p><b>CỌ XÁT &amp; BIẾN DẠNG</b></p>	<p><b>1. Vấn đề</b> Cần hỗ trợ để vận động từ trung bình đến tối đa. Không thể tự nhắc người khỏi giường. thường trượt xuống khi ngồi ghế hoặc giường, thường cần được hỗ trợ thay đổi tư thế tối đa Co cơ, co cứng, rung cơ dẫn đến cọ xát thường xuyên</p>	<p><b>2. Nguy cơ tiềm tàng</b> Có thể tự di chuyển nhẹ nhàng hoặc cần trợ giúp tối thiểu. trong khi di chuyển da có thể trượt trên đệm, ghế. Có thể duy trì khá tốt tư thế khi ngồi trên ghế và giường đôi khi bị trượt xuống</p>	<p><b>3. Không có nguy cơ rõ ràng</b> Tự di chuyển trên giường và ghế một cách tự chủ. Dù cơ lực để nhắc người hoàn toàn trong lúc di chuyển. Tự duy trì tốt tư thế khi ngồi trên giường hoặc ghế</p>	

**PUSH sửa đổi (thang điểm loét do tỳ đè)**

**HSTC BV Thanh Nhàn**

1. Đánh dấu vị trí vết loét

Đánh số từng vết loét



2. Diện tích vết loét (dài x rộng cm<sup>2</sup>)

1	2	3	4	5
< 0.3 cm <sup>2</sup>	0.3-0.6 cm <sup>2</sup>	0.7-1.0 cm <sup>2</sup>	1.1-2.0 cm <sup>2</sup>	2.1-3.0 cm <sup>2</sup>
6	7	8	9	10
3.1-4.0 cm <sup>2</sup>	4.1-8.0 cm <sup>2</sup>	8.1-12.0 cm <sup>2</sup>	12.1-24.0 cm <sup>2</sup>	> 24.0 cm <sup>2</sup>

3. Mức độ xuất tiết của vết loét

0- không	1- ít	2- vừa	3- nhiều
----------	-------	--------	----------

4. Tổn thương mô

0	1	2	3	4
Kín: Vết thương được che hoàn toàn bởi tổ chức biểu bì (da mới).	Biểu mô: Vết loét bề mặt, mô hồng, sáng màu mọc ra từ rìa hoặc thành đám ở bề mặt vết loét	Tổ chức hạt: Mô đỏ hồng như thịt bò, có các hạt đỏ sáng màu, ẩm	Mảng mục: Mô vàng hoặc trắng dính vào đáy vết loét thành đám hoặc thành dải, có thể giống đám nhày	Tổ chức hoại tử: mô màu đen hoặc nâu dính chắc vào đáy hoặc rìa vết loét, có thể rắn hơn hoặc mềm hơn các tổ chức xung quanh.



# NGHIÊN CỨU MỨC ĐỘ CẢI THIỆN LÂM SÀNG VÀ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI Ở BỆNH NHÂN BPTNMT ĐƯỢC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN 74 TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thanh Liễu<sup>1</sup>, Đào Quang Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá mức độ cải thiện các triệu chứng lâm sàng và chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân BPTNMT được phục hồi chức năng hô hấp tại Bệnh viện 74 Trung ương từ tháng 05/2015 đến 05/2016.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp phỏng thực nghiệm có nhóm đối chứng ngẫu nhiên trên những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là BPTNMT giai đoạn II trở lên (theo tiêu chuẩn của GOLD) đang được điều trị ngoại trú tại đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính của Bệnh viện 74 Trung ương từ tháng 05/2015 đến 05/2016.

**Kết quả:** Bao gồm 100 bệnh nhân COPD giai đoạn II trở lên, có 50 bệnh nhân ở nhóm can thiệp và 50 bệnh nhân ở nhóm chứng. Tuổi trung bình của 2 nhóm là tương đương nhau. Ở nhóm nghiên cứu, điểm trung bình thang CAT giảm từ 21,13 xuống 16,22; điểm trung bình mMRC giảm từ 3,72 đến 3,18 ( $p < 0,05$ ), tại nhóm chứng sự thay đổi là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Chức năng thông khí phổi của nhóm can thiệp cũng tăng lên ( $p < 0,05$ ), không tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Điều trị phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân được chẩn đoán xác định BPTNMT giai đoạn II trở lên là phương pháp điều trị cải thiện các triệu chứng lâm sàng và chức năng thông khí phổi an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** Phục hồi chức năng hô hấp, chức năng thông khí phổi, BPTNMT

## ABSTRACT

ASSESSING ON IMPROVEMENT IN THE CLINICAL SYMPTOMS AND PULMONARY

VENTILATION FUNCTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) WHO RECOVERED THEIR RESPIRATORY FUNCTION AT CENTRAL 74 HOSPITAL

**Objective:** The aim of this study was to assess the improvements in the clinical symptoms and pulmonary ventilation function of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) who recovered their respiratory function at Central 74 Hospital between the period May 2015 – May 2016

**Materials and methods:** This assessment employed a nonequivalent control group pretest-posttest research methodology. The patients who were diagnosed stage II or above, moderate COPD (according to GOLD's standard), will be recovered respiratory function as outpatient in chronic lung disease management unit of Central 74 Hospital from May 2015 to May 2016

**Results:** Of the 100 patients participating in the study, there were 50 patients in the intervention group and 50 patients in the control group. The mean of age in the two groups were similar. Average score of CAT scale decreased from 21.13 to 16.22; Average score of mMRC average decreased from 3.72 to 3.18  $p < 0.05$ , in the control group the change was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Pulmonary ventilation function of the intervention group also increased ( $p < 0.05$ ), no statistically significant change was found in the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Pulmonary Rehabilitation in patients stage II and above COPD is a means to improve clinical symptoms and safe and effective pulmonary ventilation

**Keywords:** Pulmonary Rehabilitation, pulmonary ventilation function, COPD

1. Trường Đại học Y dược Hải Phòng

2. Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Liễu, Email: [bvtncdt@gmail.com](mailto:bvtncdt@gmail.com)

» Ngày nhận bài: 10/03/2019 | » Ngày phản biện: 20/03/2019 | Ngày duyệt đăng: 28/03/2019

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) hay Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) từ trước đến nay vẫn đang là một thách thức lớn về sức khỏe đối với y học toàn cầu, vì tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong ngày càng gia tăng, kèm theo chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế của bệnh.

Năm 2006, theo khuyến cáo điều trị BPTNMT đối với từng giai đoạn bệnh của GOLD, phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH) được áp dụng điều trị đối với bệnh nhân bị BPTNMT ở giai đoạn trung bình trở lên [7],[8]. Tại Việt Nam, Đỗ Thị Tường Oanh (2007) đã nghiên cứu Phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân BPTNMT qua chương trình phối hợp kết quả đã đem lại sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm chất lượng cuộc sống Saint George. Tại Bệnh viện 74 Trung ương, số bệnh nhân BPTNMT hàng năm vào viện ước tính chiếm khoảng 20% tổng số bệnh nhân mắc bệnh hô hấp. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phục hồi chức năng hô hấp. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu mức độ cải thiện lâm sàng và chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được điều trị phục hồi chức năng hô hấp tại Bệnh viện 74 Trung ương”, nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Nhận xét mức độ cải thiện các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân BPTNMT được phục hồi chức năng hô hấp tại Bệnh viện 74 Trung ương từ tháng 05/2015 đến 05/2016*

2. *Đánh giá mức độ cải thiện chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân BPTNMT được phục hồi chức năng hô hấp tại Bệnh viện 74 Trung ương từ tháng 05/2015 đến 05/2016*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm có 100 bệnh nhân COPD giai đoạn II trở lên, được điều trị theo phác đồ của GOLD 2015 tại Bệnh viện

74 Trung ương, trong đó 50 bệnh nhân điều trị kết hợp PHCNHH và 50 bệnh nhân điều trị không kết hợp với PHCNHH sau 8 tuần trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2015 đến 05/2016

Phương pháp nghiên cứu can thiệp phỏng thực nghiệm có nhóm đối chứng ngẫu nhiên. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm chỉ tiêu lâm sàng là: Chất lượng cuộc sống qua thang điểm CAT, thang điểm khó thở MRC, chỉ số khối cơ thể BMI và chỉ tiêu cận lâm sàng là: XQ lồng ngực, điện tâm đồ, bão hòa oxy mao mạch qua máy đo ở đầu ngón tay SPO2, chức năng thông khí phổi.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Thông tin chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $68,05 \pm 7,16$ . Trong đó, nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là  $66,94 \pm 6,24$ , thấp hơn nhóm chứng ( $69,16 \pm 7,89$ ), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ). Trong đó, bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh nhân nghiên cứu (50%), tiếp đến là độ tuổi  $> 70$  chiếm 34%, không có bệnh nhân nào ở độ tuổi dưới 40. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam/nữ là 6,14.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Trương Thị Kim Nga và cộng sự (2006) với tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là 69,3 [3]. Đỗ Thị Tường Oanh (2007), tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 66,38, nhóm chứng 64,73. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các y văn về lứa tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường gặp trên 45 tuổi ở cả nam và nữ [2], [4]. Trần Hoàng Thành (2009), đa số bệnh nhân mắc bệnh COPD  $> 60$  tuổi [5]. Độ tuổi phản ánh sự tích lũy các yếu tố nguy cơ của COPD. Độ tuổi càng cao nguy cơ mắc COPD càng cao [8].

