

VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG & Y TẾ CÔNG CỘNG, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Địa chỉ: Nhà A7, Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

Website: <https://spmph.edu.vn>



MEDICAL

BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY

Địa chỉ: Số 304 A Lê Lợi - Sơn Tây - Hà Nội

Website: <https://benhviendakhoasontay.vn>



Y HỌC
CÔNG ĐỒNG

VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023

ISSN 2354-0613

Y HỌC CÔNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE



**SỐ CHUYÊN ĐỀ
QUẢN LÝ Y TẾ VÀ SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG**

VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023



Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam	Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health	Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam	Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam	Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association	Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health	Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam, Vietnam Military Medical University	Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University	Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam	Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam	Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam	Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam	Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam	Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University	Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi	Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health	Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University	

Secretary

Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University	Dao Thi Mai Huong - National Children's Hospital, Vietnam
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam	Ngo Thi Tam - Thang Long University, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam	Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs.

VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available.

Any suitable manuscript followed the journal's scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief.

Further Information is available through the journal website: <https://tapchihcd.vn>

Publication Permit No. 229/GP-BTTTT issued on June 19, 2013. Printed at Tan Hue Hoa Printing House, Phuc Dien ward, Bac Tu Liem district, Hanoi, Vietnam. Legal Deposit: May 2023

GENERAL

Types of article

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been "spell checked" and "grammar checked"; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION

Double-blind review

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of").

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: "... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result ...".

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Epotosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.

SỔ CHUYÊN ĐỀ QUẢN LÝ Y TẾ VÀ SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

BAN BIÊN TẬP

1. TS.BS. ĐẶNG ĐỨC HOÀN
2. BS.CK2. PHẠM TIẾN DUNG
3. THS.BS. NGUYỄN VĂN QUANG
4. GS.TS. LÊ THỊ HƯƠNG
5. PGS.TS. NGUYỄN ĐĂNG VŨNG
6. PGS.TS. KIM BẢO GIANG
7. PGS. TS. NGÔ VĂN TOÀN
8. PGS.TS. ĐỖ THỊ THANH TOÀN
9. PGS.TS. TRẦN QUỲNH ANH

BAN THƯ KÝ

1. BS. HOÀNG MẠNH HÙNG
2. BS.CK1 VŨ ĐỨC MINH
3. THS.BS. ĐỖ MẠNH THẮNG
4. BS.CK1 NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG
5. BS.CK1 PHÙNG THỊ MỸ ANH
6. THS.DS. NGUYỄN THỊ HUYỀN THƯƠNG
7. THS. KỸ SƯ ĐỖ TUẤN LONG
8. THS. BÙI VIỆT ÁNH
9. THS. PHẠM THỊ THU TRANG

CONTENTS**Research Paper**

- 1. Nghiên cứu nồng độ anti Sars - Cov-2 IGG và các yếu tố liên quan ở nhân viên y tế sau tiêm vắc xin Covid 19 tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây** 1
Research on SARS - COV-2 IGG antibody level and related factors among health workers after Covid-19 vaccination at Son Tay general Hospital
Đặng Đức Hoàn, Đỗ Mạnh Thắng, Phạm Tiến Dung, Nguyễn Văn Quang, Vương Đình Hà
- 2. Thực trạng điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể bệnh viện công lập tuyến thành phố Hà Nội năm 2022** 9
Food safety conditions in institutional kitchens of public hospitals in Hanoi in 2022
Vũ Cao Cương, Trần Thị Nhị Hà, Lê Thị Hương, Vũ Đức Minh, Nguyễn Thị Thu Hà
- 3. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022** 17
Current situation of medical solid waste management at Son Tay general Hospital, Hanoi in 2022
Nguyễn Văn Quang, Nguyễn Đăng Vũng, Nguyễn Thị Như Hoa, Đặng Quang Tân, Lý Việt Bằng, Trần Thị Thúy Thanh
- 4. Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường typ 2 tại phòng khám Đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022** 24
Situation of management of persons with type 2 diabetes at Minh Quang area, Ba Vi district, Hanoi in 2022
Nguyễn Bá Minh, Chu Văn Thắng, Trần Thị Nhị Hà, Chu Văn Thanh
- 5. Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại phòng khám Đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội năm 2022 và một số yếu tố liên quan** 34
The situation of hypertension management in the general clinic and some associated factors in Tan Linh area, Ba Vi district, Hanoi city in 2022
Nguyễn Quang Cần, Chu Văn Thắng, Trần Thị Nhị Hà, Chu Văn Thanh
- 6. Kết quả quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở của huyện Đan Phượng năm 2022** 43
Results of management and treatment of hypertensive patients at the grassroots health level of Dan Phuong district in 2022
Nguyễn Văn Long, Lê Thị Thanh Xuân, Vũ Đức Cảnh, Trần Thị Nhị Hà, Đỗ Thị Thu Hà
- 7. Mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Đan Phượng, giai đoạn 2019 - 2022** 52
Disease pattern of inpatient of Dan Phuong general Hospital in 2019-2022
Đinh Thị Bích Hoài, Quách Duy Kỳ, Đặng Quang Tân, Nguyễn Thị Thùy Linh, Đỗ Thị Thanh Toàn
- 8. Thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh khám, chữa bệnh tại phòng khám Đa khoa Lê Lợi, Trung tâm Y tế Sơn Tây năm 2022** 60
Practice of antibiotic use of patients at Le Loi general Clinic, Son Tay district health Center in 2022
Lê Minh Đức, Nguyễn Thị Hoài Thu, Trần Minh Tuấn, Phùng Thanh Hùng, Đặng Đức Hoàn
- 9. Kiến thức và thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm của người chế biến thực phẩm bếp ăn bán trú trường mầm non tại thị xã Sơn Tây, Hà Nội năm 2022** 67
Food safety knowledge and practices of food processors at kindergartens in Son Tay, Hanoi in 2022
Vũ Đức Minh, Đặng Đức Hoàn, Phạm Tiến Dung, Lê Thị Hương, Hoàng Trường Giang, Nguyễn Thị Thu Hà, Vũ Cao Cương, Nguyễn Văn Nam

10. **Thực hành sử dụng kháng sinh và một số yếu tố liên quan của người bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022** 74
Practice of antibiotics use and associated factors among patients in Son Tay general Hospital in 2022
Hoàng Đức Thọ, Nguyễn Thị Hoài Thu, Bùi Thị Mỹ Anh
11. **Mô hình bệnh tai mũi họng tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm, Hà Nội từ năm 2017 đến năm 2022** 82
The pattern of ENT diseases of inpatient treatment, at Gia Lam district general Hospital, Hanoi from 2017 to 2022
Đỗ Ngọc Phan, Kim Bảo Giang, Trần Thị Nhị Hà, Vũ Quang Hiếu, Vũ Quang Hiến, Phan Thị Thanh Bình, Phạm Tiến Dung, Đoàn Thị Thu Huyền
12. **Kiến thức, thái độ về sử dụng kháng sinh của bác sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022** 88
Knowledge and attitude about antibiotic use among clinicians at Son Tay general Hospital in 2022
Phạm Kiên Trung, Bùi Văn Tùng, Trần Quỳnh Anh
13. **Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022** 95
Status of management of hypertensive patients in outpatient treatment at Son Tay general Hospital, Hanoi in 2022
Vũ Thanh Đoàn, Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Thủy Tiên, Vũ Mai Quỳnh
14. **Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú Ba Vì trong bối cảnh dịch Covid-19 giai đoạn từ tháng 9/2021 đến tháng 3/2022** 102
Situation of ARV compliance and some related factors at Ba Vi outcomplete clinic in the confidence of Covid-19 phase from september 2021 to march 2022
Nguyễn Thị Minh Hương, Lê Thị Hương, Lê Minh Giang
15. **Năng lực ứng phó với đại dịch Covid-19 của nhân viên y tế tại trung tâm y tế một huyện ngoại thành thành phố Hà Nội năm 2022** 108
Covid-19 Pandemic response capacity of health workers at a suburban district health center, Hanoi city in 2022
Kiều Văn Thủy, Trương Việt Dũng
16. **Kiến thức, thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ trạm y tế xã tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội năm 2022** 114
Knowledge, practice on management of hypertensive disease of commune health station staff in Thạch That district, Hanoi in 2022
Cần Thị Nhung, Phạm Bích Diệp, Nguyễn Đình Hưng, Kiều Văn Trí, Hoàng Thị Phương Thảo
17. **Mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì, Hà Nội giai đoạn 2017-2021** 123
Disease patterns of inpatients and medical examination activities at Ba Vì district general Hospital, Hanoi period 2017-2021
Nguyễn Thanh Sơn, Chu Văn Thăng, Đặng Đức Hoàn, Nguyễn Đình Hưng, Chu Văn Thanh
18. **Tác động của dịch covid-19 đến tâm lý cán bộ y tế ở Bệnh viện Đa khoa Đức Giang và Bệnh viện Thanh Nhân** 133
Impact of covid-19 on the psychology of healthcare workers at Duc Giang general Hospital and Thanh Nhan Hospital
Hoàng Thế Hùng, Lê Minh Giang, Đặng Quang Tân, Nguyễn Thị Thùy Linh, Lê Thị Quỳnh Trang
19. **Nhu cầu đào tạo liên tục về phòng chống dịch của cán bộ y tế xã của huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội năm 2022** 141
Continuous training demands on evidence prevention of commune health stations in Thạch That district, Hanoi city in 2022
Nguyễn Tuấn Quang, Nguyễn Văn Hiến, Phạm Bích Diệp, Đỗ Thị Thu Hà, Kiều Đăng Quyền

20. Thực trạng hài lòng của người bệnh về dịch vụ nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022	148
The status of patient satisfaction about gastrointestinal endoscopy service at Son Tay general Hospital, Hanoi in 2022	
<i>Hồ Thị Xuân, Hà Thị Minh Ngọc, Nguyễn Hữu Liễn, Nguyễn Thị Thúy Hạnh</i>	
21. Cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022	158
Structure of illnesses of inpatients treatment at Son Tay general Hospital, Hanoi city in 2022	
<i>Lã Hữu Lượng, Nguyễn Minh Sơn, Hoàng Mạnh Hùng</i>	
22. Thực trạng và các giải pháp về tương tác thuốc bất lợi trên lý thuyết từ danh mục thuốc của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2020	165
Situation and solutions on theoretical adverse drug interactions from the list of drugs of Son Tay general Hospital in 2020	
<i>Nguyễn Thị Huyền Thương, Tô Hoài Nam, Nguyễn Văn Quang, Phạm Tiến Dung, Hoàng Mạnh Hùng</i>	
23. Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng viên cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022	172
The situation of health education of nurses for inpatient treatment at Son Tay general Hospital in 2022	
<i>Hoàng Thị Vân Anh, Hoàng Mạnh Hùng, Hoàng Tiến Thắng, Nguyễn Thị Thanh Thúy</i>	
24. Thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất và kiến thức, thái độ của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2020	180
Current status of equipment, facilities and knowledge, attitude of medical staff in implementing some standard preventive measures at Son Tay general Hospital in 2020	
<i>Đặng Đức Hoàn, Nguyễn Văn Quang, Nguyễn Thị Như Hoa, Phùng Thị Mỹ Anh, Vũ Đức Minh</i>	
25. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế một số khoa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022	189
The situations and some factors related to the prevention of surgical site infection knowledge of healthcare workers in some departments of Son Tay general Hospital in 2022	
<i>Nguyễn Thị Như Hoa, Đặng Đức Hoàn, Phùng Thị Mỹ Anh, Nguyễn Thị Thu Phương, Hoàng Mạnh Hùng</i>	
26. Nghiên cứu mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2016-2021	197
The neonatal morbidity pattern in Son Tay general Hospital from 2016 to 2021	
<i>Nguyễn Thị Thu Phương, Vũ Duy Hưng, Vương Đình Hà, Vũ Đức Minh, Đỗ Mạnh Thắng</i>	
27. Nghiên cứu mô hình bệnh tật, tử vong và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây từ 2015 - 2019	206
Researching the morbidity and mortality pattern and medical activities in Son Tay general Hospital from 2015 - 2019	
<i>Đặng Đức Hoàn, Vũ Duy Hưng, Phạm Tiến Dung, Đỗ Mạnh Thắng, Phùng Thị Mỹ Anh</i>	
28. Kết quả điều trị ung thư hắc tố tái phát - di căn bằng Pembrolizumab đơn thuần và quản lý độc tính của phác đồ tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 2017 - 2021	215
Results of treatment of recurrent - metastatic melanoma with Pembrolizumab alone and toxicity management the regimen at Hanoi Oncology Hospital from 2017 to 2021	
<i>Nguyễn Khánh Hà, Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Bùi Việt Ánh</i>	
29. Mối liên quan giữa nồng độ bụi PM2.5 Và nhập viện do bệnh hô hấp của trẻ em dưới 5 tuổi ở Hà Nội giai đoạn 2017-2019	222
The association between PM2.5 Dust concentration and hospitalization for respiratory diseases among children under 5 years old in Hanoi during the period of 2017-2019	
<i>Trần Quỳnh Anh, Lê Vũ Thúy Hương, Nguyễn Thị Phương Oanh, Bùi Văn Tùng, Đặng Quang Tân, Ngô Văn Toàn, Hoàng Thị Thu Hà, Chu Thị Hương</i>	

30. **Mức độ lo lắng của người bệnh và một số yếu tố liên quan trước khi thực hiện thủ thuật chụp - can thiệp mạch vành tại đơn vị can thiệp nội mạch Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh** 229
 Survey the levels of patients' anxiety and some factors related before the implementation of catching circuit interventions at the endovascular intervention unit, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city
Trần Hòa, Nguyễn Minh Đạt, Nguyễn Thị Diệp, Dương Quốc Văn, Trần Thị Thanh Tâm
31. **Đánh giá kết quả chương trình can thiệp sớm trong 2 năm đầu đời cho trẻ có nguy cơ cao tại tỉnh Khánh Hòa** 237
 Results of the early intervention program in the first 2 years of life for high-risk children in Khanh Hoa province
Phan Hữu Chính, Trần Lan Anh, Trần Thị Mỹ Tuyết, Nguyễn Hùng Rin, Phạm Thị Thu Thúy, Nguyễn Thị Huyền Trang, Biện Thị Thùy Dung, Đào Thị Bích Hiền
32. **Nghiên cứu mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với bệnh lý võng mạc mắt ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị nội trú** 244
 Study on the association between risk factors and diabetic retinopathy in type 2 diabetic patients undergoing inpatient treatment
Đinh Thị Phương Thủy, Phạm Tiến Đạt, Nguyễn Đức Long, Đỗ Đình Tùng
33. **Hình ảnh siêu âm và một số yếu tố tiên lượng trong dị dạng bạch mạch dạng nang** 252
 Ultrasound findings and prognosis factors in prenatal diagnosis of cystic hygroma
Trần Danh Cường, Nguyễn Xuân Sang
34. **Nghiên cứu kết quả thai nghén ở các trường hợp có nhịp chậm trên biểu đồ nhịp tim thai không kích thích** 259
 Research results of pregnancy outcomes among patient's with slow fetal heart rate without on cardiotocography
Cao Văn Hùng, Trần Danh Cường
35. **Nghiên cứu chẩn đoán trước sinh và tình trạng sau sinh của các trường hợp bất sản thể chai tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 266
 Research on prenatal diagnosis and postpartum status of cases of agenesis of corpus callosum at the Prenatal Diagnosis Center of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology
Trần Danh Cường, Nguyễn Thị Thùy Dương, Lưu Thị Hồng Mai
36. **Đánh giá tình trạng di căn hạch trung tâm của vi ung thư tuyến giáp thể nhú CN0** 273
 Evaluation of central lymph node metastasis for papillary thyroid microcarcinoma in CN0
Đỗ Thành Công
37. **Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương** 278
 Surgical outcomes of follicular thyroid cancer in national Hospital of Endocrinology
Đỗ Thành Công
38. **Thực trạng người khuyết tật đến khám giám định tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội năm 2019** 284
 The Situation of people with disabilities assessed at the Hanoi Medical Assessment Center in 2019
Nguyễn Hồng Hiền, Đặng Văn Châu, Đặng Đức Nhu, Nguyễn Thành Chung
39. **Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt điều trị ngoại trú tại viện Huyết học-Truyền máu Trung ương, năm 2022** 291
 The situation of compliance to treatment of outpatients with chronic myeloid leukemia at National institute of Hematology and Blood transfusion, in 2022
Trần Thị Lý, Lê Văn Nhân, Cao Sỹ Trung, Trần Quốc Thắng, Đào Văn Dũng

RESEARCH ON SARS - COV-2 IGG ANTIBODY LEVEL AND RELATED FACTORS AMONG HEALTH WORKERS AFTER COVID-19 VACCINATION AT SON TAY GENERAL HOSPITAL

Dang Duc Hoan*, Do Manh Thang, Pham Tien Dung, Nguyen Van Quang, Vuong Dinh Ha

Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objective: Studying anti-SARS-CoV-2 IgG levels and related factors in healthcare workers after Covid-19 vaccination at Son Tay General Hospital and finding out factors related to anti-SARS-CoV levels - 2 IgG in the above subjects.

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on medical staff of Son Tay General Hospital who voluntarily provided blood samples for anti-SARS CoV-2 antibody testing.

Results: Out of 76 health care workers received 2 or 3 doses of the vaccine. The average age of medical staff whose blood was taken for antibody testing was: 41.6 ± 7.6 . The age range varied from 25 to 58 years, with women constituting the majority at 56.6%. The majority of employees fell into the underweight BMI category (18 – 23.5), accounting for 64.5%. The majority of employees received the 3rd injection, accounting for 96.1%; mean concentration is 369.88 mg/UI and standard deviation is 355,499 mg/UI, Min value is 17.11 mg/UI and Max is 1628.29 mg/UI

Conclusion: The cut off threshold for antibody concentration: 679.52 mg/UI, the risk of Covid infection after vaccination was higher in the group with concentrations below this threshold of 73%. The group that received mixed vaccines exhibited higher antibody concentrations compared to the group that received a homogenous vaccine, with a statistically significant difference ($p = 0.03$). Age, BMI, and antibody levels following vaccination were identified as factors associated with the risk of Covid infection.

Keywords: Covid -19, anti SARS CoV-2 IgG; Vaccine; Mixed injection, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author
Email address: Drdang@gmail
Phone number: (+84) 912 126 506



NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ANTI SARS - COV-2 IGG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN Y TẾ SAU TIÊM VẮC XIN COVID 19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY

Đặng Đức Hoàn*, Đỗ Mạnh Thắng, Phạm Tiến Dung, Nguyễn Văn Quang, Vương Đình Hà

Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nồng độ anti SARS – CoV-2 IgG và các yếu tố liên quan ở nhân viên y tế sau tiêm vắc xin Covid 19 tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nồng độ anti SARS – CoV- 2 IgG ở những đối tượng trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những nhân viên y tế của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây tình nguyện lấy mẫu máu làm xét nghiệm kháng thể anti SARS CoV-2

Kết quả: Trong số 76 nhân viên y tế y tế được tiêm 2 hoặc 3 mũi vắc xin. Độ tuổi trung bình của nhân viên y tế được lấy máu xét nghiệm nồng độ kháng thể là: $41,6 \pm 7,6$; tuổi thấp nhất là 25 và cao nhất là 58 tuổi; nữ giới chiếm phần lớn với 56,6%. BMI chủ yếu là thiếu cân: (18 – 23,5) chiếm 64,5%; phần lớn nhân viên được tiêm mũi thứ 3 chiếm 96,1%; nồng độ trung bình là 369,88 mg/UI và độ lệch chuẩn là 355,499 mg/UI, giá trị Min là 17,11 mg/UI và Max là 1628,29 mg/UI

Kết luận: Ngưỡng cut off nồng độ kháng thể: 679,52 mg/UI thì nguy cơ nhiễm Covid sau tiêm vắc xin cao hơn ở nhóm có nồng độ dưới ngưỡng này là 73%; Nhóm tiêm trọn vắc xin có nồng độ kháng thể cao hơn nhóm tiêm 1 loại vắc xin thuần nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$; Các yếu tố: Tuổi, BMI và nồng độ kháng thể sau tiêm vắc xin có liên quan đến nguy cơ nhiễm Covid.

Từ khóa: Covid -19, anti SARS CoV-2 IgG; Vắc xin; tiêm trọn, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút ARN lớn, có thể gây bệnh cho cả động vật và con người, trong lịch sử đã từng có 2 lần họ virus này đã gây nên đại dịch: Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona

mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu¹. Mặc dù số lượng ca nhiễm và tử vong do bệnh Covid-19 tại Việt Nam và trên thế giới đã giảm xuống trong thời gian qua. Tuy nhiên Ủy ban tình trạng khẩn cấp về đại dịch COVID-19 cho rằng COVID-19 tiếp tục là một

*Tác giả liên hệ
Email: Drdang@gmail
Điện thoại: (+84) 912 126 506

dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có khả năng gây ra thiệt hại lớn đến sức khỏe người dân và hệ thống y tế².

Bất chấp tốc độ phát triển vắc-xin chống lại COVID-19 nhanh phi thường và các nỗ lực tiêm chủng hàng loạt vẫn đang tiếp tục, bao gồm các hướng dẫn khuyến nghị dùng vắc-xin tăng cường, sự xuất hiện liên tục của các chủng biến thể mới của SARS-CoV-2 đồng thời với sự suy giảm miễn dịch sau tiêm vắc xin đã được ghi nhận có nguy cơ phá vỡ tiến bộ đáng kể đã đạt được cho đến nay trong việc ngăn chặn sự lây lan của vi-rút SARS-CoV-2. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu **“Nghiên cứu nồng độ anti SARS – CoV-2 IgG và các yếu tố liên quan ở nhân viên y tế sau tiêm vắc xin Covid 19 tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây”** nhằm góp phần cùng các nhà khoa học toàn thế giới chung tay ngăn chặn triệt để đại dịch Covid 19, với 2 mục tiêu:

Mô tả đặc điểm của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Sơn Tây được tiêm vắc - xin Covid 19. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nồng độ anti SARS - CoV- 2 IgG ở những đối tượng trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

a. Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu của chúng tôi gồm những nhân viên y tế của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây tình nguyện lấy mẫu máu làm xét nghiệm kháng thể anti SARS CoV-2 gồm những người đã được tiêm 2 hoặc 3 mũi vắc xin loại vắc xin được tiêm gồm: 1 loại vắc xin thuần nhất hoặc tiêm trộn từ 2 loại vắc xin

b. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ các thông tin nghiên cứu.
- Không tình nguyện tham gia nghiên cứu

Địa điểm tiến hành nghiên cứu:

Tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, 304 Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội .

Thời gian nghiên cứu:

Từ: 01/09/2022 – 31/12/2022.

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Chọn mẫu chủ đích gồm những nhân viên tình nguyện tham gia nghiên cứu, không xác suất

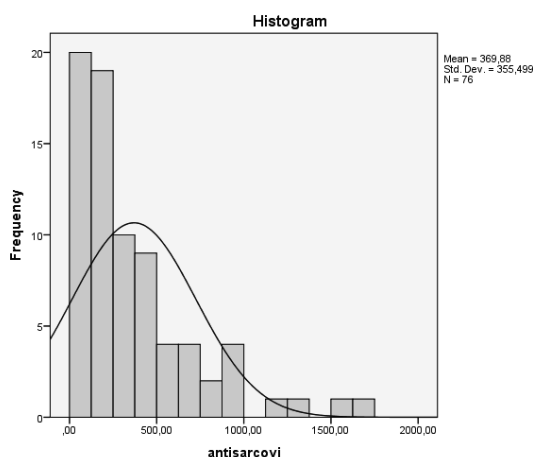
Các biến số và các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhiễm, phân loại thể bệnh và điều trị Covid -19: Theo quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/1/2022 của bộ Y tế về: “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19”

- Biến số: tuổi(24 – 35; 35 – 45; >45); giới tính: (Nam, nữ); Bệnh nền: (THA; Tim mạch; Bệnh khác; Không); Nhóm máu(A; B; AB; O); Phản ứng sau tiêm(Không; Sốt; Đau; Nhiều triệu chứng); Tỷ lệ nhiễm Covid; Thời điểm nhiễm(3 tháng, 6 tháng, 9 tháng); Nồng độ kháng thể.

3. KẾT QUẢ

Biểu đồ 3.1. Nồng độ kháng thể của nhân viên y tế sau tiêm vắc xin

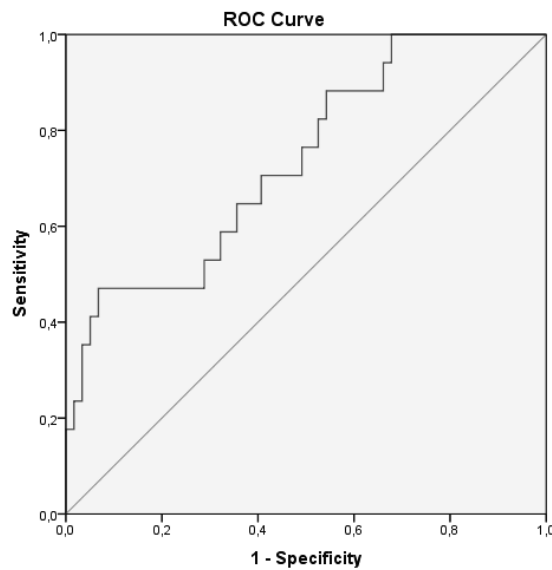


Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm covid sau tiêm

	n	Min	Max	Trung bình	p
Nhiễm Covid	59	17,11	1189,87	292,13 ± 253,96	0,01
Không nhiễm	17	119,63	1628,29	639,72 ± 508,87	

Nồng độ trung bình của nhóm nhiễm Covid sau tiêm vắc xin thấp hơn ở nhóm không nhiễm Covid sau tiêm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 3.2: Đường cong ROC xác định điểm cắt nồng độ kháng thể của nhân viên y tế không bị nhiễm Covid -19



Điểm cut off: 679,52 là ngưỡng kháng thể của nhân viên không nhiễm Covid đến thời điểm nghiên cứu hiện tại. Với diện tích đường cong: 0,73 và p = 0,03 < 0,05.

Bảng 3.2. Liên quan giữa nhóm máu và nồng độ kháng thể của nhân viên y tế sau tiêm vắc xin

Nhóm máu	Thời gian không nhiễm Covid-19						Nồng độ kháng thể trung bình	p	
	3 tháng		6 tháng		9 tháng				Tổng
	n	%	n	%	n	%			
A	5	100	0	0	0	0	5	>0,05	
B	8	40	9	45	3	15	20		
AB	0	0	2	100	0	0	2		
O	15	46,9	14	43,8	3	9,4	32		

Tất cả những người nhóm máu A bị nhiễm Covid đều trong 3 tháng đầu sau tiêm; Tất cả những người nhóm máu AB bị nhiễm Covid đều từ 3- 6 tháng đầu sau tiêm. Nhóm máu O và AB chiếm tỷ lệ nhiễm Covid nhiều nhất và thời gian nhiễm kéo dài trong 9 tháng sau tiêm.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi và nồng độ anti SARS – CoV-2 IgG

	n	Min	Max	Trung bình	p
24 - 35	18	20,81	1259,78	368,7	0,7
35 - 45	37	17,11	1628,29	356,26	
> 45	21	58,34	1621,34	371,17	
Tổng	76	17,11	1628,29	369,88	

Không có sự khác biệt về nồng độ kháng thể trung bình theo các nhóm tuổi, với $p = 0,7 > 0,005$

Bảng 3.4. Liên quan giữa phản ứng sau tiêm và nồng độ anti SARS – CoV-2 IgG

	n	Min	Max	Trung bình	p
Không phản ứng	16	59,40	1628,29	521,04	0,2
Sung đau	17	17,11	976,19	312,99	
Sốt	15	92,59	1189,87	361,74	
Nhiều triệu chứng	28	20,81	1259,78	322,40	
Tổng	76	17,11	1628,29	369,88	

Không có sự khác biệt về nồng độ kháng thể trung bình theo các nhóm triệu chứng sau tiêm vắc xin.

Bảng 3.5. Liên quan giữa nồng độ kháng thể và thời gian nhiễm Covid 19

	Min	Max	Trung bình	Số nhân viên
Nhiễm sau 3 tháng	17,11	1189,87	312,59	28
Nhiễm sau 6 tháng	20,81	847,59	273,19	25
Nhiễm sau 9 tháng	57,09	972,18	275,54	6

Nồng độ trung bình của kháng thể ở những nhân viên bị nhiễm Covid sau 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng không có sự khác biệt thống kê

Bảng 3.6. Loại vắc xin được tiêm và nồng độ kháng thể

Loại vắc xin	Nồng độ kháng thể				p
	n	Min	Max	Trung bình	
Thuần nhất	28	17,11	1259,78	258,43	0,03
Tiêm trộn	48	20,81	1628,29	434,98	

Nồng độ trung bình của nhóm tiêm trộn vắc xin cao hơn ở nhóm tiêm vắc xin thuần nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03 < 0,05$



Bảng 3.7. Bảng hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến nồng độ anti SARS- CoV-2 IgG của nhân viên y tế tiêm vắc xin Covid 19

Các biến số	OR	p
Tuổi	0,095	0,048
Giới	-0,627	0,39
BMI	0,42	0,012
Nhóm máu	0,179	0,55
Nồng độ kháng thể	0,004	0,001

Trong các biến độc lập ảnh hưởng đến biến kết cục nhiễm Covid thì các biến có ý nghĩa thống kê là: Nồng độ kháng thể anti – SARS – CoV-2(với $p = 0,001$); BMI (với $p = 0,012$) và Tuổi(với $p = 0,048$).