### 2. Hiệu quả của PHCNHH đối với lâm sàng

**Bảng 1: Điểm CAT trung bình chi tiết sau phục hồi chức năng hô hấp**

CAT	Nhóm nghiên cứu		P	Nhóm chứng		P
	Trước (1) $\bar{X} \pm SD$	Sau (2) $\bar{X} \pm SD$		Trước (3) $\bar{X} \pm SD$	Sau (4) $\bar{X} \pm SD$	
Ho	2,33 ± 0,61	1,97 ± 0,52	<0,05	2,38 ± 0,68	2,59 ± 0,63	>0,05
Khạc đờm	2,16 ± 0,72	1,56 ± 0,63	<0,05	2,21 ± 0,76	2,27 ± 0,71	>0,05
Nặng ngực	1,61 ± 0,79	1,13 ± 0,61	<0,05	1,58 ± 0,84	1,51 ± 0,78	>0,05
Khó thở	2,90 ± 0,83	2,34 ± 0,68	<0,05	2,86 ± 0,91	2,76 ± 0,74	>0,05
Hoạt động	3,07 ± 0,88	2,51 ± 0,71	<0,05	3,12 ± 0,81	3,27 ± 0,76	>0,05
Yên tâm	2,27 ± 0,76	1,57 ± 0,58	<0,05	2,22 ± 0,69	2,36 ± 0,62	>0,05
Giấc ngủ	2,86 ± 0,83	2,41 ± 0,77	<0,05	2,91 ± 0,92	2,82 ± 0,81	>0,05
Sức khỏe	3,41 ± 0,84	2,89 ± 0,72	<0,05	3,53 ± 0,79	3,61 ± 0,63	>0,05
Tổng $\bar{X} \pm SD$	21,13 ± 5,16	16,22 ± 4,89	<0,05	22,04 ± 5,98	21,86 ± 5,44	>0,05

Kết quả nghiên cứu từng triệu chứng theo thang điểm CAT, sau PHCNHH có sự thay đổi rõ rệt so với khi bệnh nhân không tham gia PHCNHH. Sau PHCNHH, điểm CAT trung bình ở nhóm nghiên cứu từ 21,13 ± 5,16 giảm xuống còn 16,22 ± 4,89, nhóm chứng điểm từ 22,04 ± 5,98 giảm xuống còn 21,86 ± 5,44. Điểm CAT trung bình chi tiết các triệu chứng ở nhóm nghiên cứu đều giảm sau PHCNHH với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước PHCNHH ( $p < 0,05$ ). Trong khi ở nhóm chứng điểm CAT trung bình chi tiết cho các triệu chứng đa số là tăng lên, một số có giảm, nhưng sự khác biệt so với thời điểm trước PHCNHH không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi theo thang điểm CAT cũng phù hợp với nghiên cứu của Trương Thị Kim Nga và Ngô Quý Châu, tổng điểm càng cao thì Sức khỏe – Chất lượng cuộc sống càng kém, bệnh nhân cảm thấy bệnh là nghiêm trọng nhất đối với mình. Sau PHCHHH bệnh nhân đỡ hơn từ khạc đờm giảm hơn, lượng đờm ít hơn, thời gian ho trong ngày cũng ít đi, SK – CLCS cũng được cải thiện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu ở một số nước châu Âu theo thang điểm CAT: Bỉ (điểm trung bình 21,5 ± 9,9), Pháp (18,5 ± 8,8), Đức (18,2 ± 8,1). Nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm trung bình cao hơn nghiên cứu ở một số nước: Hà Lan 16 ± 7,4), Tây Ban Nha 16,4 ± 8,9, Mỹ 17,8 ± 7,5 [7]. Bệnh nhân ở những quốc gia này được theo dõi và điều trị duy trì tốt. Một lý do nữa là mặc dù bệnh nhân của chúng tôi đã được tư vấn, PHCNHH, điều trị thuốc theo phác đồ chung nhưng họ vẫn chưa có được mức độ chăm sóc như bệnh nhân ở các nước tiên tiến [6]. Thực tế là rất ít bệnh nhân BPTNMT tại Việt Nam có đủ khả năng điều trị toàn diện do điều kiện sinh hoạt, kinh tế mỗi bệnh nhân. Cuối cùng, sự kém hơn trong lĩnh vực ảnh hưởng tới SK – CLCS có thể được giải thích dựa vào những khác biệt trong phong tục tập quán, hệ thống chăm sóc sức khỏe, chính sách trợ cấp xã hội, tâm vóc, thể lực và mặc cảm bệnh tật của bệnh nhân ở nước ta.

**Bảng 2: Điểm mMRC sau phục hồi chức năng hô hấp**

Bệnh nhân mMRC	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p	p	p
	Trước (1) n(%)	Sau (2) n(%)	Trước (3) n(%)	Sau (4) n(%)			
mMRC2	21(42,0)	30(58,0)	19(38,0)	17(34,0)	<0,05	<0,05	>0,05
mMRC3	22(44,0)	16(32,0)	23(46,0)	24(48,0)	<0,05	<0,05	>0,05
mMRC4	7(14,0)	4(8,0)	8(16,0)	9(18,0)	>0,05	>0,05	>0,05
$\bar{X} \pm SD$	$3,72 \pm 0,51$	$3,18 \pm 0,42$	$3,78 \pm 0,53$	$3,68 \pm 0,52$	<0,05	<0,05	>0,05

Khó thở là triệu chứng thường xuyên đối với bệnh nhân COPD hiện nay có thể được đo lường một cách chuẩn hóa dựa trên thang điểm mMRC (Medical Research Council) với 5 mức độ phân bố từ 0 đến 4 điểm. Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là MRC2 và MRC3 chiếm tỷ lệ 85% điều này cũng phù hợp với thực tế tại bệnh viện số bệnh nhân nhập viện chủ yếu là khó thở không tự điều trị hoặc đáp ứng với các thuốc giãn phế quản ngắn tại nhà. Không có trường hợp nào MRC1. Ở nhóm 1 số bệnh nhân có điểm mMRC2 tăng lên từ 21 bệnh nhân lên 30 bệnh nhân so với trước PHCNHH với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). MRC3 ở nhóm nghiên cứu giảm từ 22 bệnh nhân còn 16 bệnh nhân, MRC4 giảm được 3 bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có mMRC2 ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm 2 số bệnh nhân có điểm mMRC3 và mMRC4 tăng lên so với thời điểm trước PHCNHH, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm mMRC3 ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Không có bệnh nhân nghiên cứu nào trở về điểm mMRC1.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điểm mMRC trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm so với trước PHCNHH  $3,72 \pm 0,51$  giảm xuống còn  $3,18 \pm 0,42$  với  $p < 0,05$  giảm nhiều hơn nhóm chứng. Điểm mMRC trung bình sau PHCNHH ở nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm

chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Ries (1995), Strijbos (1996) và O'Donnell (1995). Tác giả O'Donnell ghi nhận tỷ lệ giảm mức độ khó thở MRC ở nhóm can thiệp sau 8 tuần so với lúc bắt đầu là rõ rệt và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tác giả JC Bestall, EA Paul, R Carrod (1999) kết luận rằng MRC là một công cụ đơn giản có hiệu quả để phân loại mức độ nặng nhẹ bệnh nhân COPD, đồng thời đo mức độ khó thở bằng thang điểm MRC cải thiện có ý nghĩa thống kê ở nhóm được PHCNHH với  $p < 0,01$ .

Sự cải thiện mức độ khó thở đạt được sau PHCNHH có thể do thể lực và sức bền cơ thể của người bệnh được tăng lên sau quá trình tập luyện, vận động và do có sự giảm bớt tình trạng tăng thông khí khi gắng sức. Bên cạnh đó sau PHCNHH, sự hiểu biết, cách nhận thức và thái độ của người bệnh đối với căn bệnh COPD của người bệnh thay đổi một cách tích cực, bệnh nhân cảm thấy yên tâm tự tin hơn, tình trạng lo lắng về bệnh tật được ổn định góp phần làm giảm bớt mức độ khó thở.

Đỗ Thị Tường Oanh (2007), đánh giá tác động của PHCNHH đến triệu chứng khó thở qua thang điểm Borg cũng có nhận định tương tự, sau 8 tuần đều có giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp cả lúc nghỉ ngơi và sau gắng sức[6].

### 3. Hiệu quả của PHCNHH đối với cận lâm sàng

**Bảng 3: Trung bình % của FEV1 và FEV1/FVC sau phục hồi chức năng hô hấp**

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p	p	p
	Trước(1) $\bar{X} \pm SD$	Sau(2) $\bar{X} \pm SD$	Trước (3) $\bar{X} \pm SD$	Sau(4) $\bar{X} \pm SD$			
% FEV1	$41,05 \pm 13,25$	$50,12 \pm 15,28$	$40,56 \pm 15,35$	$43,17 \pm 14,34$	<0,05	<0,05	>0,05
% FEV1/FVC	$50,30 \pm 8,17$	$56,77 \pm 7,86$	$47,49 \pm 8,03$	$49,81 \pm 6,44$	<0,05	<0,05	>0,05





Chức năng thông khí phổi đánh giá những khó khăn về hô hấp và phần nào nói lên mức độ bệnh tật của người bệnh. Tắc nghẽn đường dẫn khí và mất các thành phần đàn hồi của phổi là hai yếu tố chính làm sụt giảm FEV1 trong BPTNMT. Đây cũng là chỉ số đáng tin cậy để theo dõi sự sụt giảm chức năng thông khí phổi theo thời gian và đánh giá tiên lượng [1]. Hiện nay phương pháp phát hiện sớm BPTNMT là theo dõi thường xuyên chỉ số FEV1 trong nhiều năm và tính tỷ lệ FEV1/FVC.

FEV1 giảm thường kèm theo khả năng tăng giãn phổi và tăng dung tích sống gắng sức (FVC) do giảm khả năng đàn hồi của phổi. Chính những thay đổi này đã làm cho tỷ lệ FEV1/FVC (Gaensler) cực kỳ nhạy cảm trong phát hiện những bất thường về thông khí trong các giai đoạn sớm của BPTNMT. Kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình % FEV1 của nhóm 1 tăng lên từ 41,05± 13,25 lên 50,12 ± 15,28 với p<0,05, nhóm 2 trung bình % FEV1 40,46± 15,35 tăng lên 43,17± 14,34 với p>0,05. Trị số trung bình % FEV1/FVC ở nhóm 1: 50,30± 8,17 sau PHCNHH 56,77± 7,86 với p<0,05, ở nhóm 2: 47,49± 8,03 lên 49,81± 6,44 với p>0,05.

Nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Seymour (2010), nghiên cứu trên 60 bệnh

nhân tại thời điểm sau xuất viện của họ (30 bệnh nhân nhóm chứng không có can thiệp thêm: (FEV1 là 52 ± 22) Nhóm PHCNHH n=30, FEV1 = 52 ± 20. Tỷ lệ bệnh nhân tái nhập viện trở lại với nhóm chứng 33% so với 7% ở nhóm PHCNHH (OR 0.15, 95% CI 0.03 - 0.72, p=0.02). Tỷ lệ bệnh nhân chịu hậu quả của một đợt cấp tính trong lần nằm viện ngoài ý muốn là 57% ở nhóm chứng so với 27% ở nhóm được PHCNHH (OR 0.28, 95% CI 0.10 to 0.82, p=0.02) [9].