4. BÀN LUẬN

Điểm cut off nồng độ kháng thể và nguy cơ nhiễm Covid- 19 sau tiêm vắc- xin:

Từ biểu đồ 3.1 ta thấy phân bố của nồng độ kháng thể là đường cong của biến định lượng có phân bố không chuẩn, với nồng độ trung bình là 369,88 mg/UI và độ lệch chuẩn là 355,499 mg/UI, giá trị Min là 17,11 mg/UI và Max là 1628,29 mg/UI. So với Nghiên cứu COVID-A, được thực hiện bởi Sergio Salmeron Ríos MD, PhD và cộng sự vào năm 2021. Kết quả: Hiệu giá kháng thể trung bình 1 và 6 tháng sau liều vắc xin thứ hai lần lượt là 32,145 AU/ml (SD 41,206) và 6182 AU / ml (SD 13,316)³

Kết quả bảng 3.1 có 59 nhân viên y tế nhiễm Covid sau tiêm vắc xin chiếm 77,6% và 17 nhân viên chưa bị nhiễm Covid cho đến thời điểm nghiên cứu chiếm 22,4%. Trong đó nồng độ kháng thể trung bình của nhóm bị nhiễm Covid-19 là 292,13 mg/UI (Min: 17,11 – Max: 1189,87 mg/UI) và nồng độ kháng thể trung bình của nhóm không bị nhiễm Covid sau tiêm vắc xin là: 639,72 mg/UI(Min: 119,63– Max: 1628,29 mg/UI),

Biểu đồ 3.2 đường cong ROC cho thấy giá trị ngưỡng này tính được là 679,52 mg/UI. Như vậy những nhân viên có nồng độ kháng thể trên ngưỡng 679,52 mg/UI thì nguy cơ nhiễm Covid cao hơn những người dưới ngưỡng này 73%.

Liên quan giữa nhóm máu và nồng độ kháng thể sau

tiêm: Nồng độ kháng thể trung bình của nhóm A bị nhiễm Covid sau tiêm là : 377,01 mg/UI; Nhóm B là 268,51 mg/UI; nhóm AB là 337,38mg/UI và nhóm O là 290,8 mg/UI. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Sapha Shibeeb , Aisha Khan và cộng sự: cho thấy nhóm máu ABO có thể là một trong những yếu tố có thể đóng một vai trò trong xác định độ nhạy cảm với COVID-19, mức độ nghiêm trọng và tỷ lệ tử vong. Dữ liệu được xem xét trong nghiên cứu này cho rằng nhóm máu O có khả năng làm giảm tính nhạy cảm với Nhiễm SARS-CoV-2 và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Mặt khác , những người có nhóm máu A có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao hơn và kết cục của bệnh nghiêm trọng⁴.

Liên quan giữa tuổi và nồng độ anti SARS – CoV-2

Nhóm 24 – 35 tuổi có nồng độ kháng thể trung bình sau tiêm là 368,7 mg/UI; nhóm 35 – 45 tuổi là 356,26 mg/UI và nhóm > 45 tuổi là 371,17 mg/UI. tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. So sánh với nghiên cứu của tác giả Shiro Hoshida, Nobuyuki Koeda và cộng sự năm 2022⁵ và nghiên cứu của Andrea Kanizsai, Tihamer Molnar và cộng sự năm 2022 thì hiệu giá kháng thể S-IgG huyết thanh thấp hơn đáng kể ở những người lớn tuổi⁶.

Liên quan giữa phản ứng sau tiêm vắc xin và nồng độ kháng thể

Nồng độ kháng thể sau tiêm phòng ở các nhóm: Không có phản ứng là 512,04 mg/UI; nhóm có sưng đau vùng tiêm là 312,99 mg/UI; nhóm có sốt là 361,74mg/UI; nhóm có nhiều triệu chứng là 322,4 mg/UI, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,2 > 0,05$. Trên thế giới cũng đã có rất nhiều nghiên cứu để trả lời cho câu hỏi liệu không có phản ứng phụ khi sau tiêm vắc xin phòng Covid có liên quan đến tạo ít kháng thể hơn không. Theo nghiên cứu của Andrea Kanizsai, Tihamer

Molnar và cộng sự năm 2022 thì một số yếu tố có tác động đến mức độ kháng thể sau khi tiêm vắc xin SARS-CoV-2 bao gồm tuổi tác, tình trạng hút thuốc, tình trạng dương tính với COVID-19 trước đó và các phản ứng có hại sau mỗi liều vắc xin. Sốt có liên quan đến mức S-IgG trung bình cao hơn trong thời gian theo dõi 6 tháng⁶.

Liên quan giữa nồng độ kháng thể và thời gian nhiễm Covid 19

Trong nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Covid sau 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng với nồng độ kháng thể ban sau khi tiêm vắc xin để gián tiếp đánh giá sự sụt giảm kháng thể. Theo kết quả bảng 3.10 cho thấy có 28 nhân viên y tế bị nhiễm Covid trong thời gian 3 tháng sau tiêm vắc xin có nồng độ kháng thể là 312,59 mg/UI (Min: 17,11 – Max: 1189,87); có 25 nhân viên y tế bị nhiễm Covid trong thời gian 3 - 6 tháng sau tiêm vắc xin có nồng độ kháng thể là 273,19 mg/UI (Min: 20,81 – Max: 847,59); có 6 nhân viên y tế bị nhiễm Covid trong thời gian 6 – 9 tháng sau tiêm vắc xin có nồng độ kháng thể là 972,18 mg/UI (Min: 57,09 – Max: 972,18). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng dễ hiểu bởi vì ngoài nồng độ kháng thể thì nguy cơ nhiễm Covid còn tùy thuộc vào yếu tố dịch tễ tiếp xúc phức tạp của từng nhân viên rất khó lượng giá.

Liên quan giữa loại vắc xin được tiêm và nồng độ kháng thể

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tiêm trộn vắc xin có nồng độ kháng thể trung bình là 434,98 mg/UI cao hơn nhóm tiêm 1 loại vắc xin thuần nhất là 258,43 mg/UI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03 < 0,05$.

Thực tế cho thấy do nhu cầu tiêm vắc xin tăng cao đến mức thế giới không sản xuất kịp vắc xin, chính vì thế khi mà các nghiên cứu về tiêm trộn vắc xin đang ở pha II thì một số nước đã áp dụng tiêm trộn vắc xin để thích ứng kịp với những diễn biến phức tạp của đại dịch. Tuy nhiên may mắn rằng sau khi phân tích các bằng chứng có sẵn, Cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA) vào tháng 10/2021 cho biết tiêm trộn “có vẻ tốt bằng hoặc tốt hơn về phản ứng miễn dịch so với tiêm vắc xin thuần nhất” cũng như rất nhiều nghiên cứu về vắc xin Covid 19 đến hiện tại cả thế giới đã công nhận nồng độ kháng thể sau tiêm trộn vắc xin có giá trị cao hơn so với tiêm vắc xin thuần nhất đồng thời.

Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến kết

cục nhiễm Covid sau tiêm vắc xin

Trong các biến độc lập ảnh hưởng đến biến kết cục nhiễm Covid thì các biến có ý nghĩa thống kê là: Nồng độ kháng thể anti – SARS – CoV-2(với $p = 0,001$); BMI (với $p = 0,012$) và Tuổi(với $p = 0,048$).

Theo nghiên cứu của Timothy Maxwell¹, Linder Wendt năm 2022 thì có 260 (10,4%) trong số 2.499 phụ nữ chưa được chủng ngừa COVID-19. Tín hiệu trung bình cho kháng thể đối với protein đột biến và nucleocapsid cao hơn đáng kể ở phụ nữ lớn tuổi ($p = 0,001$ đối với protein đột biến kháng thể và $p = 0,002$ đối với kháng thể nucleocapsid). Mức tín hiệu cao hơn đáng kể của kháng thể để tăng đột biến và protein nucleocapsid được tìm thấy ở phụ nữ béo phì nhóm 2/3 ($p = 0,022$ và $p = 0,003$, tương ứng)⁷

5. KẾT LUẬN

Ngưỡng cut off nồng độ kháng thể của nhân viên y tế là 679,52 mg/UI thì nguy cơ nhiễm Covid sau tiêm vắc xin cao hơn ở nhóm có nồng độ dưới ngưỡng này là 73%. Nhóm tiêm trộn vắc xin có nồng độ kháng thể cao hơn nhóm tiêm 1 loại vắc xin thuần nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. Các yếu tố: Tuổi, BMI và nồng độ kháng thể sau tiêm vắc xin có liên quan đến nguy cơ nhiễm Covid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Z. Xu, L. Shi, Y. Wang et al., Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med*, 8 (4), 420-422, 2020.
- [2] WHO, Tình hình dịch COVID-19 trên thế giới và khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới. <https://vncdc.gov.vn/tinh-hinh-dich-covid-19-tren-the-gioi-va-khuyen-nghi-cua-to-chuc-y-te-the-gioi-who-nd17305.html>, 2003.
- [3] S. Salmeron, E. Zamora, A. Céspedes et al., Immunogenicity after 6 months of BNT162b2 vaccination in frail or disabled nursing home residents: The COVID-A Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70, 2021
- [4] S. Shibebe, A. Khan, ABO blood group association and COVID-19. *COVID-19*



- susceptibility and severity: a review. *Hematol Transfus Cell Ther*, 44 (1), 70-75, 2022.
- [5] S. Hoshida, N. Koeda, H. Hattori et al., Age- and sex-based changes in spike protein antibody status after SARS-CoV-2 vaccination and effect of past-infection in healthcare workers in Osaka. *BMC Infectious Diseases*, 22 (1), 709, 2022.
- [6] R. Varnai, T. Molnar, L. Zavori et al., Serum Level of Anti-Nucleocapsid, but Not Anti-Spike Antibody, Is Associated with Improvement of Long COVID Symptoms. *Vaccines*, 10 (2), 165, 2022.
- [7] Maxwell, Timothy, Association of ABO Blood Group, Age, Body Mass Index and Symptomatic COVID-19 Infection with Signal Levels of Antibodies to COVID-19. *Gynecology & Reproductive Health*, 6 (1), 2022.

FOOD SAFETY CONDITIONS IN INSTITUTIONAL KITCHENS OF PUBLIC HOSPITALS IN HANOI IN 2022

Vu Cao Cuong¹, Tran Thi Nhi Ha¹, Le Thi Huong², Vu Duc Minh³, Nguyen Thi Thu Ha^{4*}

¹Hanoi Department of Health - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

^{2,4}School for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of food safety and sanitation conditions in institutional kitchens of public hospitals in Hanoi in 2022.

Study design: Cross-sectional description.

Results: Only 21% of the institutional kitchens in hospitals were found to meet the food safety and sanitation requirements. Specifically, 100% of the kitchens met the standards for the hygiene of utensils, conducted the three-step test and preserved food samples, and 94.7% met the documentation requirements. The group with lower rates of meeting the food safety and sanitation requirements was the group with criteria related to food hygiene, preservation, and environmental sanitation (26.3%). Institutional kitchens in first-class hospitals had higher rates of meeting the food safety and sanitation requirements than those in second-class hospitals (28,6% vs 16,7%).

Conclusion: The proportion of institutional kitchens in public hospitals that meet the food safety and sanitation requirements is low, with the lowest rates found in the group related to environmental sanitation. Institutional kitchens in first-class hospitals have higher rates of meeting the food safety and sanitation requirements than those in second-class hospitals.

Keywords: Food safety and sanitation, institutional kitchens, hospitals.

*Corresponding author

Email address: Nguyenthithuha@ipmph.edu.vn

Phone number: (+84) 973 404 966



THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM TẠI BẾP ĂN TẬP THỂ BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TUYẾN THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022

Vũ Cao Cương¹, Trần Thị Nhị Hà¹, Lê Thị Hương², Vũ Đức Minh³, Nguyễn Thị Thu Hà^{4*}

¹Sở Y tế Hà Nội - số 4 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

^{2,4}Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) của các bếp ăn tập thể (BÁTT) bệnh viện công lập tuyến thành phố Hà Nội năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Kết quả nghiên cứu: Chỉ có 21% BÁTT các bệnh viện đạt đầy đủ tất cả các tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATTP; điều kiện về vệ sinh dụng cụ và kiểm tra ba bước, lưu mẫu thực phẩm, về hồ sơ sổ sách lần lượt là 100%, 100% và 94,7%. Nhóm điều kiện về vệ sinh, bảo quản thực phẩm và vệ sinh cơ sở (26,3%) có tỷ lệ đạt về ATVSTP thấp hơn so với các nhóm tiêu chí còn lại. BÁTT bệnh viện hạng I đạt ATVSTP cao hơn các BÁTT bệnh viện hạng II (21,4% với 5,6%).

Kết luận: Tỷ lệ đạt ATVSTP tại các BÁTT còn thấp, thấp nhất là nhóm điều kiện về vệ sinh cơ sở. BÁTT bệnh viện hạng I đạt ATVSTP cao hơn các BÁTT bệnh viện hạng II.

Từ khóa: An toàn vệ sinh thực phẩm, bếp ăn tập thể, bệnh viện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi năm trên toàn thế giới thực phẩm không an toàn gây ra 600 triệu trường hợp ngộ độc thực phẩm và 420.000 trường hợp tử vong; trong đó, 30% trường hợp tử vong do thực phẩm xảy ra ở trẻ em dưới 5 tuổi[1]. Tại Việt Nam, từ năm 2011 đến 2021, toàn quốc ghi nhận 1594 vụ ngộ độc thực phẩm (NĐTP) làm 45938 người mắc và 267 trường hợp tử vong[2]. Trong các đợt bùng phát bệnh của các bệnh truyền nhiễm đường ruột,

nguy cơ tử vong tại các bệnh viện đã được chứng minh là cao hơn đáng kể so với các vụ dịch cộng đồng và cao nhất đối với các vụ dịch từ thực phẩm[3]. Vì vậy, vấn đề an toàn thực phẩm BATT bệnh viện đóng một vai hết sức quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe bệnh tật của người bệnh. Đặc biệt, thành phố Hà Nội là nơi tập trung các bệnh viện tuyến Trung ương, các bệnh viện và cơ sở y tế với nhiều chuyên khoa khác nhau. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng điều kiện ATVSTP của các BATT bệnh viện

*Tác giả liên hệ

Email: Nguyenthithuha@ipmph.edu.vn

Điện thoại: (+84) 973 404 966

công lập tuyển thành phố Hà Nội năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BẮTT bệnh viện công lập tuyển Thành phố của Hà Nội.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn: BẮTT trực tiếp cung cấp suất ăn cho người bệnh, người nhà và cán bộ của bệnh viện và được sự đồng ý tham gia của các bệnh viện.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: Các BATT đang ngưng hoạt động trong thời gian điều tra hoặc các BATT đang hoạt động nhưng không hợp tác sau 02 lần làm việc.

2.2.Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai từ 2/2022 đến 2/2023 tại BẮTT của các bệnh viện công lập tuyển Thành phố Hà Nội.

2.3.Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu lấy toàn bộ các BẮTT bệnh viện tuyển thành phố tại Hà Nội. Thực tế điều tra được 19 BẮTT bệnh viện trong tổng số 23 bệnh viện theo như thống kê của Chi cục ATVSTP do có 04 BẮTT đang không hoạt động trong thời điểm nghiên cứu.

Biên số nghiên cứu: Căn cứ theo nghị định 155/2018/

NĐ-CP [4]; thông tư 48/2015/TT-BYT của Bộ Y tế [5] và dựa theo “Tài liệu hướng dẫn bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể” của Sở Y tế Hà Nội [6] và một số tài liệu để xây dựng nhóm biến số về điều kiện ATVSTP đối với BẮTT, cụ thể bao gồm: nhóm biến số về điều kiện vệ sinh cơ sở, về dụng cụ, về vệ sinh, BQTP, về thực hiện kiểm thực ba bước và lưu mẫu thức ăn, về thủ tục pháp lý của BẮTT. Các biến số này được thu thập bằng phương pháp quan sát có sử dụng bảng kiểm, kết hợp xem xét hồ sơ, sổ sách.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá BẮTT đạt điều kiện ATVSTP khi đạt 100% tổng số điểm trong bảng kiểm, tương ứng 46 điểm.

+ Tổng số điểm = 46: đạt điều kiện ATVSTP.

+ Tổng số điểm < 46: không đạt điều kiện ATVSTP.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý và tham gia của các bệnh viện được chọn. Kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Điều kiện vệ sinh cơ sở tại các BẮTT (n=19)

Điều kiện vệ sinh cơ sở	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Thiết kế và tổ chức bếp ăn				
Thiết kế bếp một chiều	17	89,5	2	10,5
Phân khu riêng biệt	17	89,5	2	10,5
Khu vực sơ chế, CBTP đảm bảo vệ sinh	17	89,5	2	10,5
Nhà ăn riêng biệt với khu CBTP	19	100	0	0
Khu chia đồ ăn chín riêng biệt, hộp vệ sinh	18	94,7	1	5,3
Kết cấu nền, tường, trần, cửa nhà bếp				
Nền bếp	18	94,7	1	5,3
Tường bếp	14	73,7	5	26,3
Trần bếp	14	73,7	5	26,3



Điều kiện vệ sinh cơ sở	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Cửa sổ, cửa ra vào	19	100	0	0
Nguồn nước sử dụng CBTP				
Đủ nước sạch	19	100	0	0
Giếng/bể chứa có nắp đậy	14	73,7	5	26,3
Vệ sinh cống rãnh khu vực chế biến				
Thông thoáng, không ứ đọng	19	100	0	0
Có nắp đậy	17	89,5	2	10,5
Thùng chứa rác				
Có nắp đậy kín	19	100	0	0
Không rò rỉ nước ra bên ngoài	17	89,5	2	10,5
Được đổ hàng ngày	19	100	0	0
Nhà vệ sinh khu bếp				
Ngăn với khu chế biến, BQTP	19	100	0	0
Đầy đủ nước, chất tẩy rửa	19	100	0	0
Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ	19	100	0	0
Phòng thay bảo hộ lao động	11	57,9	8	42,1

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ đạt về điều kiện thiết kế và tổ chức bếp ăn, nguồn nước, thùng chứa rác cao. Tuy nhiên, tiêu chí tường bếp, trần bếp và giếng có nắp đậy có tỷ lệ đạt thấp hơn. Đặc biệt tiêu chí có phòng thay đồ bảo hộ lao động riêng vẫn chiếm tỷ lệ khá cao với 8 bếp ăn (42,1%) chưa đạt điều kiện.

Bảng 2: Điều kiện vệ sinh dụng cụ và kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm tại các BẮT (n=19)

Điều kiện vệ sinh dụng cụ và thực hiện kiểm thực	Đạt	
	n	%
Điều kiện về dụng cụ		
Chất liệu của dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm	19	100
Bát, đĩa, cốc, thìa, đũa	19	100
Dao, thớt phân loại riêng dùng trong CBTP sống và chín	19	100
Tủ đông, tủ lạnh vệ sinh	19	100
Kẹp riêng chia đồ ăn chín	19	100
Bàn cao để sơ chế, phân loại thực phẩm	19	100
Giá, kệ đựng rửa, giá, dụng cụ CBTP	19	100
Vệ sinh dụng cụ chế biến	19	100

Điều kiện vệ sinh dụng cụ và thực hiện kiểm thực	Đạt	
	n	%
Chất tẩy rửa dụng cụ chế biến	19	100
Điều kiện thực hiện kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm		
Lưu mẫu thực phẩm	19	100
Lưu mẫu thực phẩm đủ số lượng	19	100
Nhãn mẫu thực phẩm lưu	19	100
Tủ bảo quản mẫu thực phẩm lưu	19	100

Bảng 2 cho thấy 100% các bếp ăn đều đạt về điều kiện vệ sinh dụng cụ và thực hiện lưu mẫu thực phẩm.

Bảng 3: Điều kiện vệ sinh, BQTP và thủ tục pháp lý tại các BẮT

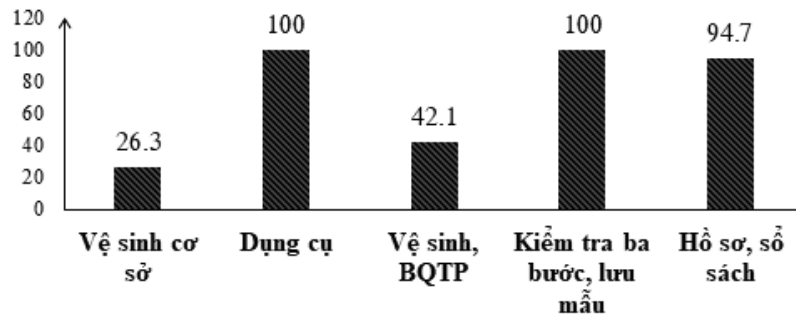
	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Điều kiện vệ sinh, BQTP				
Kho BQTP, có hệ thống chống côn trùng	14	73,7	5	26,3
Biển tên, nội quy sử dụng kho	11	57,9	8	42,1
Giá kệ kê cao TP	18	94,7	1	5,3
Phụ gia thực phẩm	19	100	0	0
Hạn sử dụng của thực phẩm bao gói sẵn	18	94,7	1	5,3
Bảo quản, che đậy thức ăn chín trước khi ăn	19	100	0	0
Điều kiện về thủ tục pháp lý				
Giấy CNCSDĐKATTP/Bản cam kết	19	100	0	0
Sổ kiểm thực ba bước của BẮT	19	100	0	0
Hợp đồng cung cấp thực phẩm	19	100	0	0
Hóa đơn mua thực phẩm hàng ngày	19	100	0	0
Giấy kiểm dịch thú y với sản phẩm thịt \geq 50kg	19	100	0	0
Giấy khám sức khỏe người CBTP	19	100	0	0
Có hồ sơ ghi chép theo dõi hàng ngày (nguồn gốc các loại nguyên liệu thực phẩm, mẫu lưu thức ăn đã chế biến, thực đơn)	18	94,7	1	5,3

Bảng 3 cho thấy 100% các bếp ăn bệnh viện đều sử dụng phụ gia thực phẩm nằm trong danh mục cho phép của Bộ Y tế và được bảo quản, che đậy thức ăn chín trước khi ăn. Tỷ lệ các bếp ăn có giá kệ cao và sử dụng các thực phẩm bao gói sẵn chiếm tỷ lệ khá cao (94,7%).

Bên cạnh đó, vẫn còn có tới 42,1% các bếp ăn chưa có biển tên kho và nội quy sử dụng kho. Với điều kiện về hồ sơ, pháp lý sổ sách, 100% các bếp ăn đạt các điều kiện về hồ sơ pháp lý, sổ sách.

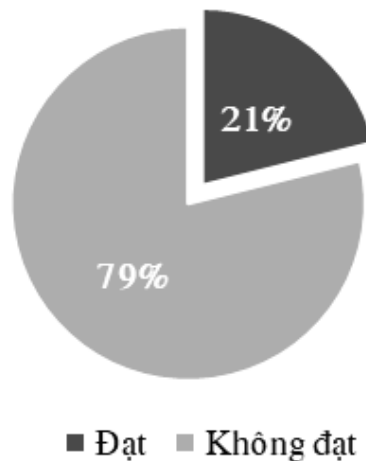


Biểu đồ 1: Tỷ lệ các bếp ăn đạt ATVSTP theo các nhóm điều kiện



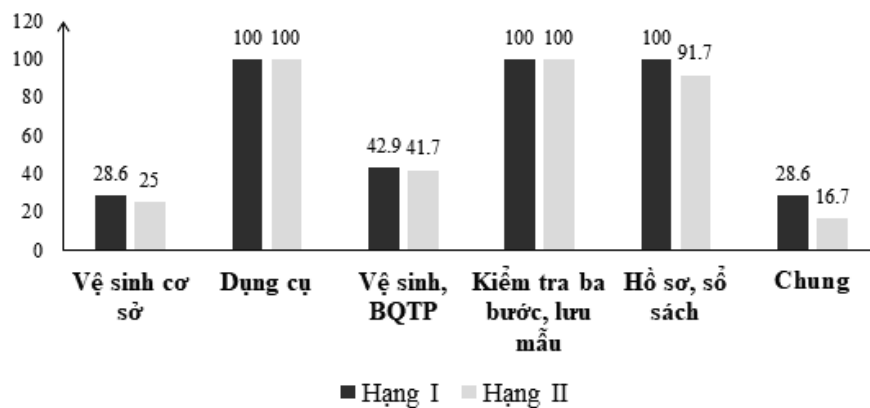
Biểu đồ 1 cho thấy nhóm điều kiện về dụng cụ, kiểm tra ba bước, lưu mẫu và hồ sơ sổ sách hầu hết có tỷ lệ đạt rất cao, thấp nhất là nhóm điều kiện về vệ sinh cơ sở (26,3%).

Biểu đồ 2: Tỷ lệ các bệnh viện đạt tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATVSTP BẮTT



Biểu đồ 2 cho thấy chỉ có 21% BẮTT đạt tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATVSTP.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện đạt về ATVSTP theo nhóm điều kiện và phân hạng bệnh viện



Biểu đồ 3 cho thấy tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện hạng I đạt về điều kiện ATVSTP cao hơn các bếp ăn bệnh viện hạng II (28,6% với 16,7%). Với điều kiện về vệ sinh cơ sở và vệ sinh bảo quản thực phẩm, hồ sơ sổ sách của bếp ăn hạng I đều cao hơn bếp ăn bệnh viện hạng II.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 19 bệnh viện công lập tuyển thành phố tại Hà Nội cho thấy chỉ có 21% các bệnh viện đạt đầy đủ tất cả các tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATTP theo Nghị định 155/2018/NĐ-CP của Bộ Y tế [4]. Xét theo 5 nhóm điều kiện cho thấy nhóm tiêu chí về dụng cụ và kiểm tra ba bước lưu mẫu thực phẩm tại các bệnh viện hiện nay đang làm rất tốt, tiếp đến là nhóm hồ sơ sổ sách. Tuy nhiên, nhóm tiêu chí về vệ sinh bảo quản thực phẩm và vệ sinh cơ sở còn chiếm tỷ lệ đạt khá thấp. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả thanh, kiểm tra an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể, căng tin của Chi cục ATVSTP Hà Nội năm 2020[7]. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Thanh Hoá với điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện kiểm soát nguyên liệu thực phẩm lần lượt là 62,5%; 65,6%. Riêng với tiêu chí điều kiện vệ sinh cơ sở trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu trước đó với tỷ lệ đạt là 59,4% [8].

Khi phân theo tuyến bệnh viện, tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện hạng I đạt về điều kiện ATVSTP cao hơn các bếp ăn bệnh viện hạng II. Các tiêu chí về dụng cụ, kiểm tra ba bước, lưu mẫu thực phẩm tỷ lệ đạt ở các bệnh viện hạng I và hạng II đều đạt tỷ lệ 100%. Tuy nhiên với tiêu chí vệ sinh cơ sở, vệ sinh bảo quản thực phẩm và hồ sơ sổ sách các bệnh viện hạng I tuyển thành phố tỷ lệ đạt cao hơn bệnh viện hạng II. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu năm 2020 tại các bệnh viện Hà Nội nghiên cứu trên bệnh viện tuyển trung ương và 50% các bệnh viện tuyển cơ sở [9].

Việc thanh tra và kiểm tra thường xuyên của các cấp quản lý nói chung và việc giám sát thường quy tại khoa Dinh dưỡng các bệnh viện hiện nay góp phần nâng cao điều kiện về dụng cụ, lưu mẫu và hồ sơ sổ sách.

Tuy nhiên, về vấn đề vệ sinh cơ sở các BẮTT cũng đang đối mặt với nhiều khó khăn trong việc đảm bảo

ATTP, bao gồm sự hạn chế về cơ sở vật chất và kinh phí hạn hẹp không đủ để tự sửa chữa, đồng thời phải phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ các cấp chính quyền, dẫn đến việc không thể hoàn thiện đầy đủ các quy định về an toàn thực phẩm. Do đó, cần sự quan tâm và hỗ trợ từ phía chính phủ và các tổ chức liên quan để cải thiện tình trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể.

5. KẾT LUẬN

Chỉ có 21% BẮTT của các bệnh viện đạt điều kiện ATVSTP chung, trong đó thấp nhất là nhóm điều kiện về vệ sinh cơ sở. Tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện hạng I đạt yêu cầu về điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm cao hơn các bếp ăn bệnh viện hạng II (28,6% với 16,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015, World Health Organization, 2015.
- [2] Chi cục An toàn thực phẩm Hà Nội, Báo cáo tình hình ngộ độc thực phẩm năm 2011-2021, Hà Nội, 2022.
- [3] C. Buccheri, A. Casuccio, S. Giammanco et al., "Food safety in hospital: knowledge, attitudes and practices of nursing staff of two hospitals in Sicily, Italy", BMC Health Serv Res, 7: 45, 2007.
- [4] Bộ Y tế, Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2018 về sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế, chủ biên, 2018.
- [5] Bộ Y tế, "Thông tư 48/2015/TT-BYT ngày 1/12/2015 quy định hoạt động kiểm tra an toàn thực phẩm trong sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế", 2015.
- [6] Sở Y tế Hà Nội, Tài liệu hướng dẫn bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể. Tài liệu lưu hành nội bộ, tr 6 - 20, chủ biên, 2018.



- [7] Chi cục an toàn vệ sinh thực phẩm và Sở Y tế Hà Nội, Báo cáo Kết quả thanh, kiểm tra An toàn thực phẩm tại các cơ sở bếp ăn tập thể, căng tin trên địa bàn Thành phố năm 2020, Chi cục an toàn vệ sinh thực phẩm, Hà Nội, 2020
- [8] Nguyễn Thị Đào, “Thực trạng điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm tại khoa dinh dưỡng thuộc các bệnh viện công lập tỉnh Thanh Hóa năm 2017”, Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 1(3), tr. 83-88, 2018.
- [9] Nguyễn Thị Thu Hà, Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể của một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2020.

CURRENT SITUATION OF MEDICAL SOLID WASTE MANAGEMENT AT SON TAY GENERAL HOSPITAL, HANOI IN 2022

Nguyen Van Quang^{1*}, Nguyen Dang Vung², Nguyen Thi Nhu Hoa¹, Dang Quang Tan²,
Ly Viet Bang², Tran Thi Thuy Thanh²

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: This study is to describe the current situation of medical solid waste management at Son Tay General Hospital in, Hanoi in 2022.

Research subjects and methods: A cross-sectional study was conducted, surveying 21 departments at Son Tay General Hospital. The evaluation focused on the classification and treatment of hazardous waste based on Circular 20/2021/TT-BYT issued on November 26, 2021, regarding the management of medical waste.

Results: 100% of faculties perform medical solid waste classification, have enough medical solid waste containers, and collect, transport, store, and treat medical solid waste at a high rate. 95% of waste is transported to the proper concentration place in the faculties and has a daily waste monitoring book, accounting for only 9.5%.

Conclusion: Most of the medical solid waste management (WWTP) of Son Tay General Hospital has fulfilled the criteria specified in Circular 20/2021/TT-BYT. However, some shortcomings still need to be overcome, such as the fact that the waste has not been transported to the concentrated place by regulations, and the faculties do not have a daily waste monitoring book.

Keywords: Medical solid waste, medical waste management, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: shquang3971@gmail.com

Phone number: (+84) 912 166 712



THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY, HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Văn Quang^{1*}, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Thị Như Hoa¹, Đặng Quang Tân²,
Lý Việt Bằng², Trần Thị Thuý Thanh²

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - số 304 Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam
²Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện khảo sát trên 21 khoa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Đánh giá công tác phân loại và xử lý CTRYT dựa trên các căn cứ theo thông tư 20/2021/TT-BYT ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2021 quy định về quản lý CTYT.

Kết quả: 100% các khoa đều thực hiện phân loại chất thải rắn y tế, có đủ dụng cụ đựng chất thải rắn y tế và thực hiện thu gom, vận chuyển, lưu trữ và xử lý chất thải rắn y tế đạt tỷ lệ cao. 95% chất thải được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định ở các khoa và có sổ theo dõi chất thải hàng ngày chỉ chiếm 9,5%.

Kết luận: Phần lớn công tác quản lý chất thải rắn y tế (QLCTRYT) của Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Sơn Tây đã thực hiện được những tiêu chí theo quy định tại thông tư 20/2021/TT-BYT. Tuy nhiên vẫn còn một số tồn tại cần được khắc phục như việc còn rác thải chưa được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định, các khoa chưa có sổ theo dõi chất thải hàng ngày.

Từ khóa: Chất thải rắn y tế, quản lý chất thải, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu khám và điều trị bệnh càng cao hơn. Điều này dẫn đến các chất thải rắn phát sinh từ các cơ sở y tế (CTRYT) bao gồm chất thải từ khám, chữa bệnh, sinh hoạt của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân ngày càng gia tăng.¹ Trên thực tế, nhiều bệnh viện được xây dựng từ rất lâu nhưng không có hệ

thống thu gom, xử lý chất thải; việc kiểm tra, giám sát công tác bảo vệ môi trường (BVMT) chưa được chú trọng đúng mức dẫn tới công tác quản lý chất thải y tế còn lỏng lẻo. Nguyên nhân này khiến cho thực trạng quản lý môi trường y tế còn gặp nhiều khó khăn, gây áp lực không nhỏ đối với môi trường.² Gần đây nhất, nhà nước ta đã ban hành thông tư 20/2021/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2021 quy định về quản lý CTYT trong

*Tác giả liên hệ
Email: shquang3971@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912 166 712

phạm vi khuôn viên cơ sở y tế.³

Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây có diện tích 23.639,6 m², toàn bệnh viện có 390 cán bộ công chức viên chức với 26 khoa, phòng. Năm 2021, bệnh viện đã tiếp nhận 131.601 lượt bệnh nhân đến khám bệnh, điều trị nội trú cho 21.161 lượt người, thực hiện hơn 5.000 ca phẫu thuật. Chất thải rắn y tế phát sinh từ công tác khám chữa bệnh là gần 20 tấn/năm.⁴ Những con số thống kê cho thấy áp lực lớn về đầu tư và công tác đảm bảo nâng cao chất lượng bệnh viện và nhất là công tác thu gom, vận chuyển, lưu trữ và xử lý chất thải y tế. Mặc dù những công tác trên đã được bệnh viện quan tâm và chú trọng nhưng vẫn còn nhiều bất cập. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị quản lý chất thải rắn y tế (CTRYT) tại các khoa phục vụ cho công tác thu gom, phân loại, vận chuyển, lưu giữ CTRYT tại các khoa/đơn vị đến lưu trữ tập trung của Bệnh viện.
- Tất cả các CTRYT phát sinh và được lưu trữ trong bao bì/túi/hộp/thùng tại các khoa/đơn vị.
- Lãnh đạo khoa phòng của bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2023, tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, thành phố Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính

Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Đối với dụng cụ, trang thiết bị phục vụ cho quản lý CTRYT là cố định, không thay đổi, do đó chỉ quan sát 1 lượt mỗi khoa. Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây có 14 khoa lâm sàng, 07 khoa cận lâm sàng. Có 21 lượt quan sát theo bảng kiểm về dụng cụ, trang thiết bị phục vụ cho quản lý CTRYT.

- Đối với CTRYT được lưu trữ tạm thời tại khu tập kết chất thải tại mỗi khoa/đơn vị lâm sàng/cận lâm sàng/phòng chức năng, nghiên cứu thực hiện quan sát các thùng/túi/hộp chứa đựng (lưu trữ) chất thải rắn y tế tạm thời ở khu tập kết tại mỗi khoa/đơn vị theo từng bảng kiểm.

- Đánh giá hoạt động thu gom, vận chuyển, lưu trữ và xử lý chất thải: căn cứ theo Thông tư số 20/2021/TT-BYT ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2021 quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế.

- Phòng vãn 07 lãnh đạo khoa của bệnh viện

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập thông qua việc phỏng vấn và quan sát dựa trên bảng kiểm được xây dựng trên hướng dẫn từ Thông tư số 20/2021/TT-BYT ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2021 quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế.

Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê y học, trình bày số liệu bằng bảng.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Khoa học của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Bảng 3.1. Thực trạng phân loại chất thải rắn y tế (n=21)

Nội dung	Có SL (%)	Không SL (%)
Bảng hướng dẫn phân loại chất thải rắn	21 (100%)	0 (0,0%)
Phân loại chất thải tại nơi phát sinh	21 (100%)	0 (0,0%)
Chất thải rắn y tế được phân loại đúng	21 (100%)	0 (0,0%)
CTRYT được đựng vào dụng cụ đúng mã màu	21 (100%)	0 (0,0%)
Chất thải sắc nhọn được đựng vào thùng kháng trùng	21 (100%)	0 (0,0%)

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các khoa trong bệnh viện đều thực hiện phân loại chất thải y tế với các nội dung trên. Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây đã thực hiện tốt khâu phân loại chất thải rắn y tế – khâu quan trọng trong việc giảm lượng chất thải rắn y tế.

Bảng 3.2. Dụng cụ vận chuyển chất thải rắn y tế tại các khoa (n=21)

Nội dung	Có SL (%)	Không SL (%)
Các túi nilon có đủ màu sắc theo quy định	21 (100%)	0 (0,0%)
Có đủ túi nilon đựng CTRYT	21 (100%)	0 (0,0%)
Có thùng kháng trùng đựng chất thải sắc nhọn	21 (100%)	0 (0,0%)
Túi đựng chất thải có biểu tượng theo quy định	21 (100%)	0 (0,0%)
Có thùng để thu gom các túi chất thải	21 (100%)	0 (0,0%)
Túi đựng chất thải có thể tích phù hợp	21 (100%)	0 (0%)

Bảng 3.2 cho thấy toàn bộ các khoa đều có dụng cụ vận chuyển chất thải đúng quy định và phù hợp.

Bảng 3.3. Thực trạng thu gom chất thải rắn y tế (n=21)

Nội dung	Có SL (%)	Không SL (%)
CTRYT được thu gom vào dụng cụ đúng mã màu	21 (100%)	0 (0,0%)
CTRYT được thu gom vào túi/thùng riêng biệt	21 (100%)	0 (0,0%)
CTRYT được để vào túi nilon	21 (100%)	0 (0,0%)
Chất thải đầy vừa phải và cổ túi được buộc lại	21 (100%)	0 (0,0%)
Nơi phát sinh chất thải có đủ thùng thu gom	21 (100%)	0 (0,0%)

Kết quả về thực trạng thu gom chất thải rắn y tế tại các khoa đúng theo quy định 100% như: CTRYT được thu gom vào dụng cụ đúng mã màu, các loại chất thải được

thu gom riêng, không có việc thu gom lẫn CTRYT nguy hại với CTRYT thông thường. Các khoa phòng, nơi phát sinh chất thải có đủ thùng thu gom.

Bảng 3.4. Thực trạng vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế tại các khoa (n=21)

Nội dung	Có SL (%)	Không SL (%)
Chất thải được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định	20 (95%)	01 (05%)
CTRYT được đựng trong túi nilon buộc kín miệng khi vận chuyển	21 (100%)	0 (0,0%)
Chất thải tái sử dụng được lưu giữ riêng	21 (100%)	0 (0,0%)
Thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm dưới 48h	21 (100%)	0 (0,0%)
Chất thải giải phẫu được xử lý ngay, không lưu giữ	21 (100%)	0 (0,0%)
Có sổ theo dõi chất thải hàng ngày	2 (9,5%)	19 (90,5%)

Kết quả bảng 3.4 cho thấy đa số 100% CTRYT được đựng trong túi nilon buộc kín miệng khi vận chuyển; chất thải tái sử dụng được lưu giữ riêng; thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm dưới 48h và chất thải giải phẫu được xử lý ngay. Tuy nhiên chất thải được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định được 95% và chỉ có 2 khoa (chiếm 9,5%) có sổ theo dõi chất thải hàng ngày.

Hình thức xử lý chất thải rắn y tế tại các khoa

Hình thức xử lý CTRYT tại các khoa cho thấy 100% chất thải có nguy cơ lây nhiễm nguy cơ cao đều được xử lý trước khi tập trung về nơi lưu giữ tập trung của bệnh viện (hấp ướt 120 độ trong 20 phút). Chất thải rắn nguy hại được xử lý bằng hình thức thiêu đốt (giao cho công ty xử lý theo công nghệ lò đốt 2 cấp).



Bảng 3.5. Đánh giá thực trạng công tác quản lý CTRYT tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây

Đánh giá quản lý CTRYT	Số lượng	Tỷ lệ
Đạt	20	100%
Không đạt	0	0%
Tổng	20	100%

Kết quả phỏng vấn lãnh đạo các khoa

Phòng vấn lãnh đạo khoa về hiểu biết thế nào là chất thải rắn y tế thì 7/7 lãnh đạo khoa đều cho rằng: “*Chất thải rắn y tế là vật chất ở thể rắn, được thải ra từ cơ sở y tế bao gồm chất thải rắn y tế nguy hại và chất thải rắn y tế thông thường, chất thải y tế nguy hại lại phân ra chất thải y tế nguy hại lây nhiễm và chất thải y tế nguy hại không lây nhiễm*”.

7/7 lãnh đạo khoa cho biết việc quản lý chất thải y tế tại bệnh viện phải thực hiện theo thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 của Bộ Y tế (Thay thế thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT của Bộ Y tế- Bộ Tài nguyên môi trường năm 2015)

Trong quá trình thực hiện công tác quản lý chất thải rắn y tế tại đơn vị của mình, 7/7 lãnh đạo khoa cho rằng đã quan tâm đến công việc này, tuy nhiên do công tác chuyên môn nhiều nên trong việc thực hiện còn chưa được sát sao, việc lập kế hoạch cho công tác quản lý chất thải rắn chưa được lập kế hoạch riêng mà thường lồng ghép vào kế hoạch chung của khoa phòng, hầu hết các khoa không thể hiện mục chi tài chính riêng cho công tác này trong kế hoạch đầu năm mà để chung vào mục chi khác.

4. BÀN LUẬN

Chất thải y tế (CTYT) đã và đang là vấn đề quan tâm của toàn xã hội nói chung, của ngành y tế, môi trường nói riêng. Bên cạnh đó, CTYT là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn cư trú, phát triển, dễ gây ô nhiễm. Vấn đề quản lý chất thải rắn y tế (CTRYT) được chú trọng quan tâm nhiều nhằm đảm bảo quản lý và xử lý an toàn chất thải rắn y tế cũng như giúp bảo vệ sức khỏe cho người bệnh, nhân viên y tế và cộng đồng.

Thực trạng phân loại chất thải rắn y tế

Qua nghiên cứu thực hiện trên 21 khoa tại bệnh viện cho thấy 100% các khoa đều thực hiện phân loại chất thải rắn y tế. Có thể nói bệnh viện đã thực hiện khâu

phân loại CTRYT vô cùng tốt. Kết quả của chúng tôi cao hơn của tác giả Hoàng Cao Sạ và cộng sự (2015) cho thấy 100% các khoa đều có dụng cụ để vận chuyển chất thải đúng quy định, chất thải được thu gom vào dụng cụ đúng mã màu (83,3%), lượng chất thải chỉ đầy 3/4 túi và cổ túi được buộc lại (91,6%).⁵

Thực trạng dụng cụ dùng để vận chuyển chất thải rắn y tế

100% các khoa đều có sử dụng dụng cụ vận chuyển chất thải rắn y tế như: Các túi nilon có đủ màu sắc theo quy định, có đủ túi nilon đựng CTRYT, có thùng kháng khuẩn đựng chất thải sắc nhọn, túi đựng chất thải có biểu tượng theo quy định, có thùng để thu gom các túi chất thải và túi đựng chất thải có thể tích phù hợp. Do bệnh viện đang trong quá trình cải tạo xây dựng nên chỉ có 9,5% (02 khoa) là được trang bị túi đựng chất thải 0,1m³ (100kg) (khoa Truyền nhiễm và GMHS), để thuận lợi cho việc vận chuyển đa số các khoa dùng túi có thể tích nhỏ hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Kim Chi về quản lý chất thải y tế và công nghệ xử lý tại 172 bệnh viện thuộc 5 thành phố Hà Nội, Hải Phòng, Huế, Đà Nẵng, và thành phố Hồ Chí Minh³³ cho thấy chỉ Có 30,1% bệnh viện sử dụng hộp đựng vật sắc nhọn theo quy định; 1,7% bệnh viện không sử dụng túi chứa chất lây nhiễm màu sắc theo quy định; 20,8% bệnh viện sử dụng các công cụ như xô, thùng, túi để vận chuyển chất thải.⁶

Thực trạng thu gom chất thải rắn y tế

Về vấn đề thu gom chất thải rắn y tế, hoàn toàn 100% các khoa ở bệnh viện đã thu gom theo đúng quy định và thực hiện tốt việc thu gom rác thải rắn y tế. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Khuất Thanh Bình (2019), chỉ khác ở tiêu chí chất thải đầy vừa phải và cổ túi được buộc lại chiếm 92,9% các khoa phòng thực hiện.⁷

Thực trạng vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế

Các khoa lưu giữ chất thải đúng quy định, chất thải tái sử dụng được lưu giữ riêng, chất thải giải phẫu được xử

lý ngay, CTRYT được đựng trong túi nilon buộc kín miệng khi vận chuyển đạt tỷ lệ cao nhất với 100%. Tiếp đến là việc vận chuyển chất thải y tế về nơi tập kết đúng quy định của các khoa với 95% và cuối cùng là chỉ có 2 khoa (chiếm 9,5%) có sổ theo dõi chất thải hàng ngày. So sánh với kết quả nghiên cứu của Hoàng Cao Sạ và cộng sự (2015) cho thấy chất thải được lưu giữ đúng thời gian quy định, không lưu giữ chất thải giải phẫu và buộc kín miệng túi khi vận chuyển đạt 100% khoa phòng, 91,6% đạt tiêu chuẩn về CTRYT được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định.⁵

Thực trạng xử lý chất thải rắn y tế

100% chất thải có nguy cơ lây nhiễm nguy cơ cao đều được xử lý trước khi tập trung về nơi lưu giữ tập trung của bệnh viện (Thu gom về nơi lưu giữ chất thải tập trung của bệnh viện và bàn giao cho công ty đủ tư cách pháp nhân xử lý bằng công nghệ thiêu đốt). Chất thải rắn nguy hại được xử lý bằng hình thức thiêu đốt (giao cho công ty xử lý theo công nghệ lò đốt 2 cấp) tương đương với nghiên cứu của Ngô Thị Kim Chi về quản lý chất thải y tế và công nghệ xử lý tại 172 bệnh viện thuộc 5 thành phố Hà Nội, Hải Phòng, Huế, Đà Nẵng, và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy hình thức xử lý chủ yếu là đốt.⁶

Kiến thức về CTRYT của lãnh đạo các khoa Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

Các lãnh đạo khoa đã nắm được việc quản lý chất thải y tế nói chung và chất thải rắn y tế nói riêng phải thực hiện theo thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 của Bộ Y tế.

5. KẾT LUẬN

- Các khoa đều thực hiện phân loại CTRYT đạt tỷ lệ 100%.
- 100% các khoa đều có sử dụng dụng cụ vận chuyển CTRYT.
- 100% các khoa đã thực hiện thu gom CTRYT theo quy định.

- Việc vận chuyển, lưu trữ CTRYT mới đạt 95% chất thải được vận chuyển về nơi tập trung đúng quy định ở các khoa và có sổ theo dõi chất thải hàng ngày chỉ chiếm 9,5%.

- 100% chất thải được xử lý đảm bảo yêu cầu quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sở Y tế tỉnh An Giang, Hướng dẫn quản lý chất thải rắn y tế trong khuôn viên cơ sở y tế. Truy cập ngày 24/04/2023. <https://soyte.angiang.gov.vn/wps/portal/Home/trang-chu/tin-chi-tiet/sa-khoitin/sa-vsattp/syt564>
- [2] Bộ Tài nguyên và Môi Trường, Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015. <http://vea.gov.vn/Documents/bao%20cao%20moi%20truong%20quoc%20gia/BCMT2011-2015-da-nen.pdf?csf=1&e=zXM3dK>
- [3] Cổng Thông tin điện tử Chính phủ. Thông tư số 20/2021/TT-BYT của Bộ Y tế: Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế.
- [4] Giới thiệu bệnh viện Đa Khoa Sơn Tây. Truy cập ngày 24/04/2023. <https://benhviendakhoasontay.vn/gioi-thieu/>
- [5] Hoàng Cao Sạ, Ngô Thị Nhu và Trần Văn Thắng (2015). Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại bệnh viện đa khoa huyện Mai Sơn năm 2014. Tạp chí y học cộng đồng, 23, 22-28.
- [6] Ngô Thị Kim Chi. Nghiên cứu thực hành quản lý chất thải y tế và công nghệ xử lý tại Việt Nam. 7, 55-58, 2012.
- [7] Khuất Thanh Bình, Thực trạng quản lý và kiến thức thực hành của nhân viên y tế về chất thải rắn y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Mộc Châu tỉnh Sơn La năm 2018, Luận văn Bs chuyên khoa cấp II chuyên ngành Quản lý Y tế, Trường đại học Y Hà Nội, 2018.



SITUATION OF MANAGEMENT OF PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES AT MINH QUANG AREA, BA VI DISTRICT, HANOI IN 2022

Nguyen Ba Minh^{1*}, Chu Van Thang², Tran Thi Nhi Ha³, Chu Van Thanh³

¹Ba Vi medical Center - Tay Dang, Ba Vi, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Health Department - No 04 Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to provide a description of the current situation of outpatient management of patients with type 2 diabetes at Minh Quang area general clinic, Ba Vi district, Hanoi in 2022

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, to describe the current situation of outpatient management of 206 patients with type 2 diabetes at Minh Quang regional general clinic, Ba Vi district, Hanoi in 2022.

Results: Overall, the rate of patients with type 2 diabetes who were managed and treated satisfactorily was 67.48%. Specifically, 85.92% of patients with diabetes were reminded by health workers and recorded the time of follow-up examination in the monitoring book; the rate of patients receiving correct, sufficient and all medication treatment was shallow at 26.21%. The rate of patients being monitored for diabetes drug treatment was 65.53%; was tested for blood glucose at each follow-up visit was 87.86% and re-evaluated risk factors for hyperglycemia was 78.64%; The proportion of patients who received advice from health workers about diabetes treatment regimens was 91.75%. The proportion of patients who have ever been transferred to a higher level for treatment is 37.38%.

Conclusion: In order to competently manage the outpatient treatment of patients with type 2 diabetes, it is necessary to ensure medical staff; facilities and equipment of the clinic; therapeutic drugs; policy mechanisms and from patients.

Keywords: Management of Type 2 Diabetes, Minh Quang Regional General Clinic.

*Corresponding author

Email address: minhhtytebavi@gmail.com

Phone number: (+84) 984 724 640

<https://doi>

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA KHU VỰC MINH QUANG, HUYỆN BA VÌ, TP HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Bá Minh^{1*}, Chu Văn Thăng², Trần Thị Nhị Hà³, Chu Văn Thanh³

¹Trung tâm Y tế Ba Vì - Thị trấn Tây Đằng, Ba Vì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả thực trạng quản lý đái tháo đường tít 2 tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022.

2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tít 2 tại phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính nhằm mô tả thực trạng quản lý điều trị ngoại trú 206 bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tít 2.

Kết quả: Đánh giá chung tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ tít 2 được quản lý điều trị đạt yêu cầu là 67,48%. Cụ thể, 85,92% bệnh nhân ĐTĐ được CBYT nhắc nhở và ghi thời gian tái khám vào sổ theo dõi; tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc đúng, đủ và đều rất thấp là 26,21%. Tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi điều trị thuốc ĐTĐ là 65,53%; được xét nghiệm glucose máu trong mỗi lần tái khám là 87,86% và đánh giá lại các yếu tố nguy cơ gây tăng glucose máu là 78,64%; Tỷ lệ bệnh nhân nhận được sự tư vấn từ CBYT về các chế độ điều trị ĐTĐ là 91,75%. Tỷ lệ bệnh nhân đã từng chuyển lên tuyến trên để điều trị là 37,38%.

Quản lý điều trị ĐTĐ tít 2 bị ảnh hưởng bởi hai yếu tố chính: Yếu tố thuộc về phòng khám (nhân lực, trang thiết bị, thuốc men,...) và yếu tố môi trường ngoài.

Kết luận: Để quản lý tốt điều trị ngoại trú bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tít 2 cần đảm bảo về nhân lực cán bộ y tế; cơ sở vật chất, trang thiết bị của phòng khám; thuốc điều trị; cơ chế chính sách và từ người bệnh.

Từ khoá: Quản lý Đái tháo đường tuýp 2, Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang.

*Tác giả liên hệ

Email: minhhtytebavi@gmail.com

Điện thoại: (+84) 984 724 640

https://doi



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose máu do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. ĐTĐ là một bệnh đang gia tăng ở các quốc gia công nghiệp hóa và các nước đang phát triển, trong số đó có hơn 90% là ĐTĐ tít 2. Sự bùng nổ của ĐTĐ tít 2 và những biến chứng của bệnh đang là thách thức lớn với cộng đồng. Theo công bố của Hiệp hội ĐTĐ thế giới năm 2013, ước tính trên toàn cầu có khoảng 371 triệu người mắc bệnh ĐTĐ, trong đó hơn 80% người bị bệnh ĐTĐ đang sống ở những quốc gia có thu nhập hoặc thu nhập trung bình. Số người mắc bệnh ĐTĐ trên toàn cầu dự kiến sẽ gia tăng trên 2 lần vào năm 2030 [1].

Trong những năm vừa qua phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang đang dưới sự chỉ đạo của Sở Y tế Hà Nội phòng chống các bệnh không lây nhiễm, phòng khám đã thực hiện nhiệm vụ triển khai các hoạt động của chương trình ĐTĐ. Tuy nhiên, trên thực tế qua số sách, báo cáo thì tình hình quản lý điều trị bệnh nhân ĐTĐ tại phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội cũng còn nhiều vấn đề cần xem xét. Cụ thể thuốc điều trị ĐTĐ tại phòng khám cấp cho cho bệnh nhân hàng tháng còn thiếu. Qua khảo sát nhanh, vẫn còn bệnh nhân ĐTĐ chưa hiểu rõ về bệnh ĐTĐ, ngay cả khi có những hiểu biết nhất định về bệnh ĐTĐ thì việc thực hành điều trị của bệnh nhân còn hạn chế. Có khoảng 6- 7% bệnh nhân ĐTĐ bỏ điều trị giữa chừng [2]. Đứng trước thực tế đó, nhiều câu hỏi được đặt ra như: Quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội hiện nay đang được thực hiện như thế nào? Có cần điều chỉnh gì không? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến các hoạt động này? Làm thế nào để khắc phục được những yếu tố cản trở đến việc thực hiện các hoạt động quản lý điều trị bệnh nhân ĐTĐ?

Xuất phát từ thực tế trên, để có bằng chứng tin cậy cho việc đề xuất các giải pháp nhằm triển khai các hoạt động quản lý bệnh nhân ĐTĐ hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường tít 2 tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, Thành phố Hà Nội năm 2022”**. Với 02 mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tít 2 tại phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022.*

2. *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tít 2 tại phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân và hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ tít 2 đang quản lý điều trị ngoại trú tại phòng khám ĐTĐ - Phòng khám Đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội.

- Bệnh nhân có khả năng giao tiếp để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có biến chứng nặng mà không thể tham gia nghiên cứu được.

- Bệnh nhân già yếu không thể nghe rõ câu hỏi để trả lời phỏng vấn.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu

Phòng khám Đa khoa khu vực Minh Quang, xã Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 07/2022-12/2022

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Chọn toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ tít 2 được quản lý điều trị tại phòng khám ĐTĐ - Phòng khám Đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội, tổng số bệnh nhân đái tháo đường đủ điều kiện tham gia trong nghiên cứu này là 206.

Nghiên cứu định tính

Cỡ mẫu nghiên cứu định tính: tiến hành phỏng vấn lãnh đạo Trung tâm y tế huyện (01 người), trưởng phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang (01 người), bác sĩ trực tiếp khám và điều trị (02 người); thảo luận nhóm với điều dưỡng tại phòng khám ĐTĐ (04 người) và

nhóm bệnh nhân ĐTĐ tít 2 đang được quản lý điều trị ngoại trú tại phòng khám ĐTĐ (10 người).

Chọn mẫu: có chủ đích.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu

Số liệu được nhập trên phần mềm Excel

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epi Data

Sử dụng phần mềm SPSS18.0 để phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng quản lý đái tháo đường tít 2 và một số yếu tố liên quan của người bệnh tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022

- Nghiên cứu tiến hành ở 206 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ tít 2 đang được quản lý điều trị ngoại trú tại phòng khám ĐTĐ, khoa khám bệnh - Phòng khám Đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội thu được một số kết quả như sau:

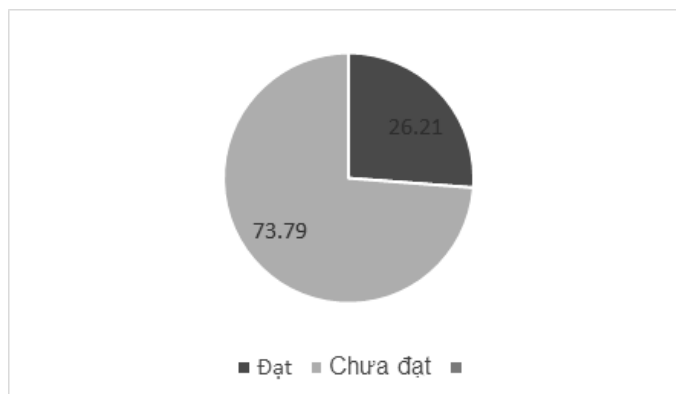
Bảng 3.1. Biện pháp nhắc nhở bệnh nhân khi quên ngày tái khám (n =206)

Biện pháp nhắc nhở	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
- Gọi điện thoại trực tiếp	177	85,92
- Gửi tin nhắn trực tiếp	18	8,74
- Thông qua bệnh nhân khác	11	5,34
Tổng số	206	100

Kết quả tại bảng 3.1 cho thấy các biện pháp nhắc nhở của CBYT tại phòng khám ĐTĐ đối với mỗi bệnh nhân ĐTĐ khi quên hoặc đến ngày hẹn tái khám không thấy bệnh nhân đến, CBYT đã kịp thời thông tin tới bệnh

nhân như: gọi điện thoại và gửi tin nhắn trực tiếp hoặc thông qua bệnh nhân khác. Trong đó, gọi điện thoại trực tiếp cho bệnh nhân có tỷ lệ cao nhất (chiếm 85.92%).

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ được điều trị thuốc ĐTĐ tại phòng khám đúng, đủ và đều (n = 206)



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ được điều trị thuốc, theo dõi sát trong quá trình điều trị đạt yêu cầu là 26,21%; chưa đạt yêu cầu là 73,79%.