#### IV. KẾT LUẬN

Điều trị phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân được chẩn đoán xác định BPTNMT giai đoạn II trở lên là phương pháp điều trị cải thiện các triệu chứng lâm sàng và chức năng thông khí phổi an toàn, hiệu quả, góp phần cải thiện sức khỏe – chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Ở nhóm nghiên cứu, điểm trung bình thang CAT giảm từ 21,13 xuống 16,22; điểm trung bình mMRC giảm từ 3,72 đến 3,18 (p<0,05), tại nhóm chứng sự thay đổi là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Chức năng thông khí phổi của nhóm can thiệp cũng tăng lên (p<0,05), không tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm chứng (p<0,05).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2015.
2. **Lê Thị Tuyết Lan** (2006), “*Tổng quan về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*”, Hội nghị Bệnh phổi và phẫu thuật lồng ngực Pháp - Việt, tr. 5 -8.
3. **Trương Thị Kim Nga, Ngô Quý Châu** (2006), *Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi St. George’s đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II.
4. **Bùi Xuân Tám** (1999), “*Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*”, Bệnh hô hấp, nhà xuất bản Y học, tr.600 - 649.
5. **Trần Hoàng Thành** (2009), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nữ giới mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại khoa hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai*”, Tạp chí Y học lâm sàng, số 39/2009, tr 47.
6. **Lê Thị Tuyết Lan** (2011), “*Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam*”, Journal Franco-Vietnamien de Pneumologie, 02(04), tr.1-90.
7. **Bolton C.E., Bevan-Smith E.F., Blakey J.D.**, et al (2013), “*British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults*”, Thorax, 68, pp. 1–30.
8. **GOLD** (2006), “*Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*”,
9. **Seymour J.M., Moore L., Jolley C.J.**, et al (2010), “*Outpatient pulmonary rehabilitation following acute exacerbations of COPD*”, Thorax, May, 65(5), pp. 423-8.

# THỰC TRẠNG NHIỄM HBV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ CAO TẠI TRUNG TÂM GIÁO DỤC VÀ LAO ĐỘNG XÃ HỘI HẢI PHÒNG NĂM 2013

Nguyễn Quang Hưng<sup>1</sup>, Đào Quang Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện để mô tả thực trạng nhiễm HBV và xác định một số yếu tố liên quan tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng năm 2013. Có 633 người tham gia nghiên cứu, thuộc nhóm tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm, đều từ 18 tuổi trở lên, đồng ý trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn và tự nguyện tham gia các xét nghiệm sàng lọc HBV trong thời gian tiến hành nghiên cứu này. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV chung của các đối tượng nghiên cứu là 10,58%. Trong đó nhiễm HBV của nhóm tiêm chích ma túy là 10,57%, phụ nữ mại dâm là 10,64, tỷ lệ nhiễm giữa 2 nhóm này không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HBV với hành vi tiêm chích ma túy ( $p < 0,01$ ) và kiến thức về cách phòng tránh HBV ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** HBV, tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm

## ABSTRACT

### HBV INFECTION AND FACTORS ASSOCIATED WITH HBV INFECTING IN HAI PHONG CENTER FOR EDUCATION AND SOCIAL WORK IN 2013

The cross-sectional study was conducted to estimate HBV infection proportion in Hai Phong Center for Education and Social Work in 2013 and to identify factors associated with HBV infecting. There are 633 participants, who belonged people who inject drugs (PWID) groups and female sex worker (FSW) groups, aged 18 years and older, they agreed to answer the questionnaire and accept to test for screening HBV in period of study. The proportion of HBV infection was 10.58%. There is no significant difference for HBV infection proportion in PWID and FSW (10.57% vs 10.64%). HVB infection proportion was

associated with being having injected drugs ( $p < 0.01$ ) and knowledge of prevention of hepatitis B ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** HBV, inject drugs, female sex worker.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B là một bệnh truyền nhiễm thường gặp do một loại virus trong máu gây ra và trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu. Tổ chức Y tế thế giới ước tính trên thế giới có trên 2 tỷ người nhiễm virus viêm gan B trong thời điểm nào đó của cuộc đời. Nghiên cứu của WHO chỉ rõ năm 2000 có 350 triệu người trên thế giới mang HBV chủ yếu ở châu Á, châu Phi, 620000 người chết mỗi năm [8]. Việt Nam là nước nằm trong vùng có nguy cơ rất cao nhiễm HBV với tỷ lệ mang HBsAg trong cộng đồng 8-20% [1],[6]. Viêm gan virus B là mối lo ngại không những của ngành Y tế mà còn của toàn xã hội.

Hải Phòng là thành phố cảng thuận lợi giao lưu trao đổi của các đối tượng đến từ các khu vực khác nhau, mô hình bệnh tật đặc biệt với các nhóm bệnh lây truyền qua đường máu và đường tình dục làm tăng nguy cơ mắc bệnh ở đây. Tuy nhiên cho đến thời điểm này chưa có một kết quả nghiên cứu tổng thể nào ở khu vực Hải Phòng về tình trạng nhiễm HBV. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng năm 2013”. Với mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả tỷ lệ nhiễm HBV trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng năm 2013.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến nhiễm HBV trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng năm 2013.

1. Trường Đại học Y dược Hải Phòng.

2. Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hưng, Email: bvtncdt@gmail.com

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nguy cơ cao được lấy từ 2 nhóm tiêm chích ma túy và nhóm gái mại dâm, 18 tuổi trở lên, đồng ý trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn và tự nguyện tham gia các xét nghiệm sàng lọc HBV trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang  
- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ số đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại Trung tâm trong thời điểm nghiên cứu là 633 người

### 3. Tiêu chuẩn đánh giá

- Thông tin chung của đối tượng: Giới, tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng học vấn  
- Tỷ lệ nhiễm HBV trên đối tượng nghiên cứu: Kết

quả xét nghiệm sàng lọc HBV trong thời gian tiến hành nghiên cứu

- Một số yếu tố liên quan đến nhiễm HBV trên đối tượng nghiên cứu: Bộ câu hỏi phỏng vấn

### 4. Địa điểm và thời gian tiến hành nghiên cứu

- Trung tâm giáo dục và lao động xã hội tại Hải Phòng  
- Trung tâm Labo- Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng  
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2012 – đến 10/2013

### 5. Phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu được quản lý bằng phần mềm SPSS 16.0  
- Test  $\chi^2$  được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Nội dung		Kết quả nghiên cứu	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	492	77,7
	Nữ	141	22,2
Nhóm tuổi	18 – 29	88	13,9
	30 – 39	244	38,5
	40 – 49	218	34,4
	≥50	83	13,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nam giới chiếm 77,72%, nữ giới 22,28%. Theo một số tác giả trong nước như Nguyễn Trường Sinh [5] và ngoài nước Alter MJ [7] tỷ lệ nhiễm HBV ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Các tác giả đều cho rằng ở nam giới có tỷ lệ nhiễm cao hơn nữ giới và ở các nước đang phát triển tỷ lệ lưu hành HBV cao hơn các nước châu Âu và Mỹ.

Tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu có số lượng cao nhất là (30-39) chiếm 38,5%, đối tượng có tuổi

nghiên cứu thấp nhất là ≥50 chiếm 13,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Viên Chinh Chiến [2] nghiên cứu 694 đối tượng trên địa bàn 3 tỉnh Khánh Hoà, Thừa Thiên – Huế và Bình Định cũng nhận thấy tỷ lệ nhiễm HBV tăng dần từ độ tuổi dưới 30 và cao nhất ở nhóm 30-50 tuổi, ngoài 50 tuổi tỷ lệ nhiễm HBV thấp hơn.

**2. Tỷ lệ nhiễm HBV trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng.**

**Bảng 2: Tỷ lệ nhiễm HBV của đối tượng nghiên cứu**

Nội dung		Kết quả nghiên cứu	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đối tượng nghiên cứu	HBsAg (+)	67	10,58
	HBsAg (-)	566	89,42
Nhóm đối tượng tiêm chích ma túy (n = 492)	HBsAg (+)	52	10,57
	HBsAg (-)	440	89,36
Nhóm đối tượng gái mại dâm (n = 141)	HBsAg (+)	15	10,64
	HBsAg (-)	126	89,36

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HbsAg (+) ở các đối tượng nghiên cứu là 10,58%. Trong đó, tỷ lệ nhiễm HBsAg (+) trên đối tượng TCMT là 10,57%, tỷ lệ nhiễm HBV của GMD là 10,64%. Theo nghiên cứu của Lê Vũ Anh tiến hành nghiên cứu trên cộng đồng dân cư Hà Nội phát hiện tỷ lệ mang HBsAg là

11,35%, Lê Thị Nhẫn thấy tỷ lệ nhiễm HBV trên đối tượng khoẻ mạnh ở thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh miền Nam là 13,25%[3]. Cũng theo tác giả này thì tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm người nghiện chích ma túy là 37,96% và ở nhóm người được truyền máu một lần trở lên là 21,09%.

**Bảng 3: Tỷ lệ nhiễm HBV theo nghề nghiệp**

Kết quả nghiên cứu	HBsAg (+)		HBsAg (-)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có việc làm ổn định(1)	2	8,69	21	91,31	$p_{(1)(2)} > 0,05$ $p_{(2)(3)} < 0,05$ $p_{(1)(3)} > 0,05$
Không có việc ổn định(2)	52	12,26	372	87,74	
Thất nghiệp(3)	13	6,99	173	93,01	
Tổng số	67	10,58	566	89,42	

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các đối tượng nhiễm HBV cao nhất ở nhóm không có việc làm ổn định 12,26%, tiếp đó là nhóm có việc làm ổn định 8,69%, nhóm thất nghiệp lại có tỉ lệ thấp nhất 6,99%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Viện Chính Chiến tại 3 tỉnh Khánh Hòa, Thừa Thiên Huế, Bình Định, Châu Hữu Hầu tại An Giang [2]. Nếu như những người này có công ăn việc làm, môi trường sinh hoạt lành mạnh, họ sẽ

có điều kiện tìm hiểu về nguy cơ và con đường lây truyền HBV, HCV, HIV/AIDS. Họ sẽ có những kiến thức đề phòng HBV cho chính bản thân họ và cho cộng đồng, đây cũng chính là vấn đề cần đặt ra cho ngành Y tế trong công tác tuyên truyền giáo dục.

**3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm HBV trên đối tượng nguy cơ cao tại Trung tâm giáo dục và lao động xã hội Hải Phòng.**



**Bảng 4: Liên quan giữa tiêm chích ma túy với nhiễm HBV**

Tiêm chích ma túy	HBsAg (+)	HBsAg (-)	Tổng
Có tiêm chích ma túy	35	182	217
Không tiêm chích ma túy	32	384	416
Tổng	67	566	633
OR = 2.37      95% CI(1,38 – 3,86)      p < 0,01			

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ nhiễm HBV có liên quan chặt chẽ với tiêm chích ma túy, số đối tượng nhiễm HBV mà có tiêm chích là 16,13%. Trong khi đó, chỉ có 7,69% số đối tượng nhiễm HBV mà không tiêm chích ma túy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Tỷ lệ nhiễm HBV cao trong nhóm nghiện ma túy và có sử dụng

BKT chung là một hành vi nguy cơ vô cùng nguy hiểm, không những lây truyền HBV mà còn lây truyền các bệnh truyền nguy nhiễm khác như HIV/AIDS, HCV,... Như vậy các chương trình can thiệp cần tập trung vào chuyển đổi hành vi cho người nghiện chích ma túy, cung cấp đầy đủ bơm kim tiêm sạch.

**Bảng 5: Liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HBV với hiểu biết về đường lây**

Hiểu biết đường lây	HBsAg (+)	HBsAg (-)	Tổng
Không hiểu biết	55	326	381
Có hiểu biết	12	240	252
Tổng	67	566	633
OR = 2.67      95% CI(1,48 – 3,45)      p < 0,05			

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm không hiểu biết là 14,43%, trong nhóm có hiểu biết là 4,76%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhận thức về đường lây của 2 nhóm không có sự khác biệt đáng kể, có thể do họ sợ lây nhiễm nên tìm hiểu kiến thức này nhiều hơn, bên cạnh đó trước khi vào Trung tâm cả 2

nhóm đều không kiểm soát được hành vi của mình, do vậy có thể họ đã biết về các đường lây và cách phòng chống nhưng con nghiện đã làm họ không kiểm soát được. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lại Kim Anh, Nguyễn Thanh Long, Đỗ Văn Dũng, Hoàng Đình Cảnh (VAAC) và cộng sự [4].

**Bảng 6: Kiến thức phòng chống HBV của đối tượng**

Kiến thức phòng chống	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không quan hệ tình dục bừa bãi	258	40,75
Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục	528	83,41
Không dùng chung dụng cụ tiêm chích	569	89,88
Không tiêm chích ma túy	511	80,72
Không sử dụng chung dao cạo, bàn chải	231	36,49
Không xăm trổ	129	20,38
Cách khác	75	11,84

Kết quả cho thấy đa số đối tượng đều được trang bị kiến thức phòng chống HBV: Không tiêm chích ma túy (80,72%), không dùng chung dụng cụ tiêm chích (89,88%), dùng bao cao su khi quan hệ tình dục (83,41%), không quan hệ tình dục bừa bãi (40,75%), không sử dụng chung dao cạo và bàn chải (36,49%), không xăm trổ (20,38%) và các cách khác là 11,84%.

Từ kết quả trên chúng tôi thấy ĐTNC thuộc nhóm đối tượng nguy cơ cao, trình độ văn hóa thấp nên khả năng lây nhiễm bệnh ra cộng đồng là rất lớn vì vậy cần có biện pháp thông tin, truyền thông giáo dục nhóm nhỏ, thích hợp để

tất cả người NCMT, gái mại dâm được tiếp cận các phòng chống các bệnh lây truyền trong đó có HBV.

#### IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm HBV chung của các đối tượng nghiên cứu là 10,58%. Trong đó nhiễm HBV của nhóm tiêm chích ma túy là 10,57%, phụ nữ mại dâm là 10,64, tỷ lệ nhiễm giữa 2 nhóm này không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

- Có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HBV với hành vi tiêm chích ma túy ( $p < 0,01$ ) hiểu biết đường lây truyền ( $p < 0,05$ ) và kiến thức về cách phòng tránh HBV.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thùy Anh** và cs ( 2005 ), “*Tình hình nhiễm virút viêm gan B trên trẻ em từ 3 – 6 tuổi ở huyện Thiệu Hóa, Thanh Hóa*”, Tạp chí YHDP, tập XV, số 1 (73), phụ bản tr 155 - 158
2. **Viên Chính Chiến; Bùi Trọng Chiến.** (2003), “*Đánh giá thực trạng lưu hành của virút viêm gan B và C tại khu vực miền Trung và đề xuất giải pháp phòng chống chủ động*”, Đề tài nghiên cứu cấp Bộ, Hà Nội
3. **Lã Thị Nhẫn và cộng sự** (1995), “*Góp phần đánh giá tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B, virút viêm gan C ở nhóm người nghiện ma túy tại trại cai nghiện ma túy Thủ Đức*”, Tạp chí Y học thực hành, Bộ Y tế xuất bản, 331(1), tr 25 - 7.
4. **Trần Thị Tuyết Nhung** ( 2008 ), *Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B và kiến thức của các đối tượng đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng Hải Phòng trong năm 2008*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hải Phòng.
5. **Nguyễn Trường Sinh** ( 2007 ), *Thực trạng nhiễm virút viêm gan B và nhận thức, thực hành của một số đối tượng về phòng chống viêm gan B tại 3 huyện tỉnh Hà Tĩnh*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Thái Bình
6. **Acharya SK, Panda SK, Saxena A** (2000), *Acute hepatic failure in India: a perspective from the East.* J Gastroenterol Hepatology, 15, 473-9.
7. **Alter MJ** (2003). “*Epidemiology and prevention of hepatitis B*”, Semin, Liver Dis, 23 (1), 39-46.
8. **Saeed Akhtar, Muhammad Younus** ( 2005), “*Epidemiologic study of chronic hepatitis B virus infection in male volunteer blood donors in Karachi Pakistan*”, BMC Gastroenterol, ( 5), 26



# BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT LẤY HUYẾT KHỐI ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CHI CẤP TÍNH DO HUYẾT KHỐI

Đào Quang Minh<sup>1</sup>, Bùi Văn Bình<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Báo cáo một trường hợp phẫu thuật lấy huyết khối điều trị thiếu máu chi cấp tính do huyết khối. Bệnh nhân nữ 61 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tuyến thượng thận do thuốc, vào viện 08/05/2019 vì đau chân trái. Bệnh nhân được chẩn đoán: Thiếu máu cấp tính chân trái do huyết khối. Phẫu thuật lấy huyết khối động mạch chậu chung, chày trước trái. Sau mổ bàn chân hồng ấm dần, tránh được cắt cụt chi. Bệnh nhân ra viện sau 7 ngày. Kết luận: Thiếu máu cấp tính chi là một bệnh lý tiến triển nhanh. Phẫu thuật kịp thời có thể tránh được các di chứng và cắt cụt chi của thiếu máu không hồi phục.

**Từ khóa:** Huyết khối, thiếu máu chi

## ABSTRACT

### REPORT A CASE OF THROMBOSIS SURGERY FOR ACUTE ANEMIA CAUSED BY THROMBOSIS

We reported a case of thrombosis surgery for acute anemia caused by thrombosis. A 61-year-old female with medical history of hypertension, diabetes and drug-induced adrenal insufficiency presented to hospital with left leg pain. The patient was diagnosed that acute left leg anemia due to thrombosis. The patient was had surgery to collect thrombosis in common iliac artery, left pestle. After the surgery, the feet turned to pink and be warm gradually, avoiding amputation. The patient left the hospital after 7 days. Conclusion: An acute anemia is a rapidly evolving

disease. Timely surgery can avoid sequelae and amputation of irreversible anemia.

**Keywords:** Thrombosis, anemia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu chi cấp tính xảy ra khi lưu thông dòng máu bình thường bị cắt đứt một cách đột ngột trong các động mạch lớn nuôi chi, gây ra thiếu máu cấp tính cho đoạn chi phía dưới. Do đó thiếu máu chi rất nặng và tiến triển rất cấp tính và là cấp cứu ưu tiên số 1 trong ngoại khoa.

Tắc động mạch cấp là một trong các nguyên nhân gây ra thiếu máu chi cấp tính. Có 2 nguyên nhân: Máu cục hoặc dị vật từ nơi khác trôi đến gây tắc động mạch (embolie) đây là nguyên nhân hay gặp trên lâm sàng hoặc huyết khối hình thành tại chỗ thường xảy ra trên một động mạch bệnh lý (thrombose), ít gặp hơn.

Nhìn chung, để chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với hội chứng thiếu máu chi cấp tính. Để thuận tiện trong lâm sàng, các tác giả đã tóm tắt hội chứng thiếu máu chi cấp tính phía ngoại vi với “5 chữ P” (trong tiếng Anh):

- Đau (Pain) chi vị tổn thương
- Mất mạch (Pulse lessness)
- Nhợt (Palor) màu da
- Giảm vận động (Paralysis)
- tê bì, giảm cảm giác (Paresthesia)

Thông thường các triệu chứng sẽ phân bố theo giai đoạn thiếu máu như sau:

<6h	>6h	> 24h
Mất mạch, lạnh	Phù nề, đau cơ	Phồng nước
Giảm cảm giác	Mất cảm giác	Cứng khớp tử thi
Giảm vận động	Mất vận động	Tím đen, hoại tử...

## 1. Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh, Email: prof.minhdao@gmail.com

» Ngày nhận bài: 08/01/2019 | » Ngày phản biện: 13/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 05/03/2019

Các thăm dò chủ yếu được sử dụng là siêu âm Doppler mạch, chụp động mạch thông thường để xác định vị trí mức độ tắc mạch và siêu âm tim hay chụp cắt lớp vị tính động mạch chủ để xác định bệnh căn...