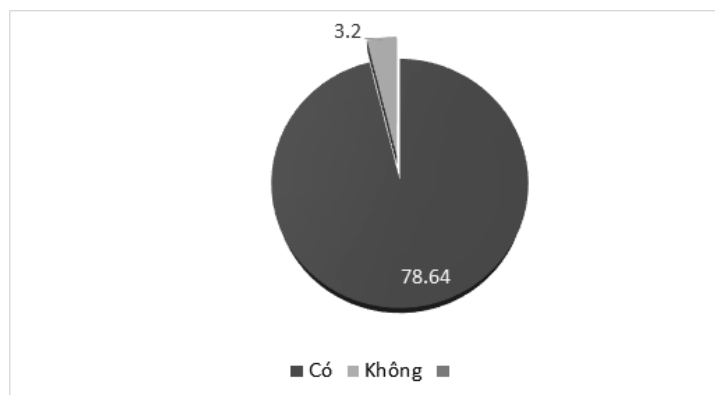
Bảng 3.2. Hoạt động theo dõi điều trị thuốc ĐTĐ cho bệnh nhân (n = 206)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân được CBYT hỏi và nhận định các tác dụng phụ của thuốc trong lần khám gần đây nhất		
<i>Có</i>	135	65,53
<i>Không</i>	71	34,47
Bệnh nhân đã từng gặp tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTĐ		
<i>Có</i>	41	19,90
<i>Không</i>	165	80,10
CBYT xử trí khi bệnh nhân gặp tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTĐ (n= 44)		
<i>Điều chỉnh liều/loại thuốc khác ít có tác dụng phụ</i>	37	81,6
<i>CBYT biết nhưng vẫn không làm gì</i>	7	18,4

Về hoạt động theo dõi điều trị thuốc ĐTĐ cho bệnh nhân, hơn một nửa (65.53%) số bệnh nhân được CBYT hỏi và nhận định các tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTĐ; số bệnh nhân đã từng gặp tác dụng phụ của thuốc

điều trị ĐTĐ là 19.90%. Trong số đó, phần lớn bệnh nhân đã được CBYT điều chỉnh liều/loại thuốc để ít có tác dụng phụ hơn (80.10%).

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ được đánh giá lại các yếu tố nguy cơ làm tăng glucose máu trong lần tái khám gần nhất



Trong lần tái khám gần với thời điểm điều tra thì hầu hết bệnh nhân ĐTĐ đã được CBYT đánh giá lại các yếu tố nguy cơ làm tăng glucose máu (chiếm 78,64%).

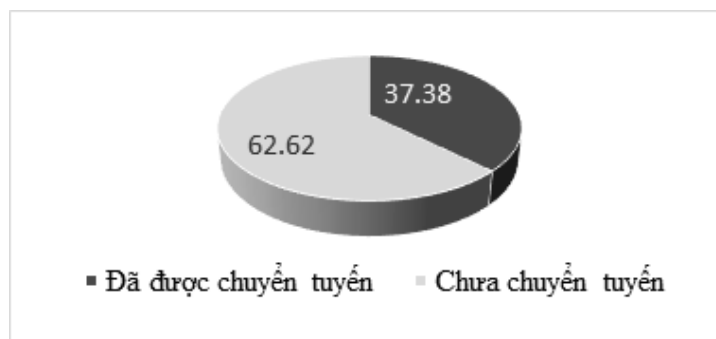
Bảng 3.3. Hoạt động tư vấn hướng dẫn điều trị đái tháo đường (n = 206)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân được CBYT tư vấn về các chế độ điều trị bệnh ĐTĐ		
Có	189	91,75
Không	17	8,25
Các biện pháp thay đổi lối sống nhằm hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ gây tăng glucose máu và phòng biến chứng		
< 3 biện pháp thay đổi lối sống	172	83,50
≥ 3 biện pháp thay đổi lối sống	34	16,50
Nhận xét của bệnh nhân về cách tư vấn của CBYT		
Tương đối rõ ràng/rõ ràng/rất rõ ràng	180	87,38
Không rõ ràng/rất không rõ ràng	26	12,62

Kết quả bảng 3.3 cho thấy hầu hết bệnh nhân ĐTĐ (91.75%) được CBYT tư vấn về các chế độ trong điều trị bệnh ĐTĐ như: (chế độ ăn; chế độ luyện tập; chế độ dùng thuốc; chế độ theo dõi glucose máu và chế độ khám sức khỏe định kỳ”. Đồng thời bệnh nhân cũng

được CBYT tư vấn về các biện pháp thay đổi lối sống để hạn chế yếu tố nguy cơ làm tăng glucose máu. Tuy nhiên, số bệnh nhân được tư vấn ít hơn 3 biện pháp về thay đổi lối sống chiếm tỷ lệ cao (83.50%).

Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đã từng được chuyển lên tuyến trên



Kết quả biểu đồ 3.3 cho biết tỷ lệ chuyển tuyến ở bệnh nhân ĐTĐ. Theo đó, có đến hơn 37,0% bệnh nhân ĐTĐ được quản lý điều trị tại phòng khám ĐTĐ, khoa khám bệnh-Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang đã từng được chuyển lên tuyến trên để điều trị.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường typ 2

Những người tham gia nghiên cứu đã đề cập tới một số yếu tố từ phía cung cấp dịch vụ ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh ĐTĐ, bao gồm: CBYT chưa chủ động trong cập nhật những vấn đề chuyên môn, thiếu nhân lực, sự nhiệt tình của CBYT, số lượng thuốc cấp phát

cho bệnh nhân chưa hợp lý, thiếu kinh phí, thiếu trang thiết bị y tế, tài liệu truyền thông và sự phối hợp giữa các khoa phòng trong Bệnh viện còn hạn chế.

Về nhân lực

“Về nhân lực cũng ảnh hưởng nhiều đến công việc, công việc tại phòng khám ĐTĐ rất nhiều việc và không có nhiều thời gian nên làm gì toàn phải lồng ghép vào công việc khám, chữa bệnh, vừa khám bệnh vừa phải tuyên truyền và tư vấn chứ không dành riêng thời gian cho việc tuyên truyền và tư vấn” (PVS-Lãnh đạo phòng khám).

Trình độ chuyên môn của CBYT tại phòng khám ĐTĐ



còn nhiều hạn chế, số cán bộ chưa được đào tạo chuyên sâu về chuyên ngành mà chủ yếu được đào tạo về các lớp ngắn hạn sơ bộ từ 3 đến 6 tháng về chuyên ngành nội tiết-ĐTĐ.

Trang thiết bị

“Mới chỉ được trang bị máy thử đường huyết mao mạch, còn các trang thiết bị khác vẫn sử dụng chung với hệ thống Phòng khám đa khoa, phòng khám ĐTĐ cũng đang rất cần có một cái máy để hỗ trợ và chăm sóc biến chứng bàn chân do ĐTĐ mà cũng không được, chính vì thiếu trang thiết bị dẫn đến việc bệnh nhân phải chờ đợi lâu khi khám và làm xét nghiệm. bệnh nhân họ cũng phàn nàn nhiều lắm...”(PVS-Lãnh đạo khoa khám bệnh).

Yếu tố môi trường ngoài Văn bản, chính sách

Luật Bảo hiểm y tế:

“Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016 thông tuyến khám chữa bệnh là không quản lý được bệnh nhân, nhiều bệnh nhân đi khám chữa bệnh ở một cơ sở y tế khác cùng tuyến...cái lớn nhất là vấn đề thông tuyến ảnh hưởng đến quản lý bệnh nhân ĐTĐ” (PVS-CBYT2).

“Trước kia là vẫn quản lý theo đúng tuyến, tất cả bệnh nhân ĐTĐ muốn đi khám lấy được thuốc là phải qua phòng khám ĐTĐ của Bệnh viện, nhưng bây giờ nó bị phá vỡ, hiện giờ đang bị phá vỡ và chưa có kế hoạch nào để làm lại được” (PVS- CBYT3).

Yếu tố từ cá nhân bệnh nhân

Trình độ dân trí:

“Trình độ dân trí không đồng đều, nên nó cũng có cái hạn chế về tư vấn cho bệnh nhân...” (PVS-Bác sĩ khám và điều trị).

“Có đến 30,58% là người dân tộc thiểu số, cái này nó ảnh hưởng đến nhận thức của bệnh nhân, nó cũng ảnh hưởng đến chương trình quản lý điều trị bệnh ĐTĐ... mình tư vấn như vậy nhưng vẫn có nhiều bệnh nhân chưa hiểu, có thể mình tư vấn họ cũng biết nhưng để mà nói hiểu thì cũng chưa hiểu hết được những gì mình tư vấn” (PVS-BS khám và điều trị).

Tình trạng kinh tế:

“Cũng không có tiền để mua máy đo đường huyết để đo ở nhà”(TLN-Bệnh nhân nhóm 1).

“Bệnh của tôi nặng kèm theo biến chứng, tuyến dưới không điều trị được phải chuyển tôi đến đây để điều trị,

nhưng do nhà cũng khó khăn và xa phòng khám mỗi lần đi khám cũng phải mất một số tiền đi lại và cũng phải ăn uống ở đấy nữa nên cũng tốn kém lắm, nhiều tháng cũng bỏ không đi khám và lấy thuốc được”(TLN-Bệnh nhân nhóm 2).

Kiến thức của bệnh nhân về điều trị bệnh ĐTĐ:

“Bệnh nhân không hiểu, cứ cho rằng uống thuốc là phải khỏi, uống khi thấy glucose máu bình thường thì bệnh nhân lại bỏ thuốc và cho rằng mình đã khỏi bệnh. Nhưng thực tế không phải, điều trị ĐTĐ yêu cầu phải uống duy trì và đều đặn” (PVS- BS khám và điều trị)

Thực hành tái khám không đều, bệnh nhân tự ý mua thuốc điều trị ở ngoài:

“Những trường hợp hay đến thì tư vấn được là tốt, những trường hợp không đến thì không biết tư vấn điều trị kiểu gì, rất khó” (PVS-BS khám và điều trị).

“Người ta không đến thì mình tư vấn với điều trị cho họ làm sao, đấy là rất khó” (PVS-BS khám và điều trị).

Hay một số bệnh nhân khác tự ý mua thuốc ở ngoài:

“Họ tự ra mua thuốc và hỏi các dược sĩ, cho nên nó không theo một liều lượng nào. Thường họ thường dùng thuốc theo thói quen hoặc họ mang sổ cũ đi mua, như thế nó cũng có cái hạn chế nhất định” (PVS-BS khám và điều trị).

4. BÀN LUẬN

Việc thực hiện tốt tuân thủ tái khám đúng hẹn còn do nhận thức của mỗi bệnh nhân cũng như sự quan tâm, nhắc nhở của CBYT và người nhà đối với bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 85,92% bệnh nhân được nhắc nhở kịp thời. (CBYT gọi điện thoại trực tiếp cho bệnh nhân) mỗi khi bệnh nhân quên lịch tái khám định kỳ hoặc do một lý do nào đó mà bệnh nhân không thể đến khám theo đúng lịch hẹn.

Trong quản lý điều trị bệnh ĐTĐ, hoạt động theo dõi việc dùng thuốc của bệnh nhân ĐTĐ là rất quan trọng. Mỗi một nhóm thuốc điều trị ĐTĐ đều có cơ chế tác dụng khác nhau, tất cả đều dẫn đến tăng glucose máu gây nên các biến chứng cấp tính đe dọa tính mạng hoặc gây tử vong. Do đó, hầu hết các thuốc điều trị ĐTĐ đều có tác dụng phụ (ít hoặc nhiều) và tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTĐ là không giống nhau ở mỗi bệnh nhân cũng như hầu hết các thuốc trong điều trị bệnh khác. Hơn nữa, thuốc điều trị ĐTĐ cần phải dùng liên

tục vì vậy theo dõi tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTD trên bệnh nhân lại càng cần thiết để có thể giúp họ lựa chọn được loại thuốc điều trị phù hợp nhất trong lâu dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 65,53% bệnh nhân ĐTD được CBYT hỏi và nhận định về các tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTD đang dùng. Ngoài ra, trong quá trình sử dụng thuốc khi có những biểu hiện bất thường thì bệnh nhân cũng nên chủ động thông báo ngay cho CBYT để điều chỉnh liều lượng hoặc sử dụng một loại thuốc khác thay thế. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy 19,90% bệnh nhân đã từng gặp các tác dụng phụ của thuốc điều trị ĐTD. Trong đó, có 81,6% bệnh nhân được CBYT điều chỉnh liều lượng hoặc loại thuốc khác ít có tác dụng phụ hơn. Những kết quả này đề được thu thập và đánh giá từ phía bệnh nhân, nên có thể nói kết quả của nghiên cứu phản ánh khá khách quan về hoạt động theo dõi điều trị thuốc ĐTD cho bệnh nhân đang được quản lý điều trị tại phòng khám ĐTD, Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội. Đồng thời, CBYT đã thực hiện tương đối tốt vai trò của mình trong hoạt động theo dõi điều trị thuốc đối với bệnh nhân ĐTD đang được quản lý điều trị tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang.

Bệnh ĐTD nếu không được điều trị và theo dõi tốt có thể làm tổn thương các cơ quan đích, bao gồm: tim mạch, não, thận, mắt. Glucose máu tăng kết hợp các yếu tố nguy cơ làm gia tăng đáng kể khả năng xảy ra các biến chứng do ĐTD, thường các yếu tố nguy cơ hay đi kèm nhau, thúc đẩy nhau phát triển và làm nguy cơ bệnh tăng theo cấp số nhân. Một số yếu tố nguy cơ thường gây tăng glucose máu ở bệnh nhân ĐTD như: rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân, béo phì, ít vận động, căng thẳng và sử dụng rượu/bia quá mức. Do vậy, kết quả điều trị ĐTD không chỉ phụ thuộc vào việc dùng thuốc mà còn phụ thuộc cả việc điều chỉnh lối sống của bệnh nhân trong sinh hoạt hàng ngày như giảm cân nặng, hạn chế rượu bia, không hút thuốc lá. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được CBYT đánh giá lại về các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân ĐTD trong nghiên cứu này có tỷ lệ là 78,64%. Từ kết quả này cho thấy hoạt động quản lý điều trị bệnh ĐTD tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội đã chú trọng đến việc đánh giá lại các yếu tố nguy cơ làm tăng glucose máu ở bệnh nhân ĐTD để nhằm giảm thiểu các biến chứng do ĐTD gây ra. Chính vì vậy, bên cạnh việc theo dõi chỉ số glucose máu, theo dõi điều trị thuốc ở bệnh nhân ĐTD thì CBYT cần phải thường xuyên cùng với bệnh nhân đánh giá lại các yếu

tố nguy cơ làm tăng glucose máu cũng như các biến chứng của ĐTD.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 91,75% BN thường nhận được sự tư vấn từ CBYT trong mỗi lần khám và điều trị; có 87,38% bệnh nhân ĐTD cho là các nội dung tư vấn của CBYT tương đối rõ ràng và dễ hiểu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (2013) [3] với hướng dẫn cách dùng thuốc và theo dõi bệnh là 79,5%; chế độ ăn uống, sinh hoạt 60,5%; tự theo dõi glucose máu tại nhà 35,7%. Qua kết quả này một phần nào đã cho thấy CBYT tại phòng khám ĐTD đã tích cực trong việc tư vấn, hướng dẫn điều trị cho bệnh nhân ĐTD đang được quản lý điều trị tại phòng khám ĐTD. Kết quả nghiên cứu định tính cũng đã củng cố và khẳng định cho kết quả của nghiên cứu định lượng khi chỉ ra rằng bên cạnh việc khám bệnh, kê đơn thuốc và cấp phát thuốc cho bệnh nhân ĐTD thì CBYT tại phòng khám ĐTD đã hướng dẫn cụ thể cho BN về cách dùng thuốc và chế độ sinh hoạt hàng ngày như: bệnh nhân cần phải hạn chế ăn dầu/mỡ, phủ tạng động vật, các thức ăn dễ gây tăng nhanh glucose máu... Tuy nhiên, bệnh nhân ĐTD vẫn có mong muốn là được CBYT tư vấn nhiều hơn về các tác dụng phụ của thuốc mà bệnh nhân có thể gặp phải khi điều trị. Kỹ năng tư vấn của CBYT tốt là yếu tố thúc đẩy bệnh nhân ĐTD tăng cường sự tuân thủ chế độ điều trị, hiểu biết về bệnh và biết cách phòng ngừa các biến chứng do bệnh ĐTD. Kết quả này đã phản ánh được hiệu quả của hoạt động quản lý điều trị bệnh ĐTD tại phòng khám ĐTD-Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội.

CBYT chưa được cập nhật những vấn đề chuyên môn, trình độ còn hạn chế. Tần suất tập huấn cho CBYT làm công tác quản lý điều trị bệnh ĐTD còn ít và không thường xuyên. Tần suất tập huấn ít nên ảnh hưởng đến hoạt động tư vấn cho bệnh nhân ĐTD, cụ thể trong kết quả nghiên cứu định tính đã chứng minh là CBYT chưa được cập nhật những vấn đề về chuyên môn. Do đó, chương trình phòng chống ĐTD cần tăng tần suất tập huấn cho CBYT làm công tác quản lý điều trị bệnh ĐTD khoảng 2 lần/năm, với 2 buổi/một lần tập huấn những nội dung kiến thức cập nhật cho CBYT. Áp dụng phương pháp “*vết dầu loang*” CBYT phòng khám ĐTD được đi tập huấn và chính họ là những người tập huấn lại cho CBYT tuyến dưới để đội ngũ nhân lực CBYT được toàn diện hơn về năng lực, chuyên môn.

Danh mục thuốc BHYT cung cấp cho bệnh nhân còn



hạn chế và không chế vượt trần của BHYT trong điều trị. Việc cung ứng thuốc tại phòng khám chưa kịp thời, công tác đấu thầu thuốc còn nhiều khâu về thủ tục. Tất cả các yếu tố đó đã gây khó khăn cho BHYT trong công tác khám và điều trị, bệnh nhân phải chi trả tiền đối với một số loại thuốc không nằm trong danh mục...Rõ ràng kết quả của nghiên cứu định tính đã cho thấy sự cần thiết về những giải pháp giữa BHYT và cơ sở y tế để nguồn sử dụng thuốc cho bệnh nhân được dồi dào, phong phú và đem lại hiệu quả trong hoạt động điều trị bệnh ĐTĐ.

Về trang thiết bị y tế tại phòng khám ĐTĐ chưa được trang bị sử dụng độc lập vẫn sử dụng chung với toàn hệ thống trang thiết bị của phòng khám đa khoa, một số trang thiết bị tại phòng khám ĐTĐ còn thiếu và chưa được bổ sung. Những hạn chế về trang thiết bị là yếu tố rào cản gây ảnh hưởng đến hoạt động theo dõi điều trị bệnh ĐTĐ.

Các yếu tố thuộc về chính sách cũng được phát hiện với hoạt động quản lý điều trị bệnh ĐTĐ. Theo Quy định tại khoản 3 điều 22 luật BHYT sửa đổi bổ sung năm 2014 quy định từ ngày 01/01/2016 người tham gia BHYT, đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám chữa bệnh tuyến xã và tuyến huyện khi khám, chữa bệnh không đúng tuyến trên địa bàn thì được quỹ BHYT thanh toán 100% [6] các chi phí khi khám chữa bệnh. Có nghĩa là bệnh nhân không bị giới hạn bởi một cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu nên hiện nay Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội rất khó khăn trong quản lý bệnh nhân ĐTĐ. Tuy nhiên, nếu suy rộng ra thì đây lại là một yếu tố tạo sự thúc đẩy bởi chính sách này đã gây “sức ép” và đòi hỏi Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội phải làm tốt hơn để phục vụ bệnh nhân trong chuyên môn cũng như các hoạt động trong quản lý điều trị bệnh ĐTĐ để thu hút được bệnh nhân đến khám và điều trị tại phòng khám. Nếu Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội làm không tốt, BN có thể đến bất kỳ cơ sở khám, chữa bệnh nào trên địa bàn huyện mà họ cảm thấy hài lòng để điều trị và như vậy sẽ rất khó để quản lý bệnh nhân ĐTĐ.

Bên cạnh đó, huyện Ba Vì với đặc thù là một huyện miền núi, trình độ dân trí không đồng đều. Thói quen và nếp sống của người dân tộc Dao và Mường khó có thể thay đổi được các thói quen và hành vi của họ. Ngoài ra, hoạt động tư vấn truyền thông cho người dân tộc

cũng gặp khó khăn bởi có những BN chưa thành thạo tiếng kinh. Các đặc điểm xã hội này gây khó khăn trong quản lý điều trị bệnh ĐTĐ. Điều này gợi ý BHYT nên tư vấn rõ ràng và nội dung tư vấn cho bệnh nhân cần được thiết kế phù hợp với đặc thù của người dân nơi đây.

Yếu tố từ cá nhân bệnh nhân

Trong quản lý điều trị bệnh ĐTĐ, kiến thức, thực hành điều trị ĐTĐ của cá nhân bệnh nhân đóng vai trò hết sức quan trọng. Kiến thức, thực hành của bệnh nhân tốt góp phần thành công trong quản lý bệnh nhân. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của bệnh nhân hiện nay vẫn còn nhiều hạn chế, thậm chí có bệnh nhân cho rằng uống thuốc là phải khỏi nên khi glucose máu bình thường trở lại thì tự ý bỏ điều trị. Bên cạnh đó, thực hành đi tái khám của bệnh nhân ĐTĐ cũng là một khó khăn trong quản lý được BHYT đề cập đến. Nếu bệnh nhân đi tái khám ít thì BHYT cũng không có điều kiện để thực hiện nhiệm vụ của mình. Do đó, để quản lý bệnh nhân ĐTĐ được hiệu quả thì bản thân bệnh nhân cũng cần tích cực và chủ động hơn trong việc thay đổi kiến thức và thực hành của chính mình.

5. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng quản lý điều trị bệnh ĐTĐ týp 2 tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội

- Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ týp 2 được quản lý điều trị đạt yêu cầu là 67,48%.
- Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ được BHYT BHYT nhắc nhở và ghi thời gian tái khám vào sổ theo dõi là 85,92%.
- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc đúng, đủ và đều là rất thấp 26,21%.
- Tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi điều trị thuốc ĐTĐ là 65,53%
- Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm glucose máu trong mỗi lần tái khám là 87,86%.
- Tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá lại các yếu tố nguy cơ gây tăng glucose máu là 78,64%.
- Tỷ lệ bệnh nhân nhận được sự tư vấn từ BHYT về các chế độ điều trị ĐTĐ là 91,75%.
- Tỷ lệ bệnh nhân đã từng chuyển lên tuyến trên để điều trị là 37,38%

5.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh ĐTD týp 2 tại Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội

Quản lý điều trị ĐTD týp 2 bị ảnh hưởng bởi hai yếu tố chính:

Yếu tố thuộc về Phòng khám

- Nhân lực còn thiếu, CBYT còn hạn chế về trình độ chuyên môn, đặc biệt là chuyên ngành Nội tiết-ĐTD, cơ sở vật chất chưa đáp ứng được với yêu cầu.
- Thiếu trang thiết bị, thuốc men.

Yếu tố môi trường ngoài

- Luật BHYT thông tuyến huyện trong khám, chữa bệnh ban đầu.
- Quy định của BHYT về số lượng thuốc cấp phát cho bệnh nhân một lần tái khám còn ít
- Trình độ dân trí không đồng đều, bệnh nhân là người dân tộc thiểu số chiếm đa số
- Kiến thức, thực hành điều trị ĐTD của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Hải Thủy, “Khảo sát HbA1c huyết tương của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Kỷ yếu toàn văn công trình nghiên cứu khoa học nội tiết và rối loạn chuyển hoá, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Tr.411-417, 2000.

- [2] Phòng khám đa khoa khu vực Minh Quang, huyện Ba Vì, TP Hà Nội (2021), Báo cáo tổng kết công tác khám, chữa bệnh năm 2020, 2021.
- [3] Lê Thị Hương Giang, “Đánh giá tuân thủ điều trị bệnh đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện 198, năm 2013”, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2013.
- [4] Vũ Thị Tuyết Mai, “Thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh Đái tháo đường týp 2 tại Trung tâm Y tế huyện Gia Lâm”, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, 2011.
- [5] Nguyễn Văn Mạnh, “Kết quả quản lý bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện đa khoa huyện Thuận Thành tỉnh Bắc Ninh năm 2014”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên, 2014.
- [6] Quốc hội (Luật số 46/2014/QH13 về việc sửa đổi bổ sung một số điều của luật Bảo hiểm y tế, Hà Nội, tr.9, 2014.
- [7] Phạm Văn Sang và cộng sự, Thực trạng quản lý và điều trị bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang được quản lý điều trị tại bệnh viện đa khoa huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương Năm 2013, đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, 2013.



THE SITUATION OF HYPERTENSION MANAGEMENT IN THE GENERAL CLINIC AND SOME ASSOCIATED FACTORS IN TAN LINH AREA, BA VI DISTRICT, HANOI CITY IN 2022

Nguyen Quang Can^{1*}, Chu Văn Thang², Tran Thi Nhi Ha³, Chu Van Thanh³

¹Thach That Medical Center - Binh Phu, Thach That, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Department of Health - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current situation of hypertension management at Tan Linh Regional General Clinic, Ba Vi district in 2022.

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted, combining quantitative and qualitative approaches, involving 386 outpatients at Tan Linh area general clinic in 2022.

Results: Among 386 hypertensive patients managed at Tan Linh General Clinic, 50% male, 50% female. The specific findings are as follows:

- 47.93% of patients had comorbidities, of which 11.14% had diabetes; 7.77% had lipid metabolism disorders and 6.74% had both diseases
- 68.13% of treated patients reached the target blood pressure
- 79.53% of hypertensive patients adhere to lifestyle modifications
- 82.64% adhere to medication treatment
- The rate of well-managed patients was 66.84%
- The rate of hypertensive patients with complications was 68.65%

Conclusion: Hypertension is a common chronic disease in both men and women over 60 years of age.

Keywords: Hypertension, outpatients, hypertension management, Tan Linh area general clinic.

*Corresponding author

Email address: quangcan1974@gmail.com

Phone number: (+84) 983 588 574

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA KHU VỰC TẢN LĨNH, HUYỆN BA VÌ, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Quang Cần^{1*}, Chu Văn Thăng², Trần Thị Nhị Hà³, Chu Văn Thanh³

¹Trung tâm Y tế Thạch Thất - Bình Phú, Thạch Thất, Hà Nội, Việt Nam
²Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
³Sở Y tế Hà Nội - Số 4 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 15 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tản Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022; Phân tích một số yếu tố liên quan đến quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tản Lĩnh năm 2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính thực hiện trên 386 người bệnh điều trị ngoại trú tại phòng khám đa khoa khu vực Tản Lĩnh năm 2022.

Kết quả: Trong số 386 bệnh nhân tăng huyết áp quản lý tại phòng khám đa khoa Tản Lĩnh, nam chiếm 50%, nữ chiếm 50%; kết quả cụ thể:

- 47,93% bệnh nhân có bệnh mắc kèm, trong đó 11.14% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 7.77% mắc kèm rối loạn chuyển hóa Lipid và 6.74% mắc kèm cả 2 bệnh
- 68,13% bệnh nhân được điều trị đạt huyết áp mục tiêu
- 79.53% bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ về lối sống
- 82.64% tuân thủ việc điều trị thuốc
- Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý tốt là 66,84%
- Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng là 68,65%

Kết luận: Tăng huyết áp là bệnh mạn tính thường gặp ở người > 60 tuổi cả nam và nữ.

Từ khoá: Tăng huyết áp, người bệnh ngoại trú, quản lý tăng huyết áp, Phòng khám đa khoa khu vực Tản Lĩnh.

*Tác giả liên hệ
Email: quangcan1974@gmail.com
Điện thoại: (+84) 983 588 574



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một thách thức lớn đối với ngành y tế thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo ước tính của Hội tim mạch châu Âu và Hội tăng huyết áp châu Âu (ESC/ESH) tỷ lệ tăng huyết áp toàn cầu là 1,13 tỷ người trong năm 2015. Còn theo các nhà khoa học Mỹ, tỷ lệ tăng huyết áp (THA) trên thế giới năm 2000 là 26,4% (tương đương 972 triệu người, riêng các nước đang phát triển chiếm 639 triệu) và sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 với tổng số người mắc bệnh trên toàn thế giới khoảng 1,56 tỷ người [1].

Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh là một trong những cơ sở khám chữa bệnh ban đầu trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Ba Vì, đi đầu trong công tác xây dựng và triển khai đề án quản lý và điều trị Tăng huyết áp từ năm 2016. Tuy nhiên, trong quá trình quản lý, điều trị người bệnh tăng huyết áp cho thấy còn nhiều bất cập trong việc điều trị cũng như sự tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống của người bệnh... Để đánh giá thực trạng quản lý và các yếu tố liên quan đến điều trị người bệnh THA và rút kinh nghiệm trong quản lý, theo dõi điều trị, nâng cao, cải thiện sức khỏe của người bệnh tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Ba Vì, chúng tôi tiến hành đề tài “*Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội năm 2022*” với mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

+ Người bệnh THA đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại phòng khám và điều trị tăng huyết áp tại *Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022* từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh tăng huyết áp nguyên phát có trong danh sách bệnh án quản lý và điều trị ngoại trú tại *Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022*

- Người bệnh có thời gian điều trị THA ngoại trú \geq 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người bệnh THA từ chối tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh THA thứ phát: Do viêm cầu thận mạn, u tủy thượng thận....