Về điều trị, mục tiêu là cố gắng rút ngắn tối đa thời gian thiếu máu chi bằng các biện pháp sơ cứu và mổ phục hồi lưu thông dòng máu càng sớm càng tốt. Cuộc cách mạng trong điều trị bệnh thiếu máu cấp tính chi xảy ra sau sự ra đời của kỹ thuật lấy cục huyết khối bằng catheter có bóng Fogarty vào năm 1963[1]. Cùng với các tiến bộ của y học nói chung và phẫu thuật mạch máu nói riêng, việc điều trị phẫu thuật các trường hợp tắc động mạch chi cấp tính đã trở nên đơn giản hơn rất nhiều, là nhân tố quyết định không chỉ đến sự sống còn của chi mà còn cả sự sống còn của bệnh nhân. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong cũng như cắt cụt sau phẫu thuật vẫn còn cao (10 - 25%) theo một số thống kê. Chúng tôi xin giới thiệu một ca lâm sàng thiếu máu cấp tính chi dưới do huyết khối động mạch được phẫu thuật lấy huyết khối tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

## II. CA LÂM SÀNG

**Hình 1. MSCT mạch chi dưới của bệnh nhân trước mổ**



Chẩn đoán trước mổ: Thiếu máu cấp tính chân trái do huyết khối/ THA- ĐTĐ- Suy thượng thận do thuốc.

Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu. Tiến hành bóc lộ động mạch đùi chung. Động mạch đùi không đập. Tiêm heparin tiêu chuẩn đường tĩnh mạch liều 50 UI/kg cân nặng. Mở ĐM đùi chung luồn Fogarty số 4 lên động mạch chậu lấy được huyết khối cũ đã tổ chức hóa, sau lấy huyết khối ĐM đùi chung đập,

Bệnh nhân nữ 61 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp II 1 năm nay điều trị thuốc viên, bệnh phổi mạn tính không rõ. Bệnh nhân khai xuất hiện đau đột ngột bàn chân trái cách vào viện 36h, đi khám ở Bệnh viện 108 cho đơn thuốc uống. Về nhà, bệnh nhân đau tê chân trái tăng lên, không đỡ vào Bệnh viện Thanh Nhàn khám. Khám bệnh nhân lúc vào viện:

- Tỉnh
- Thể trạng béo, BMI 28,8
- Kiểu hình Cushing
- M: 110 l/ph; HA: 130/80 mmHg
- Tim nhịp đều, phổi không rale
- Bụng béo, gan lách khó khám
- Hội chứng thiếu máu cấp tính chân trái: Đau, tím lạnh bàn ngón chân; mạch ben, khoeo, mu chân chày sau không bắt được; mất cảm giác nóng bàn ngón, vận động đầu chi giảm; búp ngón xẹp, phản hồi mao mạch > 2s
- Chân phải: đầu chi ấm, mạch mu chân rõ.

Kết quả chụp MSCT mạch chi dưới: tắc gần hoàn toàn động mạch chậu chung trái, tắc hoàn toàn động mạch chày trước chày sau trái 1/3 dưới.

này rõ. Luồn Fogarty số 2 không xuống dưới động mạch chày trước được. Tiến hành bóc lộ mở ĐM mu chân thấy huyết khối gây tắc hoàn toàn ĐM mu chân, tiến hành lấy huyết khối, luồn Fogarty số 2 lên trên và xuống dưới ĐM chày trước lấy được thêm huyết khối cũ, sau lấy ĐM mu chân đập tốt. Mở ĐM chày sau kiểm tra thấy không đập, long mạch xơ vữa tắc mạn tính.





*Hình 2. Huyết khối lấy được trong lòng động mạch*



Sau mổ, bệnh nhân được duy trì chống đông liều Heparin tiêu chuẩn 600 UI/kg/24 giờ và chiếu đèn hồng ngoại bàn chân trái. Theo dõi hậu phẫu, bàn ngón chân hồng ấm dần, refill < 2s, mạch mu chân bắt được. Sau đó bệnh nhân được uống gói Sintrom 4mg ¼ viên / ngày. Bệnh nhân được siêu âm tim kiểm tra không thấy huyết khối trong buồng tim hay bệnh lý về van tim. Bệnh nhân ra viện sau 7 ngày với tình trạng bàn ngón chân hồng ấm và được hướng dẫn tập phục hồi chức năng bàn chân.

### III. BÀN LUẬN

Nguyên nhân gây tắc động mạch chi cấp tính là do mảnh dị vật trôi từ hệ thống tuần hoàn phía thượng lưu xuống gây tắc mạch (embolie). Có nhiều loại dị vật nhưng chủ yếu là các mảnh máu cục ở trong tim trái hay trong khối phòng động mạch, các cục sỏi trong Osler, ngoài ra còn gặp trong các mảnh u trong tim ( u nhày nhĩ) hay các mảng xơ vữa... Nghiên cứu của Ilic M có 84,4% bệnh nhân có bệnh lý ở tim[2]. Bệnh nhân của chúng tôi không phát hiện được các bệnh lý tim mạch rung nhĩ, osler hay bệnh van tim... Cũng có thể được hình thành tại chỗ do tình trạng tăng đông trong long mạch.

Bệnh nhân này có thời gian thiếu máu chi kéo dài > 24h. Theo Đỗ Kim Quế, có 57,1% bệnh nhân đến muộn trên 24h và tỉ lệ bảo tồn chi là 51%[3]. Vị trí tắc của bệnh nhân là động mạch chậu và cả động mạch chày trước, chày sau. Theo Đặng Hanh Sơn, động mạch chủ- chậu, động mạch đùi thì nguy cơ cắt cụt sẽ rất cao[4].

Trường hợp của chúng tôi khi đến viện, bệnh nhân đã rối loạn cảm giác và vận động. Đặng Hanh Sơn chỉ ra nếu có rối loạn cảm giác, tỉ lệ cắt cụt lên tới 42,3%. Nếu mất vận động tỷ lệ này là 68,7%[4]. Nghiên cứu của Currie IS chỉ ra có sự tương quan chặt chẽ giữa mất cảm giác (p=0.003) và mất vận động (p=0.001) với tỉ lệ cắt cụt[5].

### IV. KẾT LUẬN

Qua một bệnh nhân thiếu máu cấp tính do tắc động mạch tại Bệnh viện Thanh Nhân được phẫu thuật lấy huyết khối và phối hợp với điều trị nội khoa và vật lý trị liệu đã thành công giúp bảo tồn chi và không phải cắt cụt. Mức độ thiếu máu chi trên lâm sàng, thời gian thiếu máu chi và vị trí tắc động mạch là các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng bảo tồn và chức năng chi của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. J. Fogarty, J. J. Cranley, R. J. Krause và cộng sự (1963). A method for extraction of arterial emboli and thrombi. *Surg Gynecol Obstet*, 116, 241-244.
2. M. Ilić, L. Davidović, S. Lotina và cộng sự (2000). [Arterial embolisms of the lower extremities],
3. Đỗ Kim Qué (2005). Các yếu tố tiên lượng tắc động mạch ngoại biên cấp tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số chuyên đề tháng 1, 56-61.
4. Đặng Hanh Sơn (2001). *Chẩn đoán và thái độ xử trí nghẽn động mạch ngoại vi cấp tính*, Trường đại học Y Hà Nội.
5. I. S. Currie, S. J. Wakelin, A. J. Lee và cộng sự (2007). Plasma creatine kinase indicates major amputation or limb preservation in acute lower limb ischemia. *J Vasc Surg*, 45 (4), 733-739.



# THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI SUY DINH DƯỠNG THỂ THẤP CÒI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI HUYỆN KHOAI CHÂU, TỈNH HUNG YÊN NĂM 2014

Hoàng Minh Chính<sup>1</sup>, Đào Quang Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) và mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Khoai Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng nghiên cứu là những trẻ dưới 5 tuổi và bà mẹ thường trú tại các xã, thị trấn của huyện Khoai Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014.

**Kết quả:** Có 438 đối tượng được phỏng vấn. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm của đối tượng nghiên cứu lần lượt là 15,5%; 23,7%; 6,6%. Một số yếu tố liên quan đến SDD thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi là: tiền sử sinh sản, bệnh tật của trẻ, thời điểm ăn dặm của trẻ không đúng và một số yếu tố từ phía bà mẹ

**Kết luận:** Tỷ lệ SDD chung ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Khoai Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014 giảm so với năm 2013

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, trẻ dưới 5 tuổi, thể thấp còi

## ABSTRACT

### SITUATION OF MALNUTRITION AND FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN KHOAI CHAU DISTRICT, HUNG YEN PROVINCE IN 2014

**Background:** This study was performed with the target: Determination of malnutrition rate and describe factors associated with malnutrition in children under 5 years old in Khoai Chau district, Hung Yen province in 2014.

**Materials and methods:** The study was applied cross – sectional design conducted on childrens under 5 years old and their mothers were living in Khoai Chau district, Hung Yen province.

**Results:** 438 subjects were interview. The proportion of underweight, stunting and wasting was 15.5%; 23.7% and 6.6%. A number of factors related to stunting in children under 5 years old are: reproductive history, children's illness, incorrect feeding time of children and some factors from mothers.

**Conclusion:** The proportion of general malnutrition in under 5-year-old children in Khoai Chau district, Hung Yen province in 2014 is lower than in 2013

**Keywords:** Malnutrition, children under 5 years old, stunting

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng do thiếu protein - năng lượng và các vi chất dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe cộng đồng, gặp ở nhiều nước trên thế giới với tỷ lệ mắc cao ở các nước đang và kém phát triển trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng (SDD) gặp nhiều ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện với các mức độ khác nhau bệnh không những ảnh hưởng đến phát triển thể chất, mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, trí tuệ của trẻ và để lại hậu quả nặng nề cho trẻ và xã hội, trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong.

Tại tỉnh Hưng Yên năm 2013 tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân 13,4%, thể thấp còi 25,1%, thể gầy còm 7,5%. Huyện Khoai Châu năm 2013, theo điều tra của Sở Y tế Hưng Yên và Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh, tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân 15,3%, thể thấp còi 24,8%. Chương trình mục tiêu phòng chống SDD trẻ em đã và đang được triển khai trên toàn huyện, tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi giảm đáng kể nhưng tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi vẫn luôn nằm trong nhóm huyện có tỷ lệ SDD cao và có mức giảm hàng năm thấp. Chính vì vậy, việc đánh giá thực trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi là rất cần

1. Trường Đại học Y dược Hải Phòng

2. Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Chính, Email: [bvtncdt@gmail.com](mailto:bvtncdt@gmail.com)

» Ngày nhận bài: 06/03/2019 | » Ngày phản biện: 11/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 21/03/2019

thiết, giúp cho chính quyền, ngành Y tế và các ban, ngành liên quan của huyện tìm ra những giải pháp hữu hiệu nhằm giảm hơn nữa tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên nói riêng và SDD trẻ em dưới 5 tuổi nói chung.

Xuất phát từ những yêu cầu và thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014”**.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 438 trẻ dưới 5 tuổi và bà mẹ thường trú tại 3 xã được chọn ngẫu nhiên: Đại Tập, Tân Châu, Đại Hưng của huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp điều tra mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập bằng đo trực tiếp

các số đo nhân trắc của trẻ, và phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn của Viện Dinh dưỡng. Sau đó được xử lý bằng chương trình thống kê Y học SPSS 13.0, áp dụng phân tích mô tả tính tần số, tỷ lệ phần trăm và dùng test khi bình phương để so sánh tỷ lệ, tính OR, p để xác định yếu tố nguy cơ.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Khoái Châu - tỉnh Hưng Yên năm 2014

Qua phân tích kết quả nghiên cứu trong tổng số 438 trẻ em dưới 5 tuổi được lựa chọn vào nghiên cứu tại 03 xã chọn ngẫu nhiên trên địa bàn huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên chúng tôi thấy có 270 trẻ nam chiếm tỷ lệ 61,6% và 168 trẻ nữ chiếm tỷ lệ 39,4%, như vậy số trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, điều này phù hợp với tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ trong tổng số 1.388 trẻ dưới 5 tuổi chung ở 03 xã nghiên cứu (nam chiếm 58%; nữ chiếm 42%).

**Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng thể nhẹ cân (cân nặng theo tuổi thấp) ở đối tượng nghiên cứu**

Tình trạng dinh dưỡng (Cân nặng theo tuổi)		Số NC	Tỷ lệ (%)
Trẻ béo phì		14	3,2
Trẻ không SDD		356	81,3
Trẻ SDD		68	15,5
Độ SDD	Độ I	61	13,9
	Độ II	7	1,6
	Độ III	0	0,0

Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của một số tác giả khác cho thấy, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Khoái Châu cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hà Phương (2011), tại

huyện An Dương - thành phố Hải Phòng là 13,1%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Đình Tấn (2013), tại huyện Phù Cừ - tỉnh Hưng Yên là 19,1%.

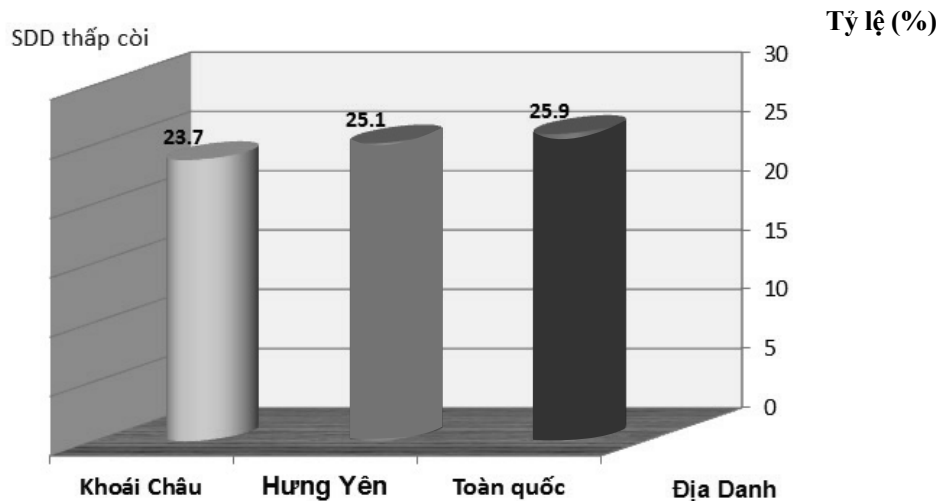
**Bảng 3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi (chiều cao theo tuổi thấp) ở đối tượng nghiên cứu**

Tình trạng dinh dưỡng (chiều cao theo tuổi)		Số NC	Tỷ lệ (%)
Trẻ không SDD		334	76,3
Trẻ SDD		104	23,7
Độ SDD	Độ I	86	19,6
	Độ II	18	4,1
	Độ III	0	0,0



Khi so sánh tỷ lệ SDD thể thấp còi chung của trẻ em dưới 5 tuổi trong nghiên cứu này với tỉnh Hưng Yên và toàn quốc năm 2013 cho ta thấy:

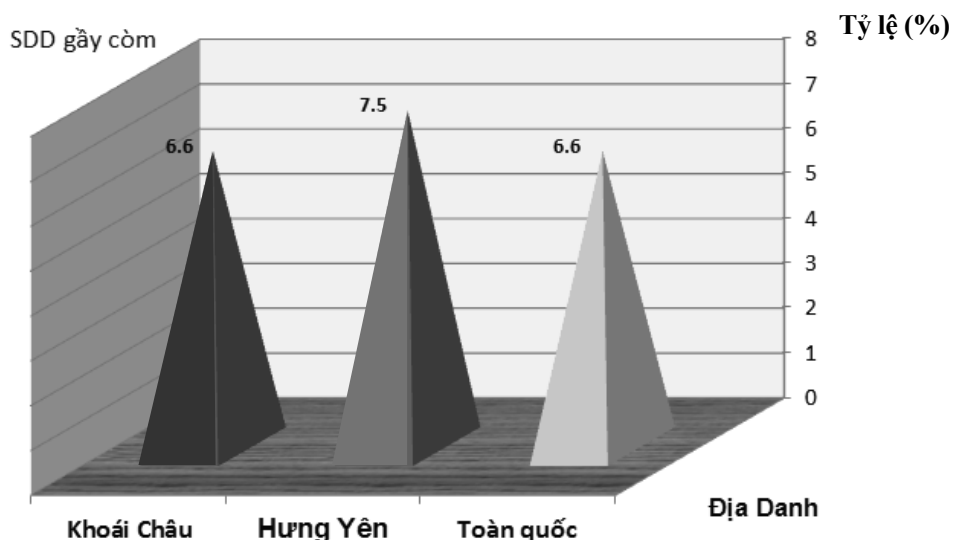
**Hình 3.1. So sánh tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi chung của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Khoái Châu với tỉnh Hưng Yên và toàn quốc**



Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ SDD thể gầy còm chung ở trẻ em dưới 5 tuổi tính theo chỉ tiêu cân nặng/chiều cao của huyện là 6,6% chủ yếu là SDD độ I, không có SDD độ II và độ III.

Khi so sánh tỷ lệ SDD gầy còm chung của trẻ em dưới 5 tuổi trong nghiên cứu này với trong tỉnh Hưng Yên và toàn quốc năm 2013 cho thấy:

**Hình 3.2. So sánh tỷ lệ SDD thể gầy còm chung của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Khoái Châu với tỉnh Hưng Yên và toàn quốc**



Kết quả hình 4.3 cho ta thấy: Tỷ lệ SDD thể gầy còm chung của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Khoái Châu là 6,6% thấp hơn tỷ lệ SDD thể gầy còm chung của trẻ em dưới 5 tuổi trong toàn tỉnh là 7,5% và bằng với tỷ lệ SDD thể gầy còm chung của trẻ em trong toàn quốc là 6,6%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ SDD thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi chúng tôi sắp xếp từ mạnh đến yếu.

**\* Yếu tố từ phía trẻ:**

SDD thể thấp còi liên quan với tiền sử trẻ mắc bệnh tiêu chảy (OR=2,8), trẻ dễ nhẹ cân, thiếu tháng (OR=2,7), tiền sử trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp (OR=1,4).

**\* Yếu tố nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ:**

SDD thấp còi của trẻ có liên quan với thời điểm ăn dặm của trẻ không đúng: Cho trẻ ăn dặm < 4 tháng tuổi (OR=6,0), từ 4- 6 tháng tuổi (OR= 3,8); trẻ được ăn dặm ít bữa ≤ 2 bữa/ngày (OR= 3,4); trẻ được cai sữa mẹ sớm < 18 tháng tuổi (OR=2,8); bà mẹ không nhớ thời gian cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh (OR=2,0).

**\* Yếu tố từ phía mẹ:**

SDD thấp còi ở trẻ có liên quan đến mẹ không được uống viên sắt trong thời gian mang thai (OR=2,5); bà mẹ

không được uống vitamin A liều cao sau sinh (OR=2,4); bà mẹ không ăn muối iod trong thời gian mang thai (OR=2,3); bà mẹ có TTDD gầy (OR= 1,8); bà mẹ có trình độ học vấn thấp từ THCS trở xuống (OR=1,7).

**IV. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ SDD chung ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2014 giảm so với năm 2013

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ SDD thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi: tiền sử trẻ mắc bệnh tiêu chảy, trẻ dễ nhẹ cân, thiếu tháng, tiền sử trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp, thời điểm ăn dặm của trẻ không đúng và một số yếu tố từ dinh dưỡng của bà mẹ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Tổng cục thống kê** (2013) *Báo cáo điều tra đánh giá Các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam*. 217.
2. **Chúc D.V., Hung N.X., Trang V.T. và cộng sự.** (2019). *Nutritional Status of Children Aged 12 to 36 Months in a Rural District of Hungyen Province, Vietnam*. *BioMed Res Int*, 2019, 1–8.
3. **Ferreira C.S., Rodrigues L.A., Bento I.C. và cộng sự.** (2018). *Factors associated with Sisvan Web coverage for children under 5 years of age, in the municipalities of the Regional Health Inspectorate of Belo Horizonte, Brazil*. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*, 23(9), 3031–3040.
4. **Huynh G., Huynh Q.H.N., Nguyen N.H.T. và cộng sự.** (2019). *Malnutrition among 6–59-Month-Old Children at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam: Prevalence and Associated Factors*. *BioMed Res Int*, 2019, 1–8.
5. **Mohseni M., Aryankhesal A., và Kalantari N.** (2019). *Prevention of malnutrition among children under 5 years old in Iran: A policy analysis*. *PLOS ONE*, 14(3),
6. **Neves A.M. và Madruga S.W.** (2019). *Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo\**. *Epidemiol E Serviços Saúde*, 28(1).
7. **Reiher A. và Mohammadnezhad M.** (2019). *A qualitative exploration of behavioral factors affecting mothers of malnourished children under 5 years old in Kiribati*. *F1000Research*, 8, 83.
8. **Stephens K., Orlick M., Beattie S. và cộng sự.** (2019). *Examining Mid-Upper Arm Circumference Malnutrition z-Score Thresholds*. *Nutr Clin Pract*.
9. **Wasihun A.G., Dejene T.A., Teferi M. và cộng sự.** (2018). *Risk factors for diarrhoea and malnutrition among children under the age of 5 years in the Tigray Region of Northern Ethiopia*. *PLOS ONE*, 13(11).
10. **Nguyễn Thị Thanh Uyên.** (2018). *Nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ ở một số trường mầm non trên địa bàn thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai*, Tạp chí Giáo dục, Số đặc biệt tháng 6/2018, tr 126-131.



# THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN VỆ SINH TẠI CÁC NHÀ HÀNG ĂN UỐNG TRÊN ĐỊA BÀN HUYỆN KIẾN THỤY, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2014

Phạm Hồng Thắng<sup>1</sup>, Đào Quang Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng điều kiện vệ sinh tại các nhà hàng ăn uống trên địa bàn huyện Kiến Thụy

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng là 37 nhà hàng ăn uống trên địa bàn huyện Kiến Thụy và hồ sơ giám sát tại nhà hàng và cơ quan quản lý nhà nước.

**Kết quả:** Có 48,6% cơ sở không đạt về các tiêu chí thủ tục hành chính. Về cơ sở hạ tầng có 54,1% cơ sở không đạt. Trang thiết bị, dụng cụ sạch có tới 37,8% không đạt. Về đồ bảo hộ lao động thì 100% CSTP đạt, còn ở CSTD đạt từ 62,2%- 98,4% ở các tiêu chí. Khám sức khỏe, tập huấn kiến thức còn thấp, cao nhất năm 2013 với 72,8%, cho đến 6 tháng năm 2014 là chỉ còn 45,0%.

**Kết luận:** Tỷ lệ cơ sở đạt vệ sinh ở các nhà hàng ăn uống thuộc huyện Kiến Thụy năm 2014 theo QĐ số 41/2005/QĐ-BYT ngày 08/12/2005 còn thấp.

**Từ khóa:** Tiêu chuẩn, nhà hàng ăn uống, đạt vệ sinh.

## ABSTRACT

### SITUATION OF HYGIENE CONDITIONS AT RESTAURANTS IN KIEN THUY DISTRICT, HAI PHONG CITY IN 2014

**Background:** This study was performed with the target: Describe the current situation in the hygiene conditions at restaurants in Kien Thuy district, Hai Phong City.

**Materials and methods:** The study describes cross-cutting with objects of 37 restaurants in Kien Thuy district and monitoring records at restaurants and state management agencies.

**Results:** 48.6% of establishments did not meet the administrative procedure criteria. Regarding infrastructure, 54.1% of establishments did not meet the standards.

1. Trường Đại học Y dược Hải Phòng

2. Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Thắng, Email: bvtncdt@gmail.com

Cleaning equipment and tools up to 37.8% failed. Regarding labor protection, 100% of CSTP is achieved, while in CSTDs, 62.2% - 98.4% in the criteria. Health examination, knowledge training is still low, the highest in 2013 with 72.8%, until 6 months of 2014, only 45.0%.

**Conclusion:** Percentage of facilities with sanitary equipment in a restaurant in Kien Thuy district in 2014 according to Decision No. 41/2005 / QĐ-BYT dated 8/12/2005.

**Keywords:** Standard, restaurant, hygienic

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, vấn đề an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của mỗi cá nhân, mỗi gia đình, mỗi quốc gia và còn là vấn đề quan tâm của toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGTG): Hàng năm trên thế giới có khoảng 3 - 5 tỷ người bị tiêu chảy, có 3 - 5 triệu người chết [1]. Tại Hải Phòng, theo thống kê của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm trong 2 năm liên tiếp với 94 vụ với 250 người mắc (năm 2010) và 98 vụ với 350 người mắc (năm 2011) [2]. Huyện Kiến Thụy là một huyện ven đô về phía Đông Nam thành phố Hải Phòng với diện tích 102,56 km<sup>2</sup>, với dân số trên 12,5 vạn người. Hàng năm trên địa bàn huyện đều xảy ra các vụ ngộ độc thực phẩm, các vụ dịch tiêu chảy cấp do phẩy khuẩn tả. Trên thực tế huyện Kiến Thụy cho đến nay chưa có số liệu điều tra đánh giá đầy đủ về tình hình an toàn thực phẩm tại các nhà hàng ăn uống [3].

Xuất phát từ thực tiễn yêu cầu nhằm cải thiện tình trạng an toàn thực phẩm trên địa bàn huyện, chúng tôi nghiên cứu đề tài: “*Thực trạng điều kiện vệ sinh và kiến thức thực hành của người phục vụ tại các nhà hàng ăn uống huyện Kiến Thụy Hải Phòng năm 2014*”

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 37 nhà hàng có phục vụ ăn uống cố định và hồ sơ giám sát tại nhà hàng và cơ quan quản lý nhà nước thuộc huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng từ 1/2014 đến 11/2014.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp điều tra mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập bằng cách quan sát và đánh giá theo bảng kiểm được xây dựng dựa theo *QĐ số 41/2005/QĐ-BYT ngày 08/12/2005*. Sau đó được xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0 để mô tả tính tần số, tỷ lệ phần trăm và dùng thuật toán  $\chi^2$  để so sánh tỷ lệ với mức ý nghĩa thông kê  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ

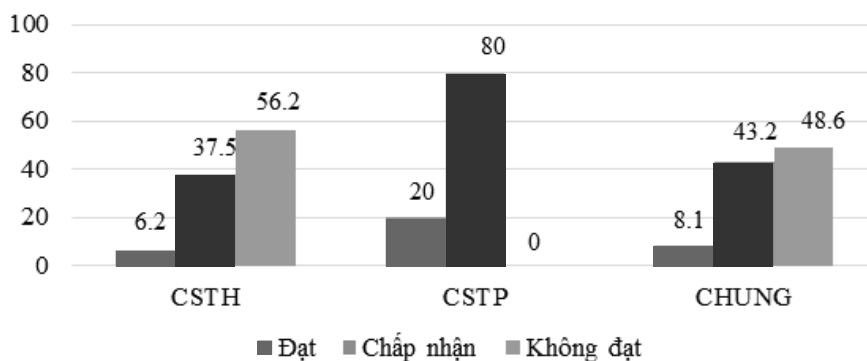
### 3.1. Đặc điểm chung các nhà hàng ăn uống

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 37 nhà hàng ăn uống bao gồm: 32 cơ sở tuyến huyện (CSTH) và 5 cơ sở tuyến thành phố (CSTP) được thực hiện khảo sát. Cho thấy diện tích trung bình phòng chế biến của các nhà hàng ăn uống là  $26,1 \pm 8,4 \text{ m}^2$ , trong đó diện tích trung bình ở nhà hàng ăn uống tuyến huyện ( $24,3 \pm 7,4 \text{ m}^2$ ) và nhà hàng tuyến thành phố ( $73,0 \pm 5,7 \text{ m}^2$ ). Diện tích trung bình phòng ăn của các nhà hàng ăn uống là  $94,8 \pm 20,2 \text{ m}^2$ , trong đó diện tích trung bình phòng ăn ở nhà hàng ăn uống tuyến huyện và tuyến thành phố lần lượt là: ( $83,7 \pm 43,7 \text{ m}^2$ ) và ( $166,0 \pm 102,4 \text{ m}^2$ ).

Số lượng nhân viên trung bình ở nhà hàng ăn uống là  $9,4 \pm 5,3$  người, ở nhà hàng ăn uống tuyến huyện có số lượng nhân viên trung bình ( $6,3 \pm 2,5$  người) và ở tuyến thành phố ( $29,0 \pm 4,5$  người).

### 3.2. Đặc điểm về thủ tục hành chính

Hình 3.1. Đánh giá tiêu chí về thủ tục hành chính

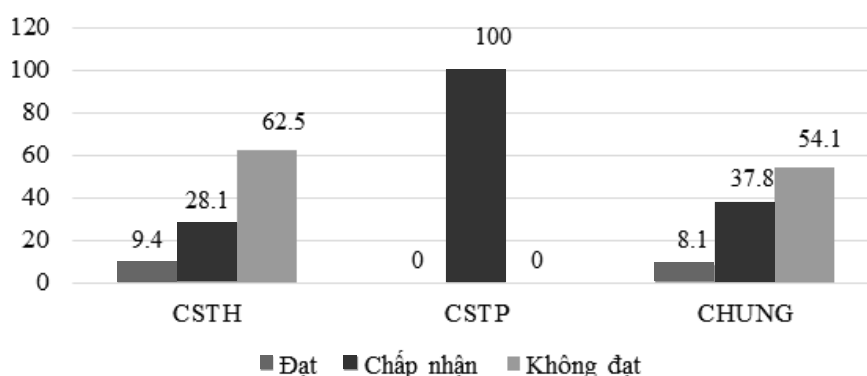


Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 37 cơ sở nhà hàng ăn uống thì ở CSTP có 20% nhà hàng đạt các tiêu chí về thủ tục hành chính, 80% ở mức được chấp nhận và không có nhà hàng ăn uống nào không đạt các tiêu chí về thủ tục hành chính. Trong đó, ở CSTH chỉ có 6,2% nhà

hàng đạt, 37,5% ở mức chấp nhận và có tới 56,2% nhà hàng ăn uống không đạt về thủ tục hành chính. Tỷ lệ chung về mức độ đạt, chấp nhận và không đạt của các cơ sở lần lượt là: 8,1%, 43,2 và 48,6%.

### 3.3. Thực trạng cơ sở hạ tầng của cơ sở

Hình 3.2. Đánh giá về thực trạng cơ sở hạ tầng



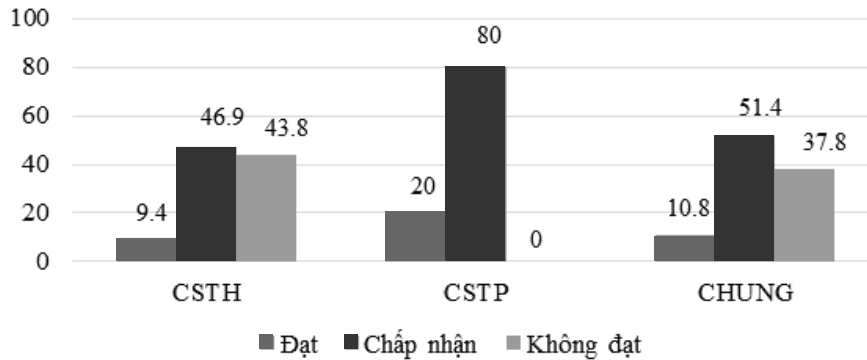


Từ hình 3.2, ta thấy 100% các cơ sở tuyến thành phố đạt mức chấp nhận về cơ sở hạ tầng, trong khi đó ở cơ sở tuyến huyện thì tỉ lệ đạt và chấp nhận được về cơ sở hạ tầng lần lượt là 9,4% và 46,9%. Còn lại có tới

62,5% cơ sở tuyến huyện không đạt về các tiêu chuẩn cơ sở hạ tầng.