- Những người bệnh không thể tham gia nghiên cứu: người bệnh già yếu, không có khả năng nghe và nói, có bệnh tâm thần, suy tim nặng...

Địa điểm tiến hành nghiên cứu:

Tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, xã Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022, Thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 3/2023. Thời gian thu thập số liệu: 01/09/2022 – 31/12/2022

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

+ Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

+ Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: Là số người bệnh tăng huyết áp cần cho nghiên cứu.

p: Tỷ lệ tuân thủ điều trị tham khảo được từ những nghiên cứu tương tự (chọn $p=0,66$; Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt tại TTYT huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2021 có 66,2% người bệnh THA tuân thủ điều trị. [2])

d: Là độ chính xác mong muốn, sai số tối đa cho phép $d=0,05$

α : Chọn mức ý nghĩa thống kê 95%, có $\alpha=0,05$

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị thu được bằng cách tra bảng Z, có $\alpha = 0,05$; $Z = 1,96$.

Kết quả tính được $n=345$ (người bệnh).

Để loại trừ sai số do lựa chọn (HSBA thiếu thông tin hoặc không tiếp cận được), tiến hành lấy thêm 10% số BA vào mẫu nghiên cứu. Từ đó ta có cỡ mẫu: $n=380$ BA.

*** Cách chọn mẫu:**

- Tổng số người bệnh đang quản lý 621 BN (tháng 01/2022), người bệnh được khám định kỳ hàng tháng. Trung bình 1 ngày có 28 người bệnh tái khám và điều trị duy trì.
- Chọn tất cả các người bệnh đến khám ngày thứ 2,4,6; cho đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

Các tiêu chuẩn đánh giá:

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: Theo Tổ chức Y tế Thế giới: ở người trưởng thành (≥ 18 tuổi) gọi là tăng huyết áp khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg.¹² Huyết áp được đo bằng huyết áp kế thủy ngân, đo huyết áp ít nhất 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của 2 lần đo.

Quản lý tốt khi đạt cả ba mục tiêu: Đạt HA mục tiêu: (theo JNC VII); Khám định kỳ hàng tháng: (sổ khám bệnh); Tuân thủ điều trị.

Quản lý không tốt: khi không đạt một trong ba tiêu chuẩn trên.

Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

Đạt HA mục tiêu: (theo JNC VII)

- Đối với hầu hết các người bệnh, HA mục tiêu phải ở mức $< 140/90$ mmHg, thậm chí thấp hơn nếu người bệnh có thể dung nạp được.

- Đối với người bệnh đái tháo đường hoặc có nguy cơ cao, rất cao, huyết áp mục tiêu cần phải đạt là $< 130/80$ mmHg.

Tuân thủ điều trị: Theo khuyến nghị của Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA năm 2010” tuân thủ điều trị tăng huyết áp là bao gồm: Tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống.

Tuân thủ điều trị thuốc: Sử dụng thường xuyên tất cả các thuốc được kê đơn theo đúng chỉ dẫn của bác sỹ. Không tự ý thay đổi thuốc và liều lượng.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022

Nghiên cứu tiến hành ở 386 người bệnh điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì năm 2022 được kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=386)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	≤ 65 tuổi	171	44.30
	>65 tuổi	215	55.70
	Tổng	386	100
Giới	Nam	184	47.67
	Nữ	202	52.33
	Tổng	386	100

Nhận xét: - Nhóm tuổi (≥ 60) chiếm tỷ lệ cao nhất 55.70%, nhóm tuổi ≤ 65 tuổi có tỷ lệ thấp hơn 44.30%. Bệnh nhân nữ và nam có tỷ lệ bằng nhau.



Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh THA có mắc kèm bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa Lipid (n=386)

Bệnh kèm theo		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh mắc kèm		201	52.07
Có bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	43	11.14
	Rối loạn chuyển hóa Lipid	30	7.77
	Mắc cả 2 bệnh	26	6.74
	Khác	68	17.6
Tổng		386	100

Nhận xét: Có 47,93% bệnh nhân tăng huyết áp có mắc kèm các bệnh chuyển hóa trong đó 11.14% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 7.77% có mắc kèm bệnh rối loạn chuyển hóa Lipid; số bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm cả 2 bệnh chiếm 6.74%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp được điều trị đạt mục tiêu (n=263)

Người bệnh đạt HAMD	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 65 tuổi	145	37,56
> 65 tuổi	118	36,56
Tổng	263	68,13

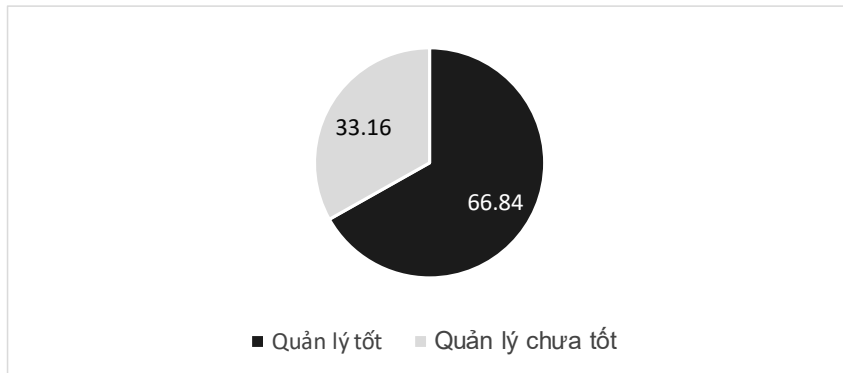
Nhận xét: tiêu thấp hơn bệnh nhân có độ tuổi ≤ 65 tuổi với 36,56%
 Bệnh nhân có độ tuổi > 65 tuổi được điều trị đạt mục và 37,56%

Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp đi khám định kỳ và tuân thủ điều trị (n=386)

Tuân thủ điều trị		SL	%
Tuân thủ lối sống	Có	307	79.53
	Không	79	20.47
Tuân thủ thuốc	Có	319	82.64
	Không	67	17.36

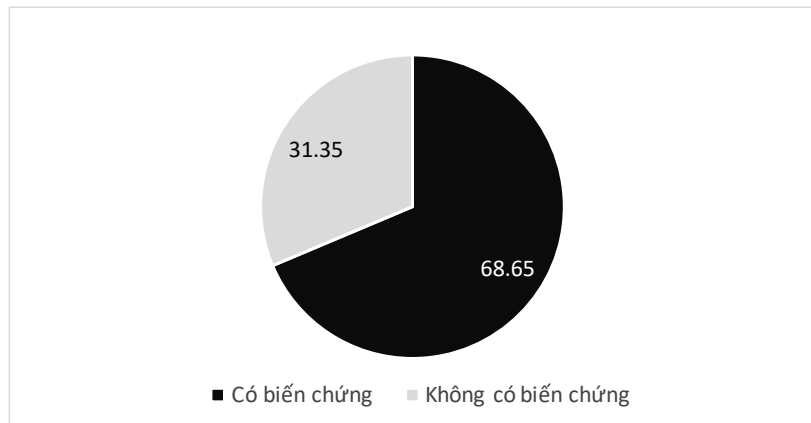
Nhận xét: Có 79.53% bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ về lối sống; 82.64% tuân thủ việc điều trị thuốc.

Hình 3.1. Tỷ lệ người bệnh THA được quản lý tốt (n=368)



Nhận xét: Người bệnh THA được quản lý tốt chiếm 66,84%

Hình 3.2. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp có biến chứng (n=368)



Nhận xét: Có 68,65% người bệnh tăng huyết áp có biến chứng

3.2. Một số yếu tố liên quan đến quản lý tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh năm 2022

Bảng 3.5. Liên quan giữa tuổi, giới và quản lý tăng huyết áp

Yếu tố		Quản lý chưa tốt (SL)	Tỷ lệ %	Quản lý tốt (SL)	Tỷ lệ %	OR (95%CI)	P
Tuổi	≤ 65 tuổi	69	53.91	102	39.53	2.26 (1.24-4.01)	0.0042
	> 65 tuổi	59	46.09	156	60.47	2.12 (1.12-3.63)	0.0087
Giới	Nam	93	72.66	91	35.27		
	Nữ	35	27.34	167	64.73	2.31 (1.45-3.21)	<0.001
Tổng		128	33,16	258	66,83		



Nhận xét: Nhóm tuổi của bệnh nhân có liên quan tới quản lý bệnh tăng huyết áp, cụ thể: nhóm bệnh nhân ≤ 65 tuổi có cơ hội quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn so với nhóm bệnh nhân dưới > 65 tuổi (OR=2.26; 95%CI: 1.24-4.01, $p<0,05$) và (OR=2.12; 95%CI: 1.12-3.63, $p<0,05$). Bệnh nhân nữ có khả năng quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn so với bệnh nhân nam (OR=2.31, 95%CI: 1.45-3.21, $p<0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa việc đo huyết áp và quản lý THA

Đo huyết áp thường xuyên	Quản lý chưa tốt (SL,%)	Quản lý tốt (SL,%)	OR (95%CI)	p
Không	39(30.47%)	2(0.78%)	4.86 (3.24 – 7.31)	<0.001
Có	89(69.53%)	256(99.22%)		
Tổng	128	258		

Nhận xét: Bệnh nhân đo huyết áp thường xuyên có tỷ lệ quản lý tốt bệnh tăng huyết áp chiếm 99.22%, cao hơn tỷ lệ quản lý tốt trong nhóm không đo huyết áp thường xuyên (0.78%). Bệnh nhân đo huyết áp thường xuyên có cơ hội quản lý tốt bệnh tăng huyết áp cao gấp 4,8 lần so với nhóm còn lại (OR=4,86; 95%CI: 3.24 – 7.31; $p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022

Nghiên cứu được tiến hành ở 386 bệnh nhân đang được quản lý và điều trị tại Phòng khám đa khoa Tân Lĩnh, tuổi mắc bệnh - Nhóm tuổi (≥ 60) chiếm tỷ lệ cao nhất 55.70%, nhóm tuổi ≤ 65 tuổi có tỷ lệ thấp hơn 44.30%. Bệnh nhân nữ và nam có tỷ lệ bằng nhau. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Mai Quang Bảo năm 2014 (bệnh nhân ở lứa tuổi trên 60 chiếm 57,1%) [3].

Theo y văn, khi tuổi cao quá trình lão hóa làm giảm hiệu lực của các cơ chế tự điều chỉnh của cơ thể, giảm khả năng thích nghi, bù trừ của các hệ thống thần kinh, thể dịch, tim mạch, nội tiết. Do tác động của các yếu tố di truyền, môi trường sống, chế độ ăn và nhiều yếu tố khác, thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi và trở lên cứng hơn, sức cản của hệ mạch ngoại vi tăng lên dẫn tới tăng huyết áp. Bên cạnh đó tuổi cao sự bài tiết trong cơ thể kém làm tăng sự tích lũy các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp: tăng cholesterol máu, lipid máu... Tuổi cao cũng là một yếu tố nguy cơ

tăng huyết áp, tỉ lệ tăng huyết áp tăng dần theo tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ tăng huyết áp càng cao, nguy cơ tăng huyết áp càng lớn. Vì vậy mỗi người dân nhất là đối tượng cao tuổi cần có một lối sống chuẩn mực, làm việc khoa học, không hút thuốc lá, thuốc Lào, hạn chế dùng chất béo, ăn mặn, uống rượu bia... để làm chậm quá trình lão hóa và gián tiếp phòng bệnh tăng huyết áp.

Thống kê bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh mắc kèm, chúng tôi thu được kết quả (Bảng 3.2): có 52.07% bệnh nhân tăng huyết áp có mắc kèm các bệnh chuyển hóa trong đó 11.14% bệnh nhân mắc kèm bệnh đái tháo đường; 7.77% bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa Lipid và 6.74% bệnh nhân mắc kèm cả 2 bệnh. Đái tháo đường cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp, theo nghiên cứu của Bùi Đức Long, nguy cơ tăng huyết áp ở người tăng glucose máu gấp 2,9 lần so với người bình thường, bệnh tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch [4].

Đánh giá tiêu chí “điều trị đạt mục tiêu”, kết quả tham chiếu bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị đạt mục tiêu tại phòng khám đa khoa Tân lĩnh năm 2022 là 68,13%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Quang Bảo 2014 là 45,2% [5]. Huyết áp mục tiêu là huyết áp dưới 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Đây là mức huyết áp an toàn cho người bệnh, giúp làm giảm các nguy cơ tim mạch và đột quỵ. Điều trị để đạt mức huyết áp mục tiêu giúp người bệnh có thể tránh được các biến chứng nguy hiểm của tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn có 31,87% bệnh nhân chưa đạt huyết áp mục tiêu và đây sẽ là nhóm có nguy cơ biến chứng tim mạch, đột quỵ. Việc tìm hiểu nguyên nhân và có những giải pháp can thiệp kịp thời là cần thiết đối

với nhóm bệnh nhân này.

Nghiên cứu về tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ thay đổi lối sống (79.53%), kết quả bảng 3.4 của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Vương Thị Hồng Hải (tỷ lệ tuân thủ thay đổi lối sống là 63,3%) [6], và cao hơn nghiên cứu của Mai Quang Bảo 2014 là 41,% [5].

Kết quả hình 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tốt đạt 66,84%, kết quả này thấp hơn so với kết quả thu được trong nghiên cứu của tác giả Viên Văn Đoàn năm 2012 khi đánh giá mô hình quản lý, điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Bạch Mai và một số bệnh viện địa phương: tỷ lệ được quản lý tại bệnh viện Bạch Mai là 73,4% và 90,8-94,4% ở các bệnh viện địa phương [7].

Đánh giá về tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng được quản lý tốt, kết quả hình 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng được quản lý tốt là 33.58%, cao hơn tỷ lệ này trong nhóm không có biến chứng (32.23%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Diệp, Huỳnh Kim Phượng (2014): tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng khi vào viện là 44,82%, trong đó biến cố tim mạch 27,69% và tổn thương cơ quan đích 17,13% [8].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến quản lý THA tại PKĐKKV Tân Lĩnh

Nhóm tuổi của bệnh nhân có liên quan tới quản lý bệnh tăng huyết áp, cụ thể: nhóm bệnh nhân ≤ 65 tuổi có cơ hội quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn so với nhóm bệnh nhân > 65 tuổi (OR=2.26; 95%CI: 1.24-4.01, $p<0,05$) và (OR=2.12; 95%CI: 1.12-3.63, $p<0,05$). Bệnh nhân nữ có khả năng quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn so với bệnh nhân nam (OR=2.31, 95%CI: 1.45-3.21, $p<0,05$). Nghiên cứu của Trần Đạt Tân, Trương Quang Đạt năm 2015 tại Thành phố Quy Nhơn, nhóm tuổi từ 45 - 54 tuổi có kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cao hơn nhóm tuổi 25-34 (OR 1,6, $p < 0,05$); phụ nữ thực hành phòng chống tăng huyết áp gấp 4 lần so với nam giới (OR = 4,0; $p < 0,05$) [9]. Nghiên cứu của Mai Quang Bảo (2014) cũng cho thấy, bệnh nhân nữ có tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc cao hơn 2,16 lần, tỷ lệ tuân thủ thay đổi lối sống cao gấp 3,34 lần so với bệnh nhân nam (OR = 3,343; 95% CI: 1,635 – 6,836; P = 0,001)[7].

Bảng 3.6 cho thấy, bệnh nhân đo huyết áp thường xuyên có tỷ lệ quản lý tốt bệnh tăng huyết áp chiếm

99.22%, cao hơn tỷ lệ quản lý tốt trong nhóm không đo huyết áp thường xuyên (0.78%). Bệnh nhân đo huyết áp thường xuyên có cơ hội quản lý tốt bệnh tăng huyết áp cao gấp 4,8 lần so với nhóm còn lại (OR=4,86; 95%CI: 3.24 – 7.31; $p<0,05$). Nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), can thiệp tăng cường thực hành tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Tiên Hải, Thái bình đã giúp tăng 36,4% số bệnh nhân tự đo huyết áp thường xuyên tại nhà, đã giúp tăng thêm 29,2% tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp và tăng thêm 22,6% tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [10].

5. KẾT LUẬN

Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa khu vực Tân Lĩnh, huyện Ba Vì, TP Hà Nội năm 2022

Trong số 386 bệnh nhân tăng huyết áp quản lý tại phòng khám đa khoa Tân Lĩnh, nam chiếm 47,67%, nữ chiếm 52,33%; kết quả cụ thể:

- 47,93% bệnh nhân có bệnh mắc kèm, trong đó 11.14% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 7.77% mắc kèm rối loạn chuyển hóa Lipid và 6.74% mắc kèm cả 2 bệnh
- 68,13% bệnh nhân được điều trị đạt huyết áp mục tiêu
- 79.53% bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ về lối sống
- 82.64% tuân thủ việc điều trị thuốc
- Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý tốt là 66,84%
- Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng là 68,65%

Một số yếu tố liên quan đến quản lý THA tại PKĐKKV Tân Lĩnh

- Bệnh nhân nữ có khả năng quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn so với nam giới (OR=2,31; $p<0,001$);
- Những bệnh nhân đo huyết áp thường xuyên có khả năng quản lý tốt bệnh tăng huyết áp hơn (OR=1,72, $p<0,001$) so với những người không thường xuyên đo huyết áp.

KHUYẾN NGHỊ

Để tăng cường chất lượng của hoạt động quản lý tăng huyết áp cho bệnh nhân:

- Công tác tư vấn cho bệnh nhân cần nhấn mạnh nội



dung liên quan đến các biến chứng cũng như các biện pháp phòng tránh.

- Cần khuyến khích bệnh nhân đo, theo dõi huyết áp thường xuyên hơn để đạt kết quả huyết áp mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Huy Dung, Tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid, 22 bài giảng chọn lọc nội khoa tim mạch, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 57-82, 2003.
- [2] Nguyễn Văn Việt, “Thực trạng tuân thủ điều trị THA và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ngoại trú tại TTYT huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2021”, Trường Đại học Thăng Long, luận văn Thạc sỹ bệnh viện. Nguyễn Minh Tâm, Quản lý tăng huyết áp theo nguyên lý y học gia đình tại tuyến chăm sóc ban đầu.
- [3] Huỳnh Văn Minh, Khuyến cáo của hội Tim Mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn, Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006 - 2010, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tr 2 – 49, 2006.
- [4] Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012.
- [5] Dự án phòng chống tăng huyết áp, Những điểm cần biết về tăng huyết áp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011.
- [6] Mai Quang Bảo, Thực trạng kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị của người bệnh Tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang-Hải Dương 2013. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2014.
- [7] Nguyễn Thị Chính, Một số vấn đề người bệnh tim mạch cần quan tâm. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr. 14-53, 2002.
- [8] Trần Đạt Tân, Trương Quang Đạt, “Đặc điểm và kiến thức về tăng huyết áp của người dân ở các xã đảo của Thành phố Quy Nhơn” Tạp chí Y học Thực hành số 7 (971)/2015, trang 40-43, 2015
- [9] Trần Thị Mỹ Hạnh, “Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người THA trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, Thái Bình”, luận văn tiến sỹ, Đại học Y tế Công cộng, 2017.

RESULTS OF MANAGEMENT AND TREATMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE GRASSROOTS HEALTH LEVEL OF DAN PHUONG DISTRICT IN 2022

Nguyen Van Long^{1*}, Le Thi Thanh Xuan², Vu Duc Canh³, Tran Thi Nhi Ha⁴
Do Thi Thu Ha⁴

¹Dan Phuong district Medical Center - Phung town, Dan Phuong, Hanoi, Vietnam

²School for Preventive Medicine and Public Health - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

⁴Hanoi Department of Health - No 04 Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the results of the management and treatment of hypertensive patients at the grassroots health level in Dan Phuong district, Hanoi in 2022.

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out at 15 commune/town health stations in Dan Phuong district and 1 Lien Hong area general clinic.

Results: In 2022, a total of 7,181 people with hypertension were managed at 16 grassroots health facilities in Dan Phuong district. More than half of hypertensive patients (53.3%) were female and 64.5% of patients were over 65 years old. The rate of patients with chronic diseases was 16.5%, mainly diabetes (10.4%) and obesity (4.3%). Among the managed hypertensive patients, 2,378 patients participated in treatment at the grassroots health level in Dan Phuong district (accounting for 33.1%). The average number of times of drug delivery by patients treated in 2022 was 8.7 times. 15.3% of hypertensive patients did not have periodic re-examination. The rate of patients with side effects when using blood pressure medication was 8.3%. Treatment results showed that 63.5% of patients reached the target blood pressure. The rate of patients with cerebral complications was 1.1% and cardiovascular complications were 0.3%. There were 26 patients assigned to be transferred to a higher level for examination and re-diagnosed as treatment because they did not reach the target blood pressure even though they had been treated with ≥ 3 drugs, with at least 1 diuretic.

Conclusion: The findings show that the management and treatment of hypertension in Dan Phuong district was limited. Therefore, activities should be done to increase the rate of hypertensive patients being managed at the grassroots health level in Dan Phuong district and participate in treatment as well as the rate of treated patients reaching the target blood pressure.

Keywords: Outpatients, hypertension management, grassroots health stations.

*Corresponding author

Email address: longbs0708@gmail.com

Phone number: (+84) 982 137 734



KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ CỦA HUYỆN ĐAN PHƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Văn Long^{1*}, Lê Thị Thanh Xuân², Vũ Đức Cảnh³, Trần Thị Nhị Hà⁴
Đỗ Thị Thu Hà⁴

¹Trung tâm y tế huyện Đan Phượng - Thị trấn Phùng, Đan Phượng, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Đào tạo YHDP và YTCC - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

⁴Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả quản lý, điều trị người bệnh tăng huyết áp tại tuyến cơ sở tại huyện Đan Phượng, thành phố Hà Nội năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 15 trạm y tế xã/ thị trấn thuộc huyện Đan Phượng và 1 Phòng khám đa khoa khu vực Liên Hồng

Kết quả: Trong năm 2022, có 7.181 người bệnh THA được quản lý tại 16 cơ sở y tế (CSYT) tuyến cơ sở thuộc huyện Đan Phượng. Hơn một nửa người bệnh THA (53,3%) là nữ giới và có 64,5% người bệnh thuộc nhóm tuổi trên 65 tuổi. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh mạn tính kèm theo là 16,5%, chủ yếu là bệnh đái tháo đường (10,4%) và bệnh béo phì (4,3%). Trong số người bệnh THA được quản lý có 2.378 người bệnh tham gia điều trị tại tuyến y tế cơ sở thuộc huyện Đan Phượng (chiếm 33,1%). Số lượt cấp thuốc trung bình của người bệnh điều trị trong năm 2022 là 8,7 lượt. Có 15,3% người bệnh THA không tái khám định kỳ. Tỷ lệ người bệnh bị tác dụng phụ khi sử dụng thuốc huyết áp là 8,3%. Kết quả điều trị cho thấy có 63,5% người bệnh đạt huyết áp mục tiêu. Tỷ lệ người bệnh mắc biến chứng não là 1,1% và biến chứng tim mạch là 0,3%. Đã có 26 người bệnh được chỉ định chuyển lên tuyến trên để khám, chẩn đoán lại là điều trị do không đạt huyết áp mục tiêu dù đã điều trị đủ ≥ 3 thuốc, với ít nhất 1 thuốc lợi tiểu.

Kết luận: Công tác quản lý và điều trị người bệnh THA tại tuyến Y tế cơ sở thuộc huyện Đan Phượng còn hạn chế. Cần có các giải pháp đẩy mạnh tỷ lệ người bệnh THA được quản lý tại tuyến cơ sở tham gia điều trị và tỷ lệ người bệnh điều trị đạt huyết áp mục tiêu

Từ khóa: Người bệnh ngoại trú, quản lý tăng huyết áp, y tế cơ sở.

*Tác giả liên hệ

Email: longbs0708@gmail.com

Điện thoại: (+84) 982 137 734

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân gây tử vong sớm trên toàn thế giới¹. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính có khoảng 1,28 tỷ người trưởng thành từ 30-79 tuổi trên toàn thế giới bị THA, hầu hết (2/3) trong số đó đang sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình¹. Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2015 của Hội Tim mạch học Việt Nam thực hiện trên 5.454 người trưởng thành (từ 25 tuổi trở lên) cho thấy, có 47,3% người bị THA. Đặc biệt, trong những người bị THA có 39,1% không được phát hiện bị THA; 7,2% đã biết bị THA nhưng không được điều trị và có tới 69,0% bị THA được điều trị nhưng huyết áp chưa kiểm soát được (chưa đạt huyết áp mục tiêu)². Kết quả này phản ánh thực trạng các hoạt động về dự phòng, tư vấn, điều trị, quản lý bệnh THA tại Việt Nam đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở vẫn còn nhiều hạn chế. Để có thêm dữ liệu khoa học về thực trạng quản lý, điều trị người bệnh THA tại tuyến y tế cơ sở hiện nay, nghiên cứu được tiến hành tại huyện Đan Phượng, thành phố Hà Nội nhằm mô tả kết quả quản lý, điều trị người bệnh THA tại tuyến y tế cơ sở năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 15 Trạm y tế (TYT) xã/thị trấn và 01 Phòng khám đa khoa (PKĐK) được quản lý bởi Trung tâm y tế (TTYT) huyện Đan Phượng, thành phố Hà Nội.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thu thập số liệu từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022 tại huyện Đan Phượng, thành phố Hà Nội

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích toàn bộ 16 CSYT tuyến cơ sở huyện Đan Phượng. Tại mỗi CSYT chọn 1 lãnh đạo và 1 cán bộ phụ trách chương trình THA.

Phương pháp thu thập thông tin:

Sử dụng phương pháp phát vấn bộ câu hỏi định lượng có cấu trúc và hướng dẫn quy trình thu thập thông tin đến các CSYT tham gia nghiên cứu. Phiếu điều tra do TTYT huyện gửi đến các TYT và thu thập qua đường email.

Biến số nghiên cứu: Tỷ lệ người bệnh THA được sàng lọc THA trong năm 2022; tỷ lệ người bệnh THA được phát hiện, quản lý, điều trị; tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu; tỷ lệ người bệnh không tuân thủ tái khám định kỳ; số cán bộ y tế được đào tạo tập huấn về THA; tỷ lệ TYT sẵn có trang thiết bị, thuốc điều trị; hoạt động truyền thông; hệ thống quản lý thông tin người bệnh.

Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng được làm sạch và nhập liệu trên phần mềm Microsoft Excel. Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 theo các chỉ số nghiên cứu, trình bày dạng bảng, biểu đồ.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không phát sinh các vấn đề rủi ro và đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu, sự tham gia của các đơn vị là tự nguyện. Kết quả nghiên cứu làm cơ sở phục vụ cho việc xây dựng và triển khai các kế hoạch hoạt động chăm sóc sức khỏe người bệnh THA trên địa bàn.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Hoạt động chẩn đoán, điều trị, quản lý THA trong năm 2022 tại tuyến YTCS huyện Đan Phượng

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số cơ sở y tế tuyến cơ sở triển khai khám sàng lọc bệnh nhân THA trong cộng đồng (n=16)	16	100,0
Số người được khám sàng lọc THA năm 2022	3.872	-
Số người bệnh THA được phát hiện (n=3.872)	693	17,9
Số người bệnh THA đang quản lý tại tuyến y tế cơ sở huyện Đan Phượng năm 2022	7.181	-
Số người bệnh THA tham gia điều trị tại tuyến y tế cơ sở huyện Đan Phượng năm 2022 (n=7.181)	2.378	33,1

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, tất cả các CSYT đều thực hiện khám sàng lọc phát hiện người bệnh THA trong cộng đồng. Tỷ lệ người bệnh THA mới được phát hiện

trong năm 2022 là 17,9%. Có tổng số 7.181 người bệnh đang được quản lý tại tuyến y tế cơ sở huyện Đan Phượng năm 2022, trong đó chỉ có 33,1 % người bệnh tham gia điều trị tại tuyến cơ sở.

Bảng 3.2. Thông tin chung của người bệnh THA đang được quản lý tại tuyến y tế cơ sở huyện Đan Phượng năm 2022

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	3350	46,7
	Nữ	3831	53,3
Nhóm tuổi	<40 tuổi	53	0,7
	40 - 65 tuổi	2503	34,9
	> 65 tuổi	4625	64,4
Tham gia bảo hiểm y tế	Có	6996	97,4
	Không	185	2,6
Tổng		7181	100,0

Nhận xét:

Kết quả Bảng 3.2, tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 53,3% cho thấy có hơn một nửa người bệnh THA tại

tuyến cơ sở huyện Đan Phượng là nữ giới (53,3%). Nhóm tuổi người bệnh THA chiếm đa số là trên 65 tuổi (64,4%). Hầu hết người bệnh THA đều tham gia BHYT chiếm 97,4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh THA của người bệnh THA đang được quản lý năm 2022

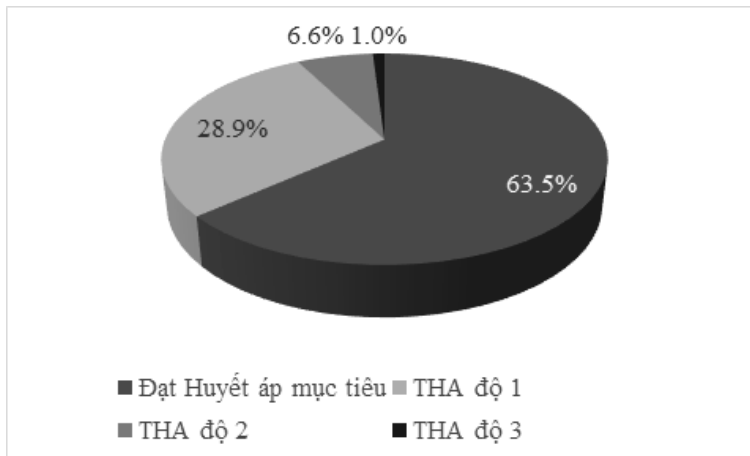
Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian bị THA	< 5 năm	2840	39,5
	5-10 năm	3300	46,0
	≥ 10 năm	1041	14,5
Mắc các bệnh mạn tính kèm theo	Đái tháo đường	750	10,4
	Béo phì	307	4,3
	Rối loạn lipid máu	43	0,6
	Bệnh tim	53	0,7
	Bệnh mạn tính khác	30	0,4
	<i>Tổng</i>	<i>1183</i>	<i>16,5</i>
Tổng		7181	100,0

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh mới mắc từ 10 năm trở xuống (85,5%). Có 16,5% người bệnh

THA có mắc bệnh mạn tính kèm theo, trong đó chiếm đa số là bệnh đái tháo đường chiếm 10,4% và béo phì chiếm 4,3% bệnh nhân THA được quản lý.

Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị người bệnh THA năm 2022 (n=2.378)



Nhận xét:

Trong số những người bệnh đang điều trị tại tuyến y tế cơ sở thuộc huyện Đan Phượng năm 2022, có 63,5%

đạt huyết áp mục tiêu. Tiếp theo là 28,9% người bệnh ở giai đoạn THA độ 1, 6,6% người bệnh ở giai đoạn THA độ 2 và 1,0% người bệnh ở giai đoạn THA độ 3.

Bảng 3.4. Người bệnh tuân thủ tái khám định kỳ

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số người bệnh THA định kỳ tái khám 1 tháng/lần (n=2.378)	2.014	84,7
Số người bệnh THA không tái khám định kỳ (n=2.378)	364	15,3
Tổng cộng	2.378	100,0

Nhận xét:

Đa số người bệnh bệnh đang quản lý và điều trị thường

xuyên đến khám, điều trị các cơ sở y tế tuyến cơ sở, còn lại 15,3% người bệnh không thực hiện tái khám định kỳ.

Bảng 3.5. Số lượt cấp thuốc huyết áp cho người bệnh điều trị tại TYT/PKĐK năm 2022

Nội dung	Số lượt
Tổng số lượt cấp thuốc trong năm 2022	20.625
Trung bình số lượt cấp thuốc/số bệnh nhân điều trị	8,7

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình một người bệnh có 8,7 số lượt cấp thuốc THA trong năm 2022.



Bảng 3.6. Hoạt động dự phòng và tư vấn hướng dẫn điều trị THA trong năm 2022 tại tuyến YTCS huyện Đan Phượng

TT	Nội dung tư vấn	Số người bệnh và người nhà (số người)	Số người bệnh đang điều trị n (%)
1	Thay đổi hành vi lối sống	5.285	2.378 (100,0)
2	Tuân thủ điều trị	5.107	2.378 (100,0)
3	Tư vấn về dinh dưỡng	5.467	2.378 (100,0)
4	Chăm sóc, phục hồi chức năng	2.024	2.024 (85,1)
	Số người bệnh đang điều trị	2.378	2.378 (100,0)

Nhận xét:

Hoạt động tư vấn hướng dẫn điều trị THA được tất cả các TYT thực hiện với tỷ lệ 100% người bệnh được tư vấn thay đổi hành vi lối sống, tuân thủ điều trị, tư vấn về dinh dưỡng. Ngoài ra, CBYT cũng tư vấn cho cả

người nhà của bệnh nhân với con số dao động từ 5.107 – 5.285 người bệnh và người nhà được tư vấn cả 3 nội dung trên. Về nội dung tư vấn chăm sóc, phục hồi chức năng, tỷ lệ người bệnh được tư vấn thấp hơn đạt 85,1% người bệnh đang điều trị.

Bảng 3.7. Tỷ lệ người bệnh THA được lập hồ sơ, cập nhật thông tin vào hồ sơ quản lý năm 2022

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tổng số người bệnh THA được lập hồ sơ quản lý tại tuyến y tế cơ sở (n=7.181)	7.181	100,0
Số người bệnh THA được điền, cập nhật các thông tin đầy đủ vào sổ quản lý người bệnh THA (n=7.181)	3.540	49,3
Số CSYT tuyến cơ sở triển khai phần mềm quản lý người bệnh THA (n=16)	16	100,0
Số người bệnh THA được lập hồ sơ vào phần mềm quản lý người bệnh THA (n=7.181)	3.540	49,3
Số người bệnh THA được nhập, cập nhật các thông tin đầy đủ vào phần mềm quản lý người bệnh THA (n=7.181)	2.014	28,0

Nhận xét:

Trong số 7.181 người bệnh THA đang được quản lý, chỉ có 49,3% người bệnh THA được cập nhật đầy đủ thông tin vào sổ quản lý người bệnh THA. Tất cả các CSYT

tuyến cơ sở đã triển khai phần mềm quản lý người bệnh THA, trong đó khoảng một nửa (49,3%) người bệnh THA được lập hồ sơ vào phần mềm quản lý. Số người bệnh được đầy đủ thông tin người bệnh THA vào phần mềm THA chỉ đạt 28%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ người bệnh THA được theo dõi, giám sát

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Người bệnh THA bị tác dụng phụ của thuốc (n=2.378)		197	8,3
Người bệnh gặp được xử lý khi bị tác dụng phụ của thuốc huyết áp (n=197)		197	100,0
Theo dõi chỉ số huyết áp CBYT đo huyết áp trong các lần tái khám (n=2.378)	Thường xuyên (đo vào mỗi lần tái khám)	2.378	100,0
	Thỉnh thoảng (đo 1 lần/2-3 lần tái khám)	0	0,0
	Không đo	0	0,0
Đánh giá yếu tố nguy cơ (n=2.378)	Có	164	6,9
	Không	2.214	93,1
Người bệnh THA mắc biến chứng (n=2.378)	Biến chứng não	25	1,1
	Biến chứng tim mạch	6	0,3

Nhận xét:

Trong số 2.378 người bệnh THA đang được quản lý điều trị, có 8,3% người bệnh bị tác dụng phụ khi dùng thuốc THA, tất cả (100%) người bệnh đều được CBYT xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc huyết áp. 100% người bệnh đến tái khám được đo huyết áp. Đánh giá

yếu tố nguy cơ của người bệnh THA có 6,9% người bệnh được đánh giá ở nhóm có yếu tố nguy cơ (các yếu tố nguy cơ được đánh giá bao gồm: chế độ ăn mặn, sử dụng rượu bia, thừa cân béo phì). Có 1,1% người bệnh THA mắc biến chứng não và 0,3% người bệnh mắc biến chứng tim mạch.

Bảng 3.9. Hoạt động cấp cứu và chuyển tuyến người bệnh THA năm 2022

TT	Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Số người bệnh THA chuyển tuyến trên	26	-
-	THA đang quản lý điều trị có diễn biến bất thường, không đạt HA mục tiêu dù đã điều trị đủ ≥3 thuốc, với ít nhất 1 lợi tiểu hoặc không dung nạp với thuốc (n=26)	26	100,0
2	Số CSYT thực hiện chuyển tuyến đầy đủ quy trình (n=16)	1	6,3
3	Số CSYT có hệ thống vận chuyển/chuyển tuyến người bệnh THA (n=16)	0	0,0

Nhận xét:

Kết quả Bảng 3.7 cho thấy có 26 người bệnh THA được chỉ định chuyển lên tuyến trên để chẩn đoán và điều trị do không đạt huyết áp mục tiêu dù đã điều trị đủ ≥3 thuốc, với ít nhất 1 thuốc lợi tiểu. Chỉ có 01 CSYT thực hiện chuyển tuyến đầy đủ quy trình là PKĐK KV Liên Hồng. Không có CSYT nào có hệ thống vận /chuyển tuyến người bệnh THA.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành tại 15 TYT xã/thị trấn thuộc

huyện Đan Phượng và PKĐK Khu vực Liên Hồng. Năm 2022, tổng số người bệnh THA được phát hiện mới thông qua hoạt động khám sàng lọc người dân trong cộng đồng là 17,9%. Theo kết quả điều tra của Bộ Y tế năm 2021 trên phạm vi toàn quốc, tỷ lệ THA chiếm khoảng 16% dân số³. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tổng số người bệnh THA được quản lý năm 2022 là 7.181 người, trong đó có hơn một nửa người bệnh THA đang quản lý tại tuyến cơ sở huyện Đan Phượng là nữ giới (53,3%). Kết quả có khác biệt với nghiên cứu của Phạm Văn Quang và cộng sự (2020) khi tỷ lệ người bệnh là nữ giới (48,2%) đang được quản lý, điều trị tại TTYT Gò Công Tây thấp hơn nam giới⁴. Theo các kết quả mà



số nghiên cứu đã công bố cũng cho thấy tỷ lệ nam giới có nguy cơ mắc THA cao hơn nữ giới ($p > 0,05$)^{5,6}. Lý giải sự khác biệt giữa phân bố giới tính người bệnh tại huyện Đan Phượng có thể do người bệnh nữ giới tại địa phương quan tâm tới sức khỏe nhiều hơn nên tỷ lệ tham gia khám sàng lọc phát hiện bệnh THA cao hơn. Nhóm tuổi người bệnh THA ở huyện Đan Phượng chiếm đa số là trên 65 tuổi (64,4%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Quang (2020) (tỷ lệ người bệnh trên 65 tuổi chiếm 53,6%)⁴, Mai Quang Bảo năm 2014 (tỷ lệ người bệnh ở lứa tuổi trên 60 chiếm 57,1%)⁷ và nghiên cứu của Hoàng Văn Hùng và cộng sự năm 2021 (nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có khả năng THA cao hơn 1,79 lần so với nhóm dưới 60 tuổi, $p < 0,05$)⁵.

Trong số những người bệnh đang điều trị tại tuyến y tế cơ sở thuộc huyện Đan Phượng năm 2022, có 63,5% đạt huyết áp mục tiêu. Tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Dương Thái Hiệp (2021), có 66,9% người bệnh THA đang quản lý và điều trị tại các TYT huyện Bát Xát tỉnh Lào Cai đạt huyết áp mục tiêu⁸. Tại nghiên cứu của Phạm Văn Quang (2020) tại TTYT Gò Công Tây tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu chỉ đạt 28,9%⁴. Kết quả phản ánh thực trạng hoạt động quản lý, điều trị người bệnh THA tại tuyến cơ sở của huyện Đan Phượng hiện đang được hiện tương đối hiệu quả. Một số yếu tố thuận lợi của các CSYT tại địa bàn là được trang bị đầy đủ cơ sở vật chất (16/16 đơn vị có phòng khám bệnh không lây nhiễm và 15/16 đơn vị có phòng tư vấn) và trang thiết bị khám, chẩn đoán THA cần thiết như ống nghe, máy đo huyết áp, cân nặng, thước. Các CSYT cũng được cấp đủ 03 loại thuốc điều trị huyết áp theo nguồn bảo hiểm y tế: Amlodipine, Nifedipine, Enalapril hoặc Catopril. Theo điều tra của Bộ Y tế năm 2014 trên 116 xã/phường/thị trấn về hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm chỉ có 13,8% TYT đáp ứng các tiêu chí thiết bị thiết yếu như huyết áp, ống nghe, cân nặng, thước và thiết bị xét nghiệm nhanh đường máu; trên 70% TYT thiếu danh mục thiết bị thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế⁹. Tỷ lệ 36,5% người bệnh không đạt huyết áp mục tiêu do nhiều nguyên nhân, nguyên nhân chính phải kể đến là có 15,3% người bệnh đang điều trị không thực hiện tái khám định kỳ. Trung bình năm 2022, số lượt cấp thuốc/người bệnh là 8,7 lượt. Kết quả khả quan hơn so với tỷ lệ 36,4% người bệnh tại TTYT Gò Công Tây đi tái khám không đúng lịch⁴. Lý giải tình trạng trên do nhiều người bệnh có thói quen chỉ đi khám khi thấy khó chịu hoặc khi có

biến chứng của bệnh, một người bệnh đưa ra nguyên nhân do bận rộn công việc, một số do nhà xa CSYT, một số người bệnh cao tuổi khó khăn trong việc đi lại nên ảnh hưởng đến việc tham gia tái khám định kỳ.

Tất cả các CSYT tuyến cơ sở tại huyện Đan Phượng đã triển khai phần mềm quản lý người bệnh THA, trong đó khoảng một nửa (49,3%) người bệnh THA được lập hồ sơ vào phần mềm quản lý. Tuy nhiên, việc cập nhật thông tin còn hạn chế như cập nhật chưa kịp thời, thông tin chưa chính xác, tỷ lệ người bệnh THA được cập nhật đầy đủ thông tin vào phần mềm THA chỉ đạt 28%. Nguyên nhân do thiếu thông tin người bệnh, các CSYT chỉ cập nhật thông tin đầy đủ của người bệnh THA thực hiện tái khám định kỳ, còn những người bệnh không tái khám định kỳ thì chưa cập nhật được thông tin đầy đủ; việc cập nhật thông tin chưa kịp thời chủ yếu do CBYT tuyến xã hiện đang kiêm nhiệm nhiều chương trình, bận rộn công việc. Hoạt động tư vấn hướng dẫn điều trị THA được tất cả các CSYT trên địa bàn thực hiện với tỷ lệ 100% người bệnh được tư vấn thay đổi hành vi lối sống, tuân thủ điều trị, tư vấn về dinh dưỡng. Về nội dung tư vấn chăm sóc, phục hồi chức năng, tỷ lệ người bệnh được tư vấn thấp hơn đạt 85,1%. Việc nâng cao kiến thức của người dân về bệnh và chế độ điều trị đã được chứng minh có liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc ($OR=27,8$, $p < 0,001$)¹⁰. Đa số nguồn thông tin về kiến thức và chế độ điều trị THA mà người bệnh tiếp nhận chủ yếu từ cán bộ y tế (99%) qua những lần khám bệnh¹⁰. Điều này cho thấy công tác tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe của CBYT đối với người bệnh là thực sự cần thiết.

Trong năm 2022, có 8,3% người bệnh điều trị bị tác dụng phụ khi dùng thuốc THA và tất cả (100%) người bệnh đều được CBYT xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc huyết áp bằng thay thế thuốc. Tỷ lệ tương tự 8,8% người bệnh THA trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Vũ (2019) bị tác dụng phụ khi điều trị thuốc huyết áp¹¹. Các tác dụng phụ phổ biến khi sử dụng thuốc huyết áp thường gặp là mệt mỏi, nhức đầu, ho khan, phù ngoại vi. Việc đánh giá yếu tố nguy cơ kết hợp với THA có thể thay đổi được trong quá trình điều trị người bệnh THA là: rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì, sử dụng rượu bia thường xuyên... có 6,9% người bệnh THA được đánh giá ở nhóm có yếu tố nguy cơ. Kết quả điều trị THA phụ thuộc vào việc dùng thuốc và điều chỉnh lối sống của người bệnh, do vậy bên cạnh việc theo dõi chỉ số huyết áp, theo dõi điều trị thuốc thì CBYT cũng phải cùng người bệnh đánh giá lại các yếu

tổ nguy cơ của người bệnh để hướng dẫn người bệnh điều chỉnh.

Bệnh THA nếu không điều trị và theo dõi tốt có thể làm tổn thương cơ quan đích bao gồm tim, não, thận, mắt và mạch máu. Huyết áp tăng kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch làm gia tăng đáng kể khả năng xảy ra các biến chứng này. Tỷ lệ người bệnh THA ở huyện Đan Phượng mắc biến chứng não là 1,1% và biến chứng tim mạch là 0,3%. Năm 2022, đã có 26 người bệnh được chỉ định chuyển lên tuyến trên để khám, chẩn đoán lại là điều trị do không đạt huyết áp mục tiêu dù đã điều trị đủ ≥ 3 thuốc, với ít nhất 1 thuốc lợi tiểu. Hiện nay, tại các TYT xã, PKĐK của huyện đã có đầy đủ thuốc đáp ứng nhu cầu cho người bệnh tiếp tục điều trị lâu dài. Việc chuyển người bệnh vượt quá khả năng của TYT lên tuyến trên sẽ giúp người bệnh có cơ hội tiếp cận các dịch vụ y tế chuyên sâu hơn để được chẩn đoán và điều trị đạt kết quả tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Tổng số người bệnh được quản lý tại 16 cơ sở y tế (CSYT) tuyến cơ sở thuộc huyện Đan Phượng là 7.181 người bệnh THA. Hơn một nửa người bệnh THA (53,3%) là nữ giới và có 64,5% người bệnh thuộc nhóm tuổi trên 65 tuổi.

Trong số người bệnh THA được quản lý có 2.378 người bệnh tham gia điều trị tại tuyến y tế cơ sở thuộc huyện Đan Phượng (chiếm 33,1%). Số lượt cấp thuốc trung bình của người bệnh điều trị năm 2022 là 8,7 lượt. Có 15,3% người bệnh THA không tái khám định kỳ. Có 8,3% người bệnh bị tác dụng phụ khi điều trị bằng thuốc huyết áp và 100% trong số đó đã được xử trí. Kết quả điều trị cho thấy có 63,5% người bệnh đạt huyết áp mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Hypertension, 2021.
- [2] Bộ Y tế, Thực trạng đáng báo động về bệnh Tăng huyết áp tại Việt Nam, Công thông tin điện tử 2017.

- [3] Bộ Y tế, Điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (Syeps), 2021.
- [4] Phạm Văn Quang, Trần Quốc Lâm, Kết quả quản lý, điều trị người bệnh bị tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang, giai đoạn 2019 - 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021;1(Tập 509 tháng 12).
- [5] Hoàng Văn Hùng, Nguyễn Văn Kiên, Đàm Khải Hoàn, Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022;516 Tháng 7(1):6.
- [6] Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự, Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội, Tạp chí Y học Dự phòng, 2017;6(27):7.
- [7] Mai Quang Bảo, Thực trạng kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân Tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang, Hải dương 2013. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. 2014;
- [8] Dương Thái Hiệp, Thực trạng quản lý điều trị THA tại các trạm y tế huyện Bát Xát, tỉnh Lào Cai năm 2020, Luận văn chuyên khoa II tổ chức quản lý y tế, 2020;
- [9] Bộ Y tế, Nhóm đối tác Bộ y tế, Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm, 2015; Nhà xuất bản Y học.
- [10] Nguyễn Đỗ Bảo Ngọc, Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại các Trạm Y tế quận Sơn Trà thành phố Đà Nẵng năm 2022. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, 2022, Trường Đại học Y tế công cộng.
- [11] Nguyễn Đức Vũ, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý điều trị bệnh nhân tăng huyết áp tại các trạm y tế xã, huyện Krông Bông, tỉnh Đắk Lắk năm 2019, Luận văn chuyên khoa II Y tế công cộng, 2019.



DISEASE PATTERN OF INPATIENT OF DAN PHUONG GENERAL HOSPITAL IN 2019-2022

Dinh Thi Bich Hoai^{1*}, Quach Duy Ky¹, Dang Quang Tan², Nguyen Thi Thuy Linh²,
Do Thi Thanh Toan²

¹Dan Phuong General Hospital - No 02 Phung, Tan Hoi, Dan Phuong, Hanoi, Vietnam

²School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe disease pattern of inpatient of Dan Phuong General Hospital in 2019-2022

Subject and method: A cross-sectional study was conducted from April 2022 to March 2023

Results: In four years from 2019 to 2022, Chapter X Diseases of the respiratory system has the higher rates: 6.490 (25,73%); 4.703 (23,21%); 2.815 (16,86%); 4.883 (24,08%) respectively. The chapter with the lowest rate are Chapter XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities and Chapter XX External causes of morbidity and mortality ranging under 0.1%. Patients following supervision of high-risk pregnancy had the highest number of hospitalizations in 2 years 2019 and 2020 with rates of 8.5% and 8.47%, respectively; in 2021, Single delivery by cesarean section accounted for 7.26% and in 2022, Dengue accounted for the highest rate of 14.48%.

Conclusion: The disease chapter has the highest proportion of inpatient patients in Chapter X (Diseases of the respiratory system) and Chapter XV (Pregnancy, childbirth and the puerperium). The years 2019 and 2020 witnessed the highest proportion of inpatient people because of complications of labour and delivery. In the year 2021, most people came to hospital because of delivery and the year 2022 2022 was Dengue fever (14,48%).

Keywords: Disease patterns, inpatients, Dan Phuong Hospital.

*Corresponding author

Email address: bichhoai6789@gmail.com

Phone number: (+84) 963 126 669

MÔ HÌNH BỆNH TẬT Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN ĐAN PHƯỢNG, GIAI ĐOẠN 2019 – 2022

Đình Thị Bích Hoài^{1*}, Quách Duy Kỳ¹, Đặng Quang Tân², Nguyễn Thị Thùy Linh²,
Đỗ Thị Thanh Toàn²

¹Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng - Số 02 Tân Hội, Phùng, Đan Phượng, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Đào tạo YHDP & YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh tật tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng, giai đoạn 2019 – 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng từ tháng 04/2022 đến tháng 03/2023.

Kết quả nghiên cứu: Trong 4 năm từ 2019 – 2022, chương bệnh có tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc chương X. Bệnh hệ hô hấp với tỷ lệ lần lượt theo năm 2019-2022: 6.490 (25,73%); 4.703 (23,21%); 2.815 (16,86%); 4.883 (24,08%). Chương bệnh có tỷ lệ thấp nhất là chương XVII Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc và Chương XX Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong dao động dưới 0,1%. Bệnh thường gặp nhất ở các năm là thai phụ có nguy cơ cao có số người nằm viện nhiều nhất ở 2 năm 2019, 2020 với tỷ lệ lần lượt là 8,5% và 8,47%; năm 2021 thì mổ lấy thai cho một thai chiếm 7,26% và năm 2022 thì sốt xuất huyết Dengue chiếm tỷ lệ cao nhất 14,48%.

Kết luận: Chương bệnh có tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc chương X. Bệnh hệ hô hấp, và Chương XV Chứa, đẻ và sau đẻ. Tỷ lệ người bệnh theo dõi và điều trị nội trú nhiều nhất là theo dõi thai phụ có nguy cơ cao (8,5% và 8,47% tương ứng năm 2019 -2020; năm 2021 là mổ lấy thai cho một thai chiếm 7,26% và năm 2022 là sốt xuất huyết Dengue chiếm tỷ lệ cao nhất 14,48%.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật, điều trị nội trú, Bệnh viện Đan Phượng.

*Tác giả liên hệ

Email: bichhoai6789@gmail.com

Điện thoại: (+84) 963 126 669



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật phản ánh điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội và chính trị của một khu vực hay quốc gia. Từ mô hình bệnh tật và tử vong người ta có thể xác định được các bệnh tật phổ biến nhất, các bệnh gây tỷ lệ tử vong cao nhất. Điều này rất quan trọng trong việc định hướng lâu dài về kế hoạch phòng chống bệnh tật [1]. Tại Việt Nam cũng như trên thế giới, việc nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong cũng được các nhà khoa học quan tâm. Việc xác định mô hình bệnh tật và tử vong sẽ là cơ sở khoa học giúp ngành y tế xây dựng kế hoạch phát triển mạng lưới y tế hoàn chỉnh, chăm sóc sức khỏe cho người dân một cách tốt nhất, đầu tư cho công tác phòng bệnh, điều trị bệnh để làm giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao sức khỏe người dân [2]. Sự xuất hiện của đại dịch COVID-19 có thể làm thay đổi cơ cấu bệnh tật, gây ra những gánh nặng nhất định cho các cơ sở khám chữa bệnh khi thiếu các nguồn lực. Cùng với đó, chưa có một nghiên cứu đầy đủ về mô hình bệnh tật tại khu vực huyện Đan Phượng để hỗ trợ cho công tác quản lý, đề ra kế hoạch khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với thực tiễn, từ đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện bài báo này với mục tiêu:

Mô tả mô hình bệnh tật tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng, giai đoạn 2019 - 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ, bệnh án người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng từ năm 2019 đến hết năm 2022.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 04/2022 đến tháng 03/2023

2.4. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu sẵn có

* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Toàn bộ bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú ở Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022

* *Biến số/chi số trong nghiên cứu*

- Phân bố bệnh điều trị theo chương bệnh mã ICD - 10 tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2019 - 2022.

- 10 bệnh thường gặp nhất của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2019 - 2022

* *Công cụ và quy trình thu thập số liệu*

- Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu số liệu từ tất cả hồ sơ, bệnh án.

- Công cụ thu thập dữ liệu: Bảng kiểm, biểu mẫu thiết kế sẵn cho hồi cứu số liệu

* *Phân tích và xử lý số liệu*

- Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

- Thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ %.

- Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Excel

* *Đạo đức trong nghiên cứu*

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự chấp thuận và đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng cho phép sử dụng số liệu để thực hiện nghiên cứu.

Nghiên cứu lấy thông tin dựa trên việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hằng ngày, không ảnh hưởng đến tinh thần và thể chất người bệnh. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được đảm bảo tính bí mật. Trung thực, khách quan trong quá trình phân tích, xử lý số liệu

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân loại bệnh theo chương bệnh

Chương bệnh	2019	2020	2021	2022	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I. Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật	2.714 (10,76)	1.233 (6,09)	884 (5,29)	3.311 (16,33)	8.142 (9,87)
II. Khỏi u.	570 (2,26)	645 (3,18)	516 (3,09)	432 (2,13)	2.163 (2,62)
III. Bệnh máu, cơ quan tạo máu và một số rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch.	48 (0,19)	81 (0,40)	78 (0,47)	42 (0,21)	249 (0,30)
IV. Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	155 (0,61)	116 (0,57)	1.149 (6,88)	1.145 (5,65)	2.565 (3,11)
V. Rối loạn tâm thần và hành vi.	119 (0,47)	96 (0,47)	45 (0,27)	51 (0,25)	311 (0,38)
VI. Bệnh hệ thần kinh.	184 (0,73)	171 (0,84)	174 (1,04)	89 (0,44)	618 (0,75)
VII. Bệnh mắt và phần phụ.	116 (0,46)	43 (0,21)	82 (0,49)	69 (0,34)	310 (0,38)
VIII. Bệnh tai và xương chũm.	693 (2,75)	653 (3,22)	474 (2,84)	425 (2,10)	2.245 (2,72)
IX. Bệnh hệ tuần hoàn.	1.502 (5,96)	1.355 (6,69)	1.111 (6,65)	983 (4,85)	4.951 (6,00)
X. Bệnh hệ hô hấp.	6.490 (25,73)	4.703 (23,21)	2.815 (16,86)	4.883 (24,08)	18.891 (22,91)
XI. Bệnh hệ tiêu hoá.	1.682 (6,67)	1.889 (9,32)	1.696 (10,16)	1.498 (7,39)	6.765 (8,20)
XII. Bệnh da và mô dưới da.	248 (0,98)	157 (0,77)	180 (1,08)	191 (0,94)	776 (0,94)
XIII. Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết.	1.720 (6,82)	1.600 (7,90)	993 (5,95)	553 (2,73)	4.866 (5,90)
XIV. Bệnh hệ tiết niệu - sinh dục.	731 (2,90)	872 (4,30)	762 (4,56)	474 (2,34)	2.839 (3,44)
XV. Chứa, đẻ và sau đẻ.	3.470 (13,76)	3.317 (16,37)	2.711 (16,24)	1.947 (9,60)	11.445 (13,88)
XVI. Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh.	241 (0,96)	168 (0,83)	157 (0,94)	74 (0,36)	640 (0,78)
XVII. Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc	15 (0,06)	9 (0,04)	6 (0,04)	3 (0,01)	33 (0,04)
XVIII. Các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác	611 (2,42)	361 (1,78)	330 (1,98)	394 (1,94)	1.696 (2,06)
XIX. Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài.	1.014 (4,02)	718 (3,54)	788 (4,72)	629 (3,10)	3.149 (3,82)
XX. Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong	23 (0,09)	16 (0,08)	14 (0,08)	10 (0,05)	63 (0,08)
XXI. Các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế	2.875 (11,40)	2.057 (10,15)	1.387 (8,31)	520 (2,56)	6.839 (8,29)
XXII. Mã dành cho những mục đích đặc biệt	1 (0)	0 (0)	346 (2,07)	2.552 (12,59)	2.899 (3,52)
Tổng	25.222 (100)	20.260 (100)	16.698 (100)	20.275 (100)	82.455 (100)

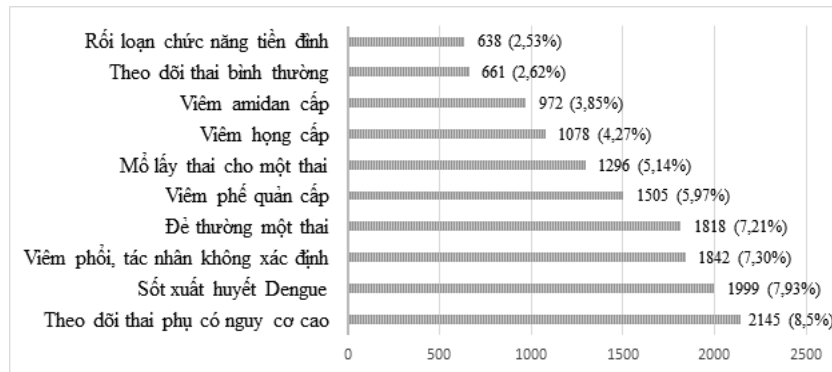
Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy, tại BV đa khoa Đan Phượng, người bệnh đến khám và điều trị ở tất cả các chương bệnh. Trong cả 4 năm 2019-2022, bệnh có số người điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đan Phượng

chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc chương X Bệnh hệ hô hấp với tỷ lệ lần lượt theo năm 2019-2022: 6.490 (25,73%); 4.703 (23,21%); 2.815 (16,86%); 4.883 (24,08%). Các chương bệnh khác cũng có tỷ lệ đến khám nhiều là

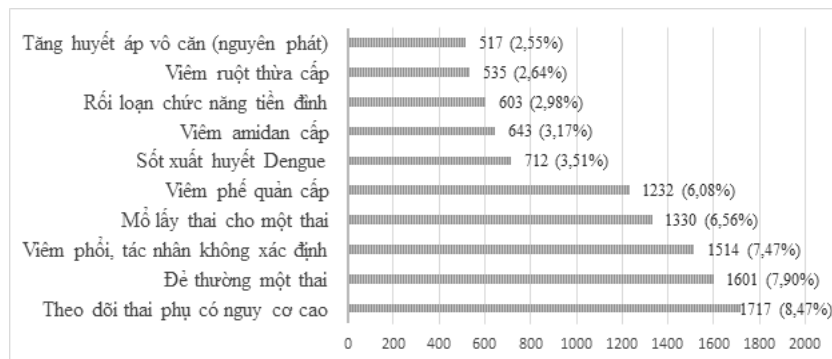
Chương XV Chứa, đẻ và sau đẻ; Chương XI Bệnh hệ tiêu hóa; Chương I Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật với tỷ lệ trên 10%. Đặc biệt năm 2022, có tỷ lệ lớn người điều trị nội trú do bệnh COVID-19 thuộc chương XX: Mã dành cho những mục đặc biệt.