**3.4. Thực trạng cơ sở có trang thiết bị, dụng cụ sạch nơi chế biến và phân phối thực phẩm**

**Hình 3.3. Đánh giá về thực trạng trang thiết bị và dụng cụ**



Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện quan sát 37 cơ sở nhà hàng ăn uống cho thấy, ở các cơ sở tuyến thành phố thì 100% các cơ sở đều ở mức đạt và chấp nhận được về các tiêu chuẩn trang thiết bị, dụng cụ sạch nơi chế biến và phân phối thực phẩm. Bên cạnh đó, có tới

43,8% cơ sở tuyến huyện không đạt về các tiêu chuẩn trên, tỉ lệ đạt và chấp nhận được ở cơ sở tuyến huyện là 9,4% và 46,9%.

**3.5. Thực trạng cơ sở có bảo hộ lao động cho người phục vụ**

**Bảng 3.1. Tỷ lệ cơ sở có bảo hộ lao động cho người phục vụ.**

Tiêu chí	KQNC		CSTH (n=32)		CSTP (n=5)		Chung (n=37)		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)			
Tạp dề ( hoặc trang phục riêng)	30	93,7	5	100,0	35	96,8	>0,05		
Khẩu trang	25	78,2	5	100,0	30	81,1	>0,05		
Mũ	18	56,2	5	100,0	23	62,2	>0,05		
Găng tay sạch	31	96,9	5	100,0	36	98,3	>0,05		

Chúng tôi thực hiện quan sát về bảo hộ lao động cho người phục vụ, kết quả được thể hiện trên bảng 3.1 ta thấy, 100% cơ sở tuyến thành phố có trang bị đầy đủ các loại bảo hộ lao động cho người phục vụ. Nhưng ở cơ sở tuyến huyện chỉ có 93,7% cơ sở trang bị tạp dề (hoặc trang phục

riêng) cho người phục vụ, 96,9% có găng tay sạch, 78,2% được trang bị khẩu trang, và chỉ có 56,2% được trang bị mũ. Không có sự khác biệt giữa các cơ sở tuyến thành phố và huyện về bảo hộ lao động cho người phục vụ, với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.2. Thực trạng tổ chức khám sức khỏe, tập huấn kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm cho các cơ sở**

Năm	KQNC		CSTH (n=32)		CSTP (n=5)		Chung (n=37)		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
2012	18	56,3	3	60,0	21	58,1		>0,05	
2013	21	65,6	4	80,0	25	72,8		>0,05	
6 tháng 2014	16	50,0	2	40,0	18	45,0		>0,05	

Công tác triển khai tổ chức tập huấn kiến thức ATVSTP và khám sức khỏe cho các cơ sở nhà hàng, quán ăn của cơ quan quản lý nhà nước năm 2013 là cao nhất (72,8%), năm 2012 (58,1%) và thấp nhất là 6 tháng năm 2014 chỉ đạt 45,0%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành khảo sát toàn bộ 37 nhà hàng ăn uống trên địa bàn huyện Kiên Thụy cho thấy như sau:

##### 4.1. Đặc điểm chung các nhà hàng ăn uống

Qua khảo sát cho thấy diện tích trên đáp ứng phù hợp với lượng khách có của nhà hàng. Các nhà hàng do tuyến thành phố quản lý thường có quy mô lớn, đầu tư cơ sở vật chất, cảnh quan môi trường đẹp và khang trang hơn các cơ sở nhà hàng tuyến huyện. Số lượng nhân viên trung bình tại 2 tuyến đảm bảo phù hợp phục vụ khách, trung bình dao động từ 8 người – 10 người.

##### 4.2. Thực hiện các yêu cầu về thủ tục hành chính

Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy số cơ sở chế biến thực phẩm đạt về thủ tục hành chính mới chỉ đạt 8,1%; số cơ sở đạt điểm chấp nhận được chiếm tỷ lệ 43,2%; số cơ sở không đạt về chỉ tiêu hành chính chiếm tỷ lệ 48,6% trong đó tuyến huyện không đạt chiếm 56,2% tuyến thành phố không có cơ sở nào là không đạt. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ của thành phố Hải Dương (cơ sở đạt về thủ tục hành chính 18,5%, cơ sở không đạt chiếm 29,3%) – nghiên cứu của Phạm Duy Tuyền năm 2010 [4]. Có thể sự tham gia của chính quyền chưa thật sự quyết liệt do vậy việc thực hiện của các cơ sở chưa được đầy đủ.

##### 4.3. Cơ sở hạ tầng tại các nhà hàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy cơ sở hạ tầng, trang thiết bị của các cơ sở tuyến thành phố thường được đầu tư đầy đủ tốt hơn tuyến huyện. Tỷ lệ chung đạt các tiêu chí về cơ sở hạ tầng chiếm 8,1%. Tuy nhiên còn tồn tại số cơ sở không đạt về chỉ tiêu cơ sở hạ tầng là 54,1%,

tập trung nhiều ở các nhà hàng tuyến huyện (62,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn thành phố Hải Dương (tỷ lệ đạt về cơ sở hạ tầng chiếm 21,10%) – nghiên cứu của Phạm Duy Tuyền năm 2010 [4]. Nguyên nhân có thể là do một số cơ sở nhà hàng phải thuê địa điểm kinh doanh, thời gian cho thuê ngắn do vậy khó khăn trong việc đầu tư cải tạo, nâng cấp nhà hàng.

##### 4.4. Trang thiết bị, dụng cụ sạch nơi chế biến và chia thức ăn chín của nhà hàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các cơ sở đạt điểm sử dụng dụng cụ sạch nơi chế biến và chia thức ăn chín. Tỷ lệ chung ở mức đạt (16/16 điểm) 10,8% (hình 3.3), mức chấp nhận được (12 điểm < 16 điểm) chiếm 51,4%. Tỷ lệ không đạt chiếm 37,8%. Khi dụng cụ bị nhiễm vi khuẩn sẽ gây nhiễm khuẩn trực tiếp cho thực phẩm. Đây là con đường gây ô nhiễm thực phẩm nhanh nhất, ngắn nhất. Vì vậy dụng cụ sạch để chế biến, ăn uống là khâu không thể thiếu được trong đảm bảo VSATTP [2].

##### 4.5. Thực trạng nhà hàng ăn uống có bảo hộ lao động cho người phục vụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% CSTP trang bị đầy đủ các loại bảo hộ lao động cho người phục vụ. Nhưng ở CSTH chỉ có 93,7% cơ sở trang bị tạp dề (hoặc trang phục riêng) cho người phục vụ, và loại bảo hộ là mũ chiếm tỷ lệ thấp nhất 56,2% các cơ sở có bảo hộ khi chế biến, cung cấp thực phẩm tại các nhà hàng thực hiện chưa cao (bảng 3.5). Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ tại thành phố Hà Nội (77,0%), thành phố Hải Dương (60,4%) – Nghiên cứu của Phạm Duy Tuyền năm 2010 [4]. Tỷ lệ này cho thấy việc có các bảo hộ lao động cho người phục vụ tại các nhà hàng huyện Kiên Thụy không thường xuyên và không đầy đủ.

##### 4.6. Công tác tổ chức khám sức khỏe, tập huấn kiến thức an toàn vệ sinh thực phẩm cho các cơ sở

Công tác tập huấn ATVSTP ngày càng khẳng định



được tầm quan trọng trong phòng ngừa ngộ độc thực phẩm bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hàng năm công tác tổ chức tập huấn chủ yếu thực hiện tại các cơ sở do tuyến thành phố và tuyến huyện quản lý đạt tỷ lệ từ (58,1 – 72,8%). Tuy nhiên, công tác tuyên truyền, phổ biến kiến thức và pháp luật chưa thường xuyên. Nội dung tuyên truyền giáo dục chưa chuyên sâu cho các nhóm đối tượng; chưa chú trọng việc giáo dục đạo đức kinh doanh và ý thức trách nhiệm của người sản xuất,

kinh doanh thực phẩm đối với cộng đồng [5].

#### IV. KẾT LUẬN

Đặc điểm về thủ tục hành chính có 48,6% cơ sở không đạt, 54,1% không đạt về cơ sở hạ tầng, 37,8% không đạt về các tiêu chí trang thiết bị, dụng cụ sạch.

Bảo hộ lao động còn một số cơ sở tuyến huyện chưa đạt. Khám sức khỏe, tập huấn kiến thức còn thấp, cao nhất năm 2013 là 72,8%, 6 tháng năm 2014 chỉ là 45,0%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williams P.J. (2012).** Food toxicity and safety. .
2. Bộ Y tế, Cục An toàn vệ sinh thực phẩm (2012), *Tình hình an toàn thực phẩm - Ngộ độc thực phẩm*, 2
3. **Vũ Thị Hải Phương, (2011).** *Thực trạng nhiễm vi khuẩn thức ăn tại quán ăn đường phố ở ba phường thuộc quận Lê Chân thành phố Hải Phòng năm 2011*, Luận văn thạc sỹ y học, 28-44
4. **Phạm Duy Tuyền (2010).** *Thực trạng ATVSTP và công tác quản lý một số cơ sở dịch vụ ăn uống công cộng tại địa bàn thành phố Hải Dương*, Luận văn chuyên khoa cấp II, 22-63.
5. **Phạm Xuân Đà (2007).** Đánh giá hoạt động tuyên truyền về an toàn thực phẩm trên một số phương tiện thông tin đại chúng quý I năm 2007. *Tạp chí Y học thực hành*, **572**, 47–50.

**T**ạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

**I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.**

**1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.**

**2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.**

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

**3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.**

**4. Trình tự các mục trong bài:**

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

**Kết luận.**

**Tài liệu tham khảo**

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (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](mailto:info@medicomgroup.vn)  
Website: <http://medicomgroup.vn>