Chương bệnh có tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú thấp nhất là chương XVII Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc và Chương XX Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong dao động dưới 0,1%.

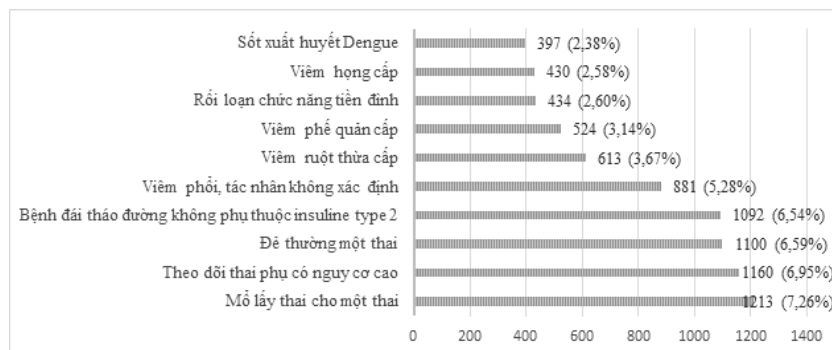
Biểu đồ 3.1. Mười bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2019



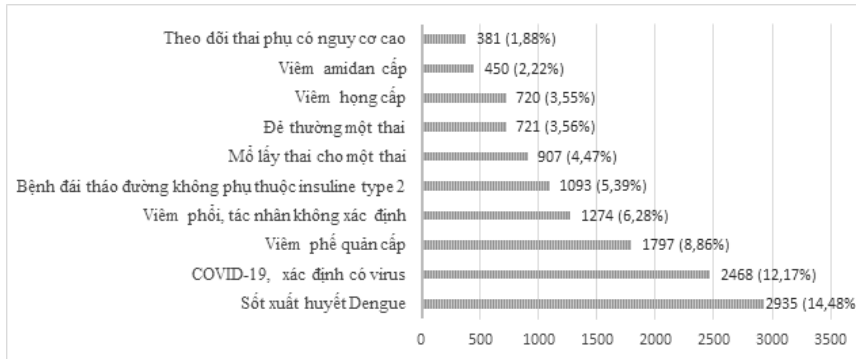
Biểu đồ 3.2. Mười bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2020



Biểu đồ 3.3. Mười bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2021



Biểu đồ 3.4. Mười bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2022



Từ biểu đồ 3.1-3.4 cho thấy 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất của người bệnh điều trị nội trú chiếm khoảng 50% tổng số người bệnh điều trị nội trú. Các bệnh này nằm chủ yếu ở 2 chương bệnh hệ hô hấp (chương X) và Chửa, đẻ và sau đẻ (Chương XV). Đặc biệt ghi nhận nằm viện nội trú nhiều nhất trong các năm 2019, 2020 và 2021 (với tỉ lệ chung trên 7%) là theo dõi thai phụ có nguy cơ cao. Tuy nhiên, năm 2022 thì sốt xuất huyết Dengue được ghi nhận chiếm tỷ lệ cao nhất 14,48%.

Các bệnh khác cũng nằm trong danh sách 10 bệnh gặp nhiều nhất trong cả 4 năm là viêm họng cấp, viêm amidan cấp, viêm phế quản cấp, Viêm phổi, tác nhân không xác định, và đái tháo đường không phụ thuộc Insulin.

Đặc biệt, năm 2022 có sự xuất hiện của COVID-19 chiếm tỷ lệ cao với 12,17% đứng thứ 2 trong 10 bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng năm 2022.

4. BÀN LUẬN

Kết quả thống kê theo 22 chương bệnh ICD-10 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 4 năm: Bệnh có số người được điều trị nội trú cao nhất là bệnh lý của hệ hô hấp dao động từ 16,86% (năm 2021) đến 25,73% (năm 2019); đứng thứ hai là chửa, đẻ và sau đẻ dao động từ 9,6% (năm 2022) đến 16,37% (năm 2020); thứ ba là các bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật dao động từ 5,29% (năm 2021) đến 16,33% (năm 2022). Một tỷ lệ rất ít người bệnh có các vấn đề liên quan đến dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể (0,04%) và có các nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong (0,08%).

Phân bố bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú từ

năm 2019-2022 tại Bệnh viện Đa khoa huyện Đan Phượng trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm giống với cơ cấu bệnh tật chung toàn quốc với bệnh hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (16,35%), tiếp đến là chửa đẻ và sau đẻ với 10,25% [3]. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu: nghiên cứu của Đỗ Thị Lượng cho thấy bệnh hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất [4], nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung với chương bệnh hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 18,73%, tiếp đến là chửa, đẻ, sau đẻ với 14,62% [5]; nghiên cứu của Phạm Minh Tuấn với kết quả cho thấy chương bệnh của hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 26,8%, sau đó là chương bệnh chửa, đẻ sau đẻ với 17,1% [6]; nghiên cứu tại Thái Bình và Vũng Tàu đều có tỷ lệ người mắc bệnh hệ hô hấp chiếm số lượng cao nhất lần lượt là 19,55% và 18,9% [7] [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu này khác với nghiên cứu của tác giả Hà Huy Phương và cộng sự về mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện trường Đại học Y Thái Nguyên năm 2011, cho thấy bệnh hệ sinh dục – tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất (25,9%), sau đến các bệnh tiêu hóa chiếm 19,7%; bệnh hô hấp đứng thứ ba với 10,6%; trong khi nhóm chửa, đẻ và sau đẻ chỉ chiếm 2% thấp nhất trong nghiên cứu này [9] hay nghiên cứu của Phạm Thị Tố Uyên tại Hòa Bình năm 2014 thì chương bệnh chửa đẻ và sau đẻ lại chiếm tỷ lệ cao nhất [10]. Sự khác biệt về mô hình bệnh tật giữa Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng và mô hình bệnh tật của toàn quốc hay các nghiên cứu khác là do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi chỉ là bệnh viện hạng II, còn lại là số liệu của toàn quốc hay của các bệnh viện khác nên sẽ khác nhau về vị trí địa lý dân số, tuổi, giới, dẫn tới mô hình bệnh tật cũng khác nhau. So sánh các mô hình bệnh tật ở Malaysia của tác giả O Mimi [11] cho thấy bệnh lý về hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên có sự khác nhau ở những nhóm bệnh còn lại. Điều này có thể giải thích

do Malaysia là nước phát triển nên các bệnh không lây nhiễm như bệnh về tim mạch chiếm tỷ lệ cao hơn, còn Việt Nam là nước đang phát triển nên tỷ lệ bệnh lây nhiễm cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất của người bệnh điều trị nội trú chiếm khoảng 50% tổng số người bệnh điều trị nội trú. Cụ thể, trong đó theo dõi thai phụ có nguy cơ cao có số người nằm viện nhiều nhất ở 2 năm 2019, 2020, chiếm khoảng 8,5%; năm 2021 thì mổ lấy thai cho một thai chiếm 7,26% và năm 2022 thì sốt xuất huyết Dengue chiếm tỷ lệ cao nhất 14,48%. Nhìn chung, có một số mặt bệnh phổ biến luôn chiếm tỷ lệ cao nhất ở các năm: theo dõi thai phụ có nguy cơ cao, sốt xuất huyết Dengue, Viêm phổi, tác nhân không xác định, đẻ thường một thai, Viêm phế quản cấp, mổ lấy thai cho một thai, Viêm họng cấp, Viêm amidan cấp.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Tuấn: đẻ thường một thai 8,9%; viêm phổi 8,4%; mổ lấy thai 5%; viêm họng cấp 3% [6]. Kết quả cho thấy khác với nghiên cứu của một số tác giả như nghiên cứu của Dương Phúc Lam về nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Y Dược Cần Thơ, với tỷ lệ bệnh tăng huyết áp vô căn 6,3%, đái tháo đường không phụ thuộc insulin 2,3 %, viêm phổi do vi trùng 1,3% [12].

Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh mắc sốt xuất huyết Dengue luôn có mặt trong mười bệnh mắc nhiều nhất trong 4 năm từ 2019-2022 phù hợp với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Đồng Đa: có tỷ lệ mắc cao hơn các bệnh khác ở năm 2017, 2019 lần lượt với 3.841 lượt (23,98%); 1.447 lượt (13,08%) [13]. Cùng với đó có sự xuất hiện của COVID-19 chiếm tỷ lệ cao với 12,17% đứng thứ 2 trong 10 bệnh có tỷ lệ cao nhất ở người bệnh điều trị nội trú năm 2022, cho thấy sức ảnh hưởng rõ ràng của COVID-19 lên mô hình bệnh tật khi dịch bệnh này bùng phát.

5. KẾT LUẬN

Trong 4 năm từ năm 2019 – 2022, chương bệnh có tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc chương X, Bệnh hệ hô hấp với tỷ lệ lần lượt theo năm 2019-2022: 6.490 (25,73%); 4.703 (23,21%); 2.815 (16,86%); 4.883 (24,08%). Chương bệnh có tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú thấp nhất là chương XVII Dị tật, dị

dạng bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc và Chương XX Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong (dao động dưới 0,1%). Ti lệ người bệnh theo dõi và điều trị nội trú nhiều nhất là theo dõi thai phụ có nguy cơ cao (8,5% và 8,47% tương ứng năm 2019 -2020; năm 2021 là mổ lấy thai cho một thai chiếm 7,26% và năm 2022 là sốt xuất huyết Dengue chiếm tỷ lệ cao nhất 14,48%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Bệnh viện cần xây dựng kế hoạch hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tập trung ưu tiên khám chữa bệnh lý về hô hấp, bệnh nhiễm khuẩn và kí sinh vật và sản khoa.
2. Tiếp tục thực hiện nghiên cứu mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú tại bệnh viện trong thời gian dài để có mô hình bệnh tật đầy đủ hơn, phục vụ tốt hơn cho xây dựng kế hoạch của bệnh viện, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Uutela A, Tuomilehto J, Changes in disease patterns and related social trends. Soc Sci Med 1982. 1992;35(4):389-399. doi:10.1016/0277-9536(92)90331-j
- [2] Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 - The Lancet.
- [3] Niên giám Thống kê y tế năm 2018 – Thống kê y tế - Cổng thông tin Bộ Y tế.
- [4] Đỗ Thị Lượng, Nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2015-2019. Luận văn Chuyên khoa II, 2021.
- [5] Dương Công Chính, Cơ cấu bệnh tật và một số dịch vụ cung cấp cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung tỉnh Thanh Hóa năm 2019, Luận văn chuyên khoa II, 2021
- [6] Phạm Minh Tuấn, Cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân nội trú và thực trạng nguồn nhân lực của Bệnh viện đa khoa huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2019, Luận văn Chuyên khoa II, 2021.

- [7] Nguyễn Thị Thu Dung và cộng sự, Mô hình bệnh tật của người dân tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 2015-2018, Tạp chí nghiên cứu Y học, 2019, tập 123 (7), tr 181-191.
- [8] Đàm Quang Tùng, Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Lê Lợi, Thành phố Vũng Tàu từ năm 2017-2021, Tạp chí Y dược học Cần Thơ. Số 54/2022: 118-124.
- [9] Hà Huy Phương, Trương Đông Tâm, Nông Minh Chức và các cộng sự, Mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Thái Nguyên năm 2011”, Bản in Y dược học miền núi, 4, tr242-250, 2012.
- [10] Phạm Thị Tố Uyên, Thực trạng nhân lực y tế và hoạt động khám chữa bệnh một số bệnh viện huyện thuộc tỉnh Hòa Bình năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [11] Mimi O, tong S, Nordin S et al., A Comparison of Morbidity Patterns in Public and Private Primary Care Clinics in Malaysia. Malays Fam Physician Off J Acad Fam Physicians Malays, 2011; 6(1):19 - 25.
- [12] Dương Phúc Lam, Nguyễn Tấn Đạt, Lê Văn Lèo, “Nghiên cứu mô hình bệnh tật theo ICD 10 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2013 đến 2017”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19, tr1-7, 2019.
- [13] Đỗ Thị Thanh Toàn và cộng sự, Cơ cấu bệnh tật tại khoa điều trị nội trú Bệnh viện đa khoa Đồng Đa năm 2017-2019, Tạp chí nghiên cứu Y học, 2021, tập 143 (7), tr 186-193.



PRACTICE OF ANTIBIOTIC USE OF PATIENTS AT LE LOI GENERAL CLINIC, SON TAY DISTRICT HEALTH CENTER IN 2022

Le Minh Duc^{1*}, Nguyen Thi Hoai Thu², Tran Minh Tuan³, Phung Thanh Hung², Dang Duc Hoan⁴

¹Son Tay medical Center - No 01 Le Loi, Quang Trung, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³175 Military Hospital - No 786 Nguyen Kiem, Go Vap, Ho Chi Minh city, Vietnam

⁴Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Background: Antibiotics are an important weapon against disease-causing bacteria. The development and widespread use of antibiotics is one of the most important public health interventions of the past century. However, the overuse of antibiotics has led to an increasing rate of antibiotic resistance and has become a leading health concern in many countries. **Objectives:** We conducted this study with the aim of describing antibiotic use practices of patients undergoing medical examination and treatment at Le Loi General Clinic in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was implemented from April 2022 - May 2023. A quantitative study conducted interviews with 242 patients. **Results:** The results show that the percentage of patients with good practice on antibiotic use is 47.9%; 66.9% of patients go to a medical facility or doctor before using antibiotics. 33.1% of patients did not go to medical facilities or doctors before using antibiotics. 91.3% of patients strictly followed the instructions in the prescription. Regarding the treatment when the disease is in remission after 3 days of using antibiotics, 27.3% of patients stopped using the drug and 11.6% of patients shortened the day of use. **Conclusion:** Due to the results, there are some recommendations as follows: For patients, it is necessary to strictly follow the doctor's prescription on the type of antibiotic, route of administration, dose and duration of treatment. For Le Loi General Clinic, it is necessary to integrate propaganda and distribute leaflets to the people on the safe and rational use of antibiotics. For the District Department of Health, it is necessary to strengthen supervision and inspection of the implementation of regulations on prescribing and selling prescription drugs in the locality.

Keywords: Practice; Antibiotics use; Patients.

*Corresponding author

Email address: drducle.hnvn@gmail.com

Phone number: (+84) 919 716 886

THỰC HÀNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH CỦA NGƯỜI BỆNH KHÁM, CHỮA BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA LÊ LỢI, TRUNG TÂM Y TẾ SƠN TÂY NĂM 2022

Lê Minh Đức^{1*}, Nguyễn Thị Hoài Thu², Trần Minh Tuấn³, Phùng Thanh Hùng²,
Đặng Đức Hoàn⁴

¹Trung tâm Y tế Sơn Tây - Số 01, Lê Lợi, Quang Trung, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Quân Y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, Gò Vấp, TP.HCM

⁴Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng sinh là vũ khí quan trọng để chống lại các vi khuẩn gây bệnh. Việc phát triển và sử dụng rộng rãi kháng sinh là một trong các biện pháp can thiệp y tế công cộng quan trọng nhất trong thế kỷ qua. Tuy nhiên, việc lạm dụng kháng sinh đã dẫn tới tỷ lệ đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng và trở thành mối lo ngại hàng đầu trong lĩnh vực y tế của nhiều quốc gia. **Mục tiêu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh khám, chữa bệnh tại PKĐK Lê Lợi năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được triển khai từ tháng 04/2022 - tháng 5/2023. Nghiên cứu định lượng tiến hành phỏng vấn 242 người bệnh. **Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ người dân có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh là 47,9%; 66,9% người bệnh đi khám tại CSYT, bác sĩ trước khi sử dụng kháng sinh. 33,1% người bệnh không đi khám tại CSYT, bác sĩ. 91,3% người bệnh tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc. Về cách xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, 27,3% người bệnh ngừng sử dụng thuốc và 11,6% người bệnh rút ngắn ngày sử dụng. **Kết luận, kiến nghị:** Từ những kết quả trên, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau: Đối với người dân, khi SDKS cần tuân theo đúng chỉ định của bác sĩ về loại kháng sinh, đường dùng, liều dùng và thời gian điều trị. Đối với Phòng khám đa khoa Lê Lợi, cần lồng ghép tuyên truyền, phát tờ rơi cho các người dân về việc SDKS an toàn, hợp lý trong các buổi khám. Đối với Phòng Y tế, cần tăng cường giám sát, kiểm tra việc thực hiện quy chế kê đơn, bán thuốc theo đơn tại địa phương.

Từ khóa: Thực hành; sử dụng kháng sinh; người bệnh.

*Tác giả liên hệ

Email: drducle.hvn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 919 716 886



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh (KS) là vũ khí quan trọng để chống lại các vi khuẩn gây bệnh. Sử dụng kháng sinh không hợp lý sẽ làm tăng thời gian điều trị bệnh, tăng tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn, tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Theo nghiên cứu của Rie Nakajima và cộng sự (2010) tại Mông Cổ tìm hiểu việc tự SDKS của người dân trong cộng đồng cho thấy: có 48% khách hàng mua ít nhất 1 loại KS, và chỉ có 42% có đơn KS [1]. Tại Việt Nam, việc người dân tự mua và SDKS còn tương đối phổ biến, dẫn đến tỷ lệ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn rất cao, đứng hàng thứ hai (16,7%) sau các bệnh lý về tim mạch (18,4%) [2]. Phòng khám đa khoa (PKĐK) Lê Lợi được thành lập ngày 17/4/2015 theo Quyết định số 1655/QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội, là PKĐK duy nhất thuộc Trung tâm Y tế (TTYT) Sơn Tây, thực hiện khám bệnh, chữa bệnh với hầu hết các chuyên khoa. Số lượng người bệnh đến khám trung bình hằng 80 - 90 người bệnh/ngày. Qua quá trình khai thác tiền sử, bệnh sử, tồn tại nhiều tình trạng như: người bệnh tự ra các nhà thuốc mua KS theo tư vấn của người bán thuốc, người bệnh dùng lại đơn thuốc của lần khám trước hoặc mua theo đơn thuốc của người khác có triệu chứng tương tự, người bệnh uống thuốc KS không đủ thời gian, ... Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh khám, chữa bệnh tại PKĐK Lê Lợi năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đến khám, chữa bệnh tại PKĐK Lê Lợi, TTYT Sơn Tây

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng có biểu hiện rối loạn về tâm thần, không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 04/2022 - tháng 05/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: PKĐK Lê Lợi, TTYT thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội

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

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu

- $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn. Chọn mức độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

- p: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức, thực hành về sử dụng KS an toàn, hợp lý đạt. Dựa vào kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Hà, tỷ lệ người dân có kiến thức về sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý đạt là 67,8%, tỷ lệ người dân có thực hành về SDKS an toàn, hợp lý đạt là 42,6% [3].

p kiến thức đạt = 67,8% (p = 0,678)

p thực hành đạt = 42,6% (p = 0,426)

- d: Mức sai số ước lượng giữa tham số mẫu và quần thể. Chọn d = 0,07

Áp dụng công thức ta có:

- Cỡ mẫu nghiên cứu để đánh giá kiến thức là: 171,2 làm tròn thành 172 người.

- Cỡ mẫu nghiên cứu để đánh giá thực hành là: 191,7 làm tròn thành 200 người.

=> Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 200 người.

Ước tính 10% bỏ cuộc, để đảm bảo cỡ mẫu nghiên cứu ta có: $200 + (200 \times 10\%) = 220$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 220 người.

Trên thực tế, thu thập được 242 phiếu

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện những người bệnh đến khám, chữa bệnh tại PKĐK Lê Lợi trong vòng 1 tháng cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu:

- Số liệu thu thập sẽ được thực hiện qua một số bước sau:

Bước 1: Thử nghiệm bộ công cụ

Bước 2: Điều chỉnh bộ công cụ sau thử nghiệm nếu có

Bước 3: Thu thập số liệu chính thức

- Các điều tra viên tiến hành phỏng vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.7. Các biến số nghiên cứu

Thực hành về lý do cần thiết phải sử dụng kháng sinh (2 biến)

Thực hành về việc mua thuốc kháng sinh (3 biến)

Thực hành về cách sử dụng kháng sinh (12 biến)

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Nhập liệu: sử dụng phần mềm Epi Data 3.1

Làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế

công cộng, trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

Nghiên cứu hoàn toàn được sự chấp thuận của cộng đồng, chính quyền địa phương và lãnh đạo các cơ quan y tế địa phương.

Sự tham gia của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Thông tin của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Thực hành của người bệnh về lý do cần thiết phải SDKS

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đi khám tại CSYT, bác sĩ trước khi SDKS	Có	162	66,9
	Không	80	33,1
Sử dụng kháng sinh theo đơn/ hướng dẫn của ai	Theo kinh nghiệm bản thân	80	33,1
	Theo lời khuyên của gia đình, bạn bè, hàng xóm, đồng nghiệp	3	1,2
	Theo lời khuyên của người bán thuốc	79	32,6
	Nghe theo quảng cáo, tiếp thị thuốc	1	0,4
	Theo đơn thuốc cũ (từ những lần ốm trước)	33	13,6
	Đi khám và dùng theo đơn thuốc/chỉ định/hướng dẫn của bác sĩ	170	70,2

Kết quả cho thấy 66,9% người bệnh đi khám tại CSYT, bác sĩ trước khi SDKS. 70,2% người bệnh đi khám và dùng kháng sinh theo đơn thuốc/ chỉ định/ hướng dẫn của bác sĩ. 33,1% người bệnh SDKS theo

kinh nghiệm của bản thân, 13,6% sử dụng theo đơn thuốc cũ (từ những lần khám trước), 1,2% người bệnh SDKS theo lời khuyên của gia đình, bạn bè, hàng xóm, đồng nghiệp.

Bảng 3.2. Thực hành của người bệnh về việc mua thuốc

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Địa điểm mua kháng sinh	Nhà thuốc tại các cơ sở y tế công/ tư nhân có đăng ký, đạt tiêu chuẩn nhà thuốc tốt	204	84,3
	Nhà thuốc tư nhân có đăng ký, đạt tiêu chuẩn nhà thuốc tốt	112	46,3
	Thầy thuốc tư	6	2,4
Yêu cầu người bán tư vấn sử dụng thuốc	Có	206	85,1
	Không	36	14,9
Nội dung yêu cầu người bán thuốc tư vấn	Cách sử dụng	206	85,1
	Hạn sử dụng	103	42,6
	Chống chỉ định	44	18,2
	Tác dụng phụ của thuốc	78	32,2

Bảng 3.2 cho thấy có 84,3% người bệnh mua thuốc tại nhà thuốc tại các cơ sở y tế công/ tư nhân có đăng ký, đạt tiêu chuẩn nhà thuốc tốt, và 46,3% người bệnh mua thuốc tại nhà thuốc tư nhân có đăng ký, đạt tiêu chuẩn nhà thuốc tốt. 85,1% người bệnh có yêu cầu người bán

tư vấn sử dụng thuốc và yêu cầu tư vấn về cách sử dụng thuốc. Tỷ lệ người bệnh yêu cầu người bán thuốc tư vấn về Hạn sử dụng, Chống chỉ định, Tác dụng phụ của thuốc lần lượt là 42,6%, 18,2%, 32,2%.

Bảng 3.3. Thực hành của người bệnh về tuân thủ sử dụng kháng sinh theo đơn thuốc

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc	Có	221	91,3
	Không	21	8,7
Lý do không tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc	Bệnh không đỡ	7	2,9
	Bệnh đỡ rồi	11	4,5
	Bị dị ứng thuốc	1	0,4
	Không đủ tiền mua thuốc	1	0,4
Kiểm tra hạn sử dụng thuốc	Có	173	71,5
	Không	69	28,5
Thời gian sử dụng thuốc tuân theo đơn thuốc	Có	195	80,6
	Không	30	12,4

Hầu hết người bệnh có tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc (91,3%). Khi được hỏi về lý do không tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc, 4,5% người bệnh trả lời do bệnh đã đỡ rồi. 71,5% người bệnh có

kiểm tra hạn sử dụng thuốc trước khi sử dụng. 80,6% người bệnh có tuân theo thời gian sử dụng như đơn thuốc yêu cầu.

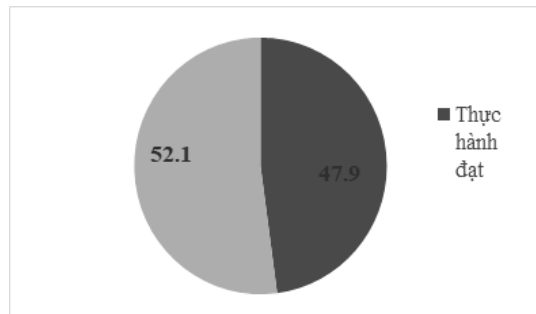
Bảng 3.4. Thực hành của người bệnh sau 3 ngày sử dụng kháng sinh

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh	Ngừng sử dụng thuốc	66	27,3
	Rút ngắn ngày sử dụng	28	11,6
	Giảm liều	8	3,3
	Tiếp tục điều trị theo đúng đơn	106	43,8
	Khác (đi khám lại)	1	0,4
Xử trí khi bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh	Ngừng sử dụng thuốc	2	0,8
	Đổi loại kháng sinh khác	3	1,2
	Tăng liều	0	0
	Hỏi lại người bán thuốc	1	0,4
	Đi khám lại tại CSYT/bác sĩ	13	5,4

Về cách xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, có 43,8% người bệnh tiếp tục điều trị theo đúng đơn. Có tới 27,3% người bệnh ngừng sử dụng thuốc và 11,6% người dân rút ngắn ngày sử dụng.

Về cách xử trí khi bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày SDKS, 5,4% người bệnh đi khám lại tại CSYT/bác sĩ, 1,2% người bệnh đổi loại kháng sinh khác.

Biểu đồ 3.1. Thực hành chung về sử dụng kháng sinh của người bệnh



Tỷ lệ người dân có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh là 47,9%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 33,1% người bệnh không đi khám tại CSYT, bác sĩ trước khi SDKS. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Eystathios Skliros và cộng sự (2010) tại Hy Lạp cho thấy 44,6% SDKS không đơn ít nhất một lần trong 12 tháng qua [4]. Kết quả cũng cho thấy 70,2% người bệnh đi khám và dùng kháng sinh theo đơn thuốc/ chỉ định/ hướng dẫn của bác sĩ. Kết quả này khả quan hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mai Hưng và cộng sự (2019), 55,8% gia đình của người tham gia nghiên cứu sử dụng kháng sinh không kê đơn [5]. Việc SDKS không có đơn và không tuân thủ theo đúng đơn của bác sĩ có thể gây hậu quả nghiêm trọng vì sự xuất hiện của những tác dụng không mong muốn của thuốc, khả năng làm lu mờ những triệu chứng của bệnh nhiễm trùng và tăng khả năng tái nhiễm vi khuẩn, làm cho vi khuẩn có cơ hội biến đổi và kháng lại thuốc kháng sinh. Thực trạng này thúc đẩy những người xây dựng chính sách cần có những quan tâm thiết thực để đưa ra những chính sách thích hợp cũng như đảm bảo các chính sách đó được thi hành tốt để giảm thiểu việc SDKS không an toàn, hợp lý, nhằm hạn chế sự lan rộng của vi khuẩn kháng sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết người bệnh thực hành đạt về địa điểm mua thuốc kháng sinh. Tuy nhiên vẫn có 2,4% người bệnh mua thuốc

tại thầy thuốc tư. Việc thầy thuốc tư, bác sĩ tự bán thuốc là trái với Điều 19 trong Pháp lệnh Hành nghề Y dược tư nhân [6]. Kết quả cũng cho thấy 85,1% người bệnh có yêu cầu người bán tư vấn sử dụng thuốc và yêu cầu tư vấn về cách sử dụng thuốc. Người bán thuốc cũng là đối tượng tiếp xúc với người dân nhiều khi họ đi mua thuốc nên cũng cần có trách nhiệm giải thích, hướng dẫn cho người dân để họ có những quyết định hợp ý trong việc sử dụng các loại thuốc để điều trị bệnh.

Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu này có tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc (91,3%). Việc tuân thủ điều trị kháng sinh theo đơn thuốc của bác sĩ là rất quan trọng. Tuy nhiên, khi được hỏi về lý do không tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc, 4,5% người bệnh trả lời do bệnh đã đỡ rồi. Điều này có thể do tâm lý sợ dùng kháng sinh dài ngày sẽ ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe. Đây là một quan niệm không đúng nhưng lại khá phổ biến trong cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 71,5% người bệnh có kiểm tra hạn sử dụng thuốc trước khi sử dụng. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Trịnh Ngọc Quang (2006) có ĐTNC là người dân nói chung (43,6% người dân có kiểm tra HSD của thuốc) [7]. Mặc dù vậy, vẫn có những người bệnh không kiểm tra HSD của thuốc, điều này có thể do đối tượng không biết cách kiểm tra HSD, không để ý hoặc do tin tưởng cửa hàng thuốc. Từ kết quả này chúng ta thấy rằng việc thông tin về cách xem HSD của thuốc cho người bệnh là rất quan trọng để họ có thói quen kiểm tra HSD trước khi mua và sử dụng thuốc, tránh mua phải những thuốc đã quá hạn, thuốc không đảm bảo chất lượng bởi các thuốc có



HSD ngắn hoặc hết hạn có thể gây ảnh hưởng tới sức khỏe của người sử dụng thuốc, thậm chí có thể gây ngộ độc và sốc thuốc.

Về thời gian SDKS của người bệnh, 80,6% người bệnh có tuân theo thời gian sử dụng như đơn thuốc yêu cầu. Tuy nhiên, vẫn có 12,4% người bệnh không tuân thủ thời gian sử dụng theo đơn thuốc. Để hạn chế được tình trạng trên, chúng ta cần có biện pháp truyền thông tới người bệnh nói riêng và người dân trong cộng đồng nói chung về việc cần tuân thủ đúng thời gian sử dụng thuốc theo đơn thuốc và hướng dẫn của bác sĩ.

Về cách xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày SDKS, kết quả cho thấy có tới 27,3% người bệnh ngừng sử dụng thuốc và 11,6% người bệnh rút ngắn ngày sử dụng. Việc ngừng hoặc rút ngắn ngày sử dụng như vậy là một trong những nguyên nhân dẫn đến kháng kháng sinh và ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người bệnh có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh là 47,9%. Kết quả này cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mai Hưng và cộng sự (2019) với 16,7% số người tham gia nghiên cứu đạt thực hành tốt về SDKS [5]. Kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Hà (2018) với 42,6% người dân có thực hành tốt về SDKS [3]. Tuy nhiên kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tiến (2017) với 56,4% người dân có thực hành đúng về SDKS an toàn, hợp lý [8].

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người bệnh có thực hành đạt về sử dụng kháng sinh là 47,9%;
- 66,9% người bệnh đi khám tại CSYT, bác sĩ trước khi sử dụng kháng sinh. 33,1% người bệnh không đi khám tại CSYT, bác sĩ.
- 91,3% người bệnh tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc.
- Về cách xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, 27,3% người bệnh ngừng sử dụng thuốc và 11,6% người bệnh rút ngắn ngày sử dụng.

KHUYẾN NGHỊ

Đối với người dân: Khi SDKS cần tuân theo đúng chỉ định của bác sĩ về loại kháng sinh, đường dùng, liều

dùng và thời gian điều trị. Không tự ý rút ngắn, giảm liều điều trị khi bệnh đã đỡ.

Đối với Phòng khám đa khoa Lê Lợi: Lồng ghép tuyên truyền, phát tờ rơi cho các người dân về việc SDKS an toàn, hợp lý trong các buổi khám.

Đối với Phòng Y tế: Tăng cường giám sát, kiểm tra việc thực hiện quy chế kê đơn, bán thuốc theo đơn tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Rie Nakajima et al., Antimicrobial use in a country with insufficient enforcement of pharmaceutical regulations: A survey of consumption and retail sales in Ulaanbaatar, Mongolia. *Southern Med Review*, 2010. 3(1): p. 19-23.
- [2] Bộ Y tế, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, 2015, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
- [3] Nguyễn Thị Hải Hà và cộng sự, Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về sử dụng thuốc kháng sinh của người dân phường Phú Diễn, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội, *Tạp chí Khoa học Công nghệ* 2018, 194(01).
- [4] Eystathios Skliros et al., Self-medication with antibiotics in rural population in Greece: a cross-sectional multicenter study. *BMC Family Practice*, 2010. 11(58).
- [5] Trần Thị Mai Hưng và cộng sự, Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh của người bệnh tại trạm y tế xã của một số vùng miền Việt Nam năm 2018 - 2019. *Tạp Chí Y học Dự phòng*, 2021, 30(10): p. 84-94.
- [6] Quốc Hội, Pháp lệnh của Ủy ban thường vụ Quốc hội số 07/2003/PL-UBTVQH11 ngày 25 tháng 02 năm 2003 về hành nghề y, dược tư nhân, 2003.
- [7] Trịnh Ngọc Quang, Kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng thuốc kháng sinh tại các hộ gia đình xã Việt Đoàn - huyện Tiên Du - tỉnh Bắc Ninh, 2006, Trường Đại học Y tế công cộng.
- [8] Nguyễn Văn Tiến, Kiến thức, thực hành và yếu tố liên quan về sử dụng thuốc kháng sinh của người dân tại một số xã, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017, *Tạp chí Y học dự phòng*, 2017. 27(13- 2017): p. 60 - 67.

FOOD SAFETY KNOWLEDGE AND PRACTICES OF FOOD PROCESSORS AT KINDERGARTENS IN SON TAY, HA NOI IN 2022

Vu Duc Minh^{1*}, Dang Duc Hoan¹, Pham Tien Dung¹, Le Thi Huong², Hoang Truong Giang², Nguyen Thi Thu Ha², Vu Cao Cuong³, Nguyen Van Nam⁴

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Department of Health - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

⁴Son Tay Town Health Center - No 01 Le Loi, Quang Trung, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of food safety knowledge and practices of food processors at kindergartens in Son Tay, Ha Noi in 2022

Study design: Cross-sectional description.

Results: The percentage of food processors meeting the general knowledge and practice requirements on food safety and hygiene are 91% and 89% respectively. Regarding knowledge, 78.72% of food handlers have correct knowledge about the height of the table for food preparation compared to the floor, and 84% of food handlers know the appropriate times to wash their hands. However, 4.26% of food handlers still use their bare hands to handle cooked food. Most establishments (96.81%) store and preserve food in refrigerators. Food storage areas are generally safe, well-ventilated, and easy to clean (nearly 90%), and can effectively prevent insects (92.55%).

Conclusion: The percentages of food processors meeting the general knowledge and practice requirements on food safety and hygiene are relatively high, with the exception of some food processors who still used hands directly when handling food.

Keywords: Food safety and sanitation, institutional kitchens.

*Corresponding author

Email address: vuminh160484@gmail.com

Phone number: (+84) 985 989 757



KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI CHẾ BIẾN THỰC PHẨM BẾP ĂN BÁN TRÚ TRƯỜNG MẦM NON TẠI THỊ XÃ SƠN TÂY, HÀ NỘI NĂM 2022

Vũ Đức Minh^{1*}, Đặng Đức Hoàn¹, Phạm Tiến Dung¹, Lê Thị Hương², Hoàng Trường Giang², Nguyễn Thị Thu Hà², Vũ Cao Cương³, Nguyễn Văn Nam⁴

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

⁴Trung tâm Y tế Sơn Tây - số 01, Lê Lợi, Quang Trung, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) của người chế biến thực phẩm (CBTP) các bếp ăn tập thể (BĂTT) tại trường mầm non thị xã Sơn Tây, Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ người CBTP đạt yêu cầu kiến thức và thực hành chung về an toàn vệ sinh thực phẩm lần lượt là 89% và 91%. Về kiến thức, 78,72% có kiến thức đúng về chiều cao bàn sơ chế so với mặt sàn, 84% người CBTP biết đầy đủ các thời điểm rửa tay. Tuy nhiên, với thực hành vẫn có 4,26% người CBTP dùng tay trực tiếp để bốc chia thức ăn chín. Hầu hết cơ sở (96,81%) thực phẩm được bảo quản, lưu giữ trong tủ lạnh. Về kho thực phẩm thì chắc chắn, an toàn, thông thoáng, dễ vệ sinh (gần 90%), phòng chống được côn trùng (92,55%).

Kết luận: Tỷ lệ đạt yêu cầu về kiến thức và thực hành chung về an toàn thực phẩm (ATTP) tại các BĂTT ở mức khá tốt, mặc dù vẫn còn một số người CBTP vẫn còn dùng tay trực tiếp bốc và chia thức ăn.

Từ khóa: An toàn vệ sinh thực phẩm, bếp ăn tập thể, mầm non.

*Tác giả liên hệ

Email: vuminh160484@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985 989 757

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảm bảo ATVSTP nói chung và ATVSTP cho mỗi bữa ăn bán trú nhà trường nói riêng luôn là mối quan tâm của toàn xã hội và cũng là một trong những nhiệm vụ quan trọng hàng đầu[1]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng mỗi năm có tới 220 triệu trẻ em mắc bệnh tiêu chảy và 96000 trẻ bị tử vong[2].

Thực phẩm không an toàn đặt ra mối đe dọa sức khỏe toàn cầu, gây nguy hiểm cho tất cả mọi người, đặc biệt là đối với sự phát triển về thể chất và trí tuệ của trẻ trong những năm đầu đời [3]. Vì vậy, yêu cầu về ATVSTP trong các bữa ăn, căng tin trường học không chỉ nhằm bảo đảm sức khỏe học sinh, liên quan tới sự phát triển thể chất, ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe tinh thần của trẻ mà còn góp phần quan trọng trong việc nâng cao chất lượng giáo dục toàn diện[2]. Đặc biệt thị xã Sơn Tây là cửa ngõ phía Tây bắc Thủ đô Hà Nội với mật độ dân cư đông đúc, nhiều đơn vị hành chính xã phường vì vậy công tác quản lý an toàn thực phẩm đặc biệt tại các trường học cũng gặp không ít khó khăn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “Mô tả kiến thức và thực hành về ATVSTP của người chế biến thực phẩm các bữa ăn bán trú trường mầm non tại thị xã Sơn Tây, Hà Nội năm 2022”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người CBTP tại bếp ăn bán trú của trường mầm non.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng đang làm việc tại BẮTT các trường mầm non thuộc địa bàn thị xã Sơn Tây, thành phố Hà Nội, có thời gian làm việc ít nhất 6 tháng. Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu và có thể trả lời.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: Có thời gian làm việc dưới 6 tháng. Không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hợp tác để trả lời.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai từ 6/2022 đến 2/2023 tại BẮTT của 35 trường mầm non tại thị xã Sơn Tây, Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ số người CBTP tại bếp ăn bán trú các trường mầm non trên địa bàn thị xã Sơn Tây. Tổng số người CBTP tham gia vào nghiên cứu là 94 người.

Phương pháp thu thập số liệu: Các câu hỏi đánh giá kiến thức, thực hành của người CBTP được tham khảo bộ câu hỏi của các nghiên cứu trước đó[4]; ngoài ra còn được cập nhật thêm một số câu hỏi được lựa chọn từ bộ câu hỏi mới ban hành theo Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 02/2/2015 của Cục ATTP, Bộ Y tế về việc “Ban hành tài liệu tập huấn kiến thức ATTP và Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống và đáp án trả lời”[5].

Đánh giá kiến thức chung về ATTP bao gồm 24 câu hỏi là 70 điểm. Tổng điểm kiến thức $\geq 80\%$ được đánh giá là kiến thức đạt.

Đánh giá thực hành chung về ATTP gồm 18 câu, mỗi câu tương ứng với mức điểm nhất định. Dựa vào phần trả lời và quan sát thực tế các câu hỏi để tính điểm, điểm tối đa cho phần trả lời 18 câu là 29 điểm. Tổng điểm thực hành $\geq 80\%$ được đánh giá là thực hành đạt về ATTP.

Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, được nhập bằng phần mềm Excel, xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 14.0 sử dụng phương pháp thống kê cơ bản.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu có đồng ý và tham gia của phòng GD&ĐT, TTYT thị xã Sơn Tây, các trường học được nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo quyền tự nguyện tham gia của các đối tượng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=94)

Chỉ số	Thông tin	n	%
Giới tính	Nam	2	2,13
	Nữ	92	97,87
Tuổi	21 – 30 tuổi	8	8,51
	31 – 40 tuổi	60	63,83
	41 – 50 tuổi	20	21,28
	Trên 50 tuổi	6	6,38
Trình độ học vấn	Tiểu học, THPT	0	0,00
	Trung học phổ thông	14	14,89
	Trung cấp	36	38,30
	Cao đẳng, đại học	44	46,81
Trình độ chuyên môn về CBTP	Sơ cấp nấu ăn	23	22,34
	Trung cấp nấu ăn	28	29,79
	Cao đẳng nấu ăn	38	40,43
	Không có bằng cấp	5	5,32

Bảng 1 cho thấy trong tổng số 94 đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn là nữ giới (90%) với độ tuổi phổ biến nhất là 31-50 tuổi (85%), 100% tốt nghiệp THPT trở lên và hơn 40% có bằng cấp cao đẳng nấu ăn.

Bảng 2. Kiến thức về điều kiện cơ sở, vệ sinh dụng cụ

Biến số	Chỉ số	n	%
Thiết kế bếp ăn	Thiết kế chế biến theo một chiều	94	100,00
	Các cửa, ô thoáng có kính hoặc lưới	85	90,43
	Nền, tường, trần khu bếp sáng màu	88	93,62
	Phân khu riêng biệt thực phẩm sống, chín	93	98,94
	Cống thoát nước kín hay hở đều được	5	5,32
Khoảng cách bàn sơ chế với mặt sàn	30 cm	3	3,19
	60 cm	74	78,72
	90 cm	16	17,02
	Không biết	1	1,06
Vật liệu của dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm	Inox	94	100,00
	Gốm, sứ, thủy tinh	33	35,11
	Các loại nhựa	3	3,19
	Khác	3	3,19

Bảng 2 cho thấy trên 90% người CBTP đều có kiến thức về thiết kế bếp. Gần 80% biết khoảng cách phù hợp giữa bàn sơ chế với mặt sàn là 60cm, 100% biết inox là vật dụng phù hợp làm dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm.

Bảng 3. Kiến thức về vệ sinh cá nhân của người CBTP

Biến số	Chỉ số	n	%
Hành vi cấm khi CBTP	Khạc nhổ, cười đùa	77	81,91
	Đeo trang sức	94	100,00
	Đề móng tay dài	92	97,87
	Đeo găng tay	4	4,26
Người CBTP cần phải rửa tay	Trước khi CBTP	36	38,30
	Sau khi đi vệ sinh	45	47,87
	Sau khi tiếp xúc với rác, ngoáy tai, mũi, gãi ngứa	39	41,49
	Sau khi tiếp xúc với lông súc vật hoặc bề mặt không đảm bảo vệ sinh	38	40,43
	Tất cả ý trên đúng	79	84,04

Bảng 3.cho thấy đa phần đối tượng đều biết về các hành vi bị cấm khi CBTP tuy nhiên mới chỉ có hơn 80% đối tượng cho rằng khạc nhổ cười đùa là hành vi bị cấm trong khi CBTP. 84% người CBTP biết đầy đủ về các thời điểm cần phải rửa tay.

Bảng 4. Thực hành về ATVSTP của người CBTP

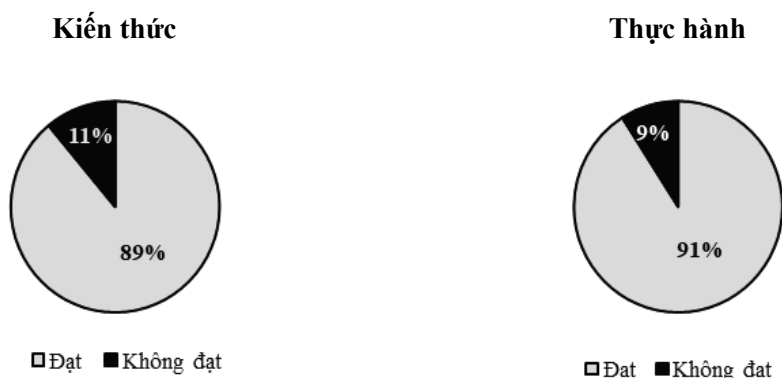
Biến số	Chỉ số	n	%
Thực hành về vệ sinh cá nhân			
Móng tay	Sạch sẽ, cắt ngắn	94	100,00
	Dài	0	0,00
Trang phục sử dụng khi chế biến TP	Mũ chụp tóc	91	96,81
	Khẩu trang	94	100,00
	Găng tay	94	100,00
	Tạp dề	87	92,55
	Quần áo bảo hộ	77	81,91
NCB dùng tay trực tiếp để bốc thức ăn	Có	4	4,26
	Không	90	95,74
Thực hành về bảo quản thực phẩm			
Thực phẩm bảo quản lưu giữ	Tủ lạnh	91	96,81
	Đề ngoài, không lưu	3	3,19
Điều kiện với kho TP	Chắc chắn, an toàn	79	84,04
	Thông thoáng	87	92,55
	Dễ vệ sinh	82	87,23
	Phòng chống được côn trùng và động vật	87	92,55



Bảng 4 cho thấy 100% người CBTP để móng tay sạch sẽ, cắt ngắn. Tỷ lệ tuân thủ khẩu trang và găng tay rất cao. Vẫn có 4,26% người CBTP dùng tay trực tiếp để bốc chia thức ăn chín. Hầu hết cơ sở (96,81%) thực

phẩm được bảo quản, lưu giữ trong tủ lạnh. Về kho thực phẩm thì chắc chắn, an toàn, thông thoáng, dễ vệ sinh (gần 90%), phòng chống được côn trùng (92,55%).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ người CBTP đạt yêu cầu kiến thức, thực hành về ATVSTP



Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành lần lượt là 89% và 91%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả khảo sát trên 94 người thuộc 35 cơ sở bếp ăn tập thể tại các trường mầm non tại thị xã Sơn Tây, kết quả thu được có tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành khá cao.

Về kiến thức, có 89% số người chế biến thực phẩm có kiến thức chung về an toàn thực phẩm đạt. Kết quả này cao hơn kết quả từ các nghiên cứu khác như của Lê Hồng Quang năm 2020[6] với 73,4% đạt yêu cầu; của Nguyễn Thùy Dương khu vực nội thành Hà Nội năm 2015 với 70% số người đạt yêu cầu[7] và của Đặng Quang Tân tại Hà Nội năm 2018 là 68,4%[4]. Kết quả của chúng tôi đã đạt được chỉ tiêu trong Chiến lược Quốc gia ATTP giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến 2030 là 80% người sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm có kiến thức đúng về ATTP.

Ngoài nắm vững kiến thức cần thiết về VSATTP, người CBTP còn phải thực hành tốt, vì thực hành ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng và là yếu tố tiên quyết hạn chế ngộ độc thực phẩm. Đánh giá về thực hành chung về an toàn thực phẩm, có 91% người chế biến thực phẩm đạt yêu cầu về thực hành chung. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của BẮTT các trường mầm non, tiểu học tại Hà Đông, Hà Nội (63,4%)[8], và kết quả của Lê Hồng Quang năm 2020[6] có 71,4% người CBTP đạt yêu cầu

thực hành chung. Sự khác biệt giữa kết quả của các nghiên cứu có thể là do địa điểm nghiên cứu và cỡ mẫu khác nhau. Đặc biệt tại thị xã Sơn Tây, Hà Nội ngày càng có sự chú trọng của các cấp chính quyền về việc quản lý, tập huấn nâng cao kiến thức về VSATTP cho người CBTP trong BẮTT trường mầm non. Mặt khác, công tác kiểm tra, giám sát các BẮTT mầm non tại thị xã hiện nay được thực hiện thường xuyên và chặt chẽ.

Tuy nhiên, vấn đề vệ sinh cá nhân và bảo quản thực phẩm vẫn cần được chú trọng hơn nữa như vẫn có 4,26% người CBTP dùng tay trực tiếp để bốc chia thức ăn chín và 3,19% bảo quản thực phẩm ở ngoài. Điều đó có thể là nguy cơ tiềm ẩn mất ATVSTP ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của trẻ mầm non. Do đó, cần tiếp tục tăng cường giám sát, xử lý chặt chẽ của các cơ quan chức năng về những vấn đề còn tồn đọng và truyền thông nâng cao kiến thức về ATTP cho người chế biến nhằm hướng tới chất lượng bữa ăn cho giáo viên và học sinh trong trường ngày càng tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đạt yêu cầu về kiến thức và thực hành chung về ATTP tại các BẮTT ở mức khá tốt trong đó số người CBTP có kiến thức và thực hành về ATTP đạt tỷ lệ là 89% và 91%. Mặc dù vẫn còn một số người chế biến thực phẩm vẫn còn dùng tay trực tiếp bốc và chia thức ăn.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

- [1] Sở Y tế Hà Nội, Đảm bảo an toàn thực phẩm trong bếp ăn bán trú, Sở Y tế Hà Nội, Hà Nội, tại trang: https://soyte.hanoi.gov.vn/tin-tuc-su-kien/-/asset_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/-am-bao-an-toan-thuc-pham-trong-bep-an-ban-t-1, 2022
- [2] WHO (30 April 2020), Food safety, WHO, truy cập ngày, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.
- [3] Bộ Y tế, Quyết định số 4128/2001/ QĐ-BYT ngày 03/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Quy định về điều kiện bảo đảm An toàn vệ sinh thực phẩm các nhà ăn, bếp ăn tập thể và cơ sở kinh doanh chế biến suất ăn sẵn”, chủ biên, 2001.
- [4] Đặng Quang Tân, Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể của một số trường tiểu học thành phố Hà Nội năm 2018, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2019.
- [5] Bộ Y tế, Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 02/2/2015 của Cục An toàn thực phẩm về việc “Ban hành tài liệu tập huấn kiến thức ATTP và Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến, kinh doanh dịch vụ ăn uống và đáp án trả lời”, chủ biên, 2015.
- [6] Lê Thị Hương, Lê Hồng Quang, Dương Thị Thu Hiền & cộng sự, “Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm của người chế biến thực phẩm tại bếp ăn bán trú trong các trường học của Thành phố Thanh Hóa năm 2020”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tập 146 Số 10 (2021).
- [7] Nguyễn Thùy Dương, Thực trạng an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người chế biến thực phẩm tại bếp ăn tập thể trường tiểu học khu vực nội thành Hà Nội năm 2015, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2016.
- [8] Lê Thị Hằng, Nghiên cứu thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể các trường mầm non, tiểu học tại quận Hà Đông, Hà Nội năm 2009, Luận văn tốt nghiệp, Học viện Quân Y, Hà Nội, 2009.



PRACTICE OF ANTIBIOTICS USE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS IN SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Hoang Duc Tho^{1*}, Nguyen Thi Hoai Thu², Bui Thi My Anh²

¹Son Tay district general Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: A cross sectional study aimed to describe the practice of antibiotics use and its associated factors among patients was conducted in 2022 at Son Tay general Hospital.

Methods: The study employed the quantitative method that surveyed on a total of 261 patients.

Results: The study results showed that 29.5% of patients had performed properly practice of antibiotic use. In particular, only 26.1% of patients adhered to the time of prescription; when their condition did not improve after 3 days of using antibiotics there was 67.8% of patient went to healthcare facilities/doctors; 87.3% of patients stopped using the drug on their own, 12.3% changed antibiotics by themselves, and 3.8% increased the dose.

Conclusion: The finding also indicated that gender, occupation, patients had access to information on antibiotic use, and patients with properly knowledge of antibiotic use had statistically associated with the practice of antibiotic use ($p < 0.05$).

Keywords: Antibiotics use, practice, patients, general hospital, Son Tay.

*Corresponding author

Email address: hoangductho77@gmail.com

Phone number: (+84) 977 957 951

THỰC HÀNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2022

Hoàng Đức Thọ^{1*}, Nguyễn Thị Hoài Thu², Bùi Thị Mỹ Anh²

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01, Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây với mục tiêu mô tả thực hành và xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát trên tổng số 261 người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy 29,5% người bệnh có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh. Đặc biệt, chỉ có 26,1% người bệnh tuân thủ đúng thời gian uống thuốc theo đơn; 67,8% người bệnh đi khám lại tại cơ sở y tế; 87,3% người bệnh tự ngừng sử dụng thuốc, 12,3% tự đổi loại kháng sinh và 3,8% tăng liều khi tình trạng bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh.

Kết luận: Kết quả phân tích các yếu tố liên quan chỉ ra giới tính, nghề nghiệp, đã từng tiếp cận thông tin về sử dụng kháng sinh, kiến thức đạt về sử dụng kháng sinh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh, thực hành, người bệnh, bệnh viện đa khoa, Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng kháng sinh không hợp lý sẽ làm tăng thời gian điều trị bệnh, tăng tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn, tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị cho người bệnh [1].

Theo khảo sát của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tại 12 quốc gia, trong đó 32% người cho biết họ đã ngừng dùng thuốc kháng sinh khi thấy khỏe hơn mà không

thực hiện theo chỉ dẫn [2]. Hậu quả tự sử dụng kháng sinh được người dân báo cáo bao gồm dị ứng (5,9%), thất bại điều trị (11,8%) và gây tử vong (5,9%) [3]. Tại Việt Nam, thực trạng sử dụng kháng sinh của người bệnh cũng là một vấn đề đáng quan tâm hiện nay. Tình hình kháng kháng sinh luôn ở mức báo động, cùng với việc thiếu những kháng sinh mới, dẫn đến việc hệ thống y tế phải đối mặt với những vấn đề khó khăn, ảnh hưởng đến khả năng chữa trị hiệu quả những bệnh

*Tác giả liên hệ

Email: hoangductho77@gmail.com

Điện thoại: (+84) 977 957 951



nh nhiễm khuẩn nghiêm trọng. Gánh nặng về chi phí điều trị cho các bệnh nhiễm khuẩn ngày càng cao. Việc nâng cao nhận thức cho người bệnh về việc sử dụng kháng sinh theo đơn và tuân thủ điều trị theo chỉ định của bác sĩ là hết sức cần thiết, góp phần đưa ra các đề xuất giúp cho việc sử dụng kháng sinh an toàn hơn, hợp lý hơn, nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian điều trị. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu mô tả thực hành và xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa (BVĐK) Sơn Tây năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa khám bệnh, BVĐK Sơn Tây. Tiêu chuẩn chọn: Có đủ sức khỏe và khả năng trả lời câu hỏi; Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023 tại BVĐK Sơn Tây.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỷ lệ, ta có:

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

Trong đó

n: Số người bệnh tối thiểu cần điều tra

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$

p: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức, thực hành đạt về sử dụng kháng sinh hợp lý-an toàn. Do chưa có nghiên cứu nào tiến hành tìm hiểu về tỷ lệ kiến thức, thực hành đạt về sử dụng kháng sinh hợp lý-an toàn của người bệnh tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn $p=0,5$ (ước lượng tỷ lệ kiến thức, thực hành đạt về sử dụng kháng sinh hợp lý-an toàn của người bệnh tại bệnh viện là 50%).

d: Khoảng sai lệch chấp nhận được $d= 0,07$

Từ đó, thay vào công thức ta có số người bệnh tối thiểu cần điều tra là 196 người bệnh. Dự phòng 10% người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu và cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập được là 215 người bệnh. Thực tế, cỡ mẫu thu thập được là 261 người bệnh.

❖ Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trung bình mỗi ngày có khoảng 500 người bệnh đến khám tại Khoa khám bệnh, BVĐK Sơn Tây, nghiên cứu viên chọn ngẫu nhiên 10-15 người bệnh từ danh sách người bệnh đến khám hàng ngày tại Khoa khám bệnh.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn người bệnh đến khám tại Khoa khám bệnh, BVĐK Sơn Tây bằng bộ câu hỏi định lượng được thiết kế sẵn. Trước khi tiến hành thu thập số liệu, nghiên cứu viên tiến hành thử nghiệm bộ công cụ trên 10 người bệnh tại BVĐK Sơn Tây và chỉnh sửa lại từ ngữ trong bộ công cụ để phù hợp, dễ hiểu với người bệnh.

2.6. Bộ công cụ và các biến số nghiên cứu

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên tham khảo các nghiên cứu điều tra về kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn [4, 5]. Các biến số nghiên cứu chính gồm: Thông tin chung về người bệnh; Kiến thức về sử dụng kháng sinh; Thực hành sử dụng kháng sinh; Tiếp cận thông tin sử dụng kháng sinh.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn

Bộ công cụ đánh giá kiến thức, thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh gồm 18 câu hỏi về kiến thức và 13 câu hỏi về thực hành. Trong đó:

- Phần kiến thức: tổng điểm là 45, điểm đạt từ 22 – 45 điểm.

- Phần thực hành: tổng điểm là 29, điểm đạt từ 15 -29 điểm.

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ %) và thống kê suy luận nhằm phân tích tìm những yếu tố liên quan giữa thực hành sử dụng kháng sinh với các yếu tố cá nhân (tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, sử dụng BHYT, tiếp cận thông tin về sử dụng kháng sinh, kiến thức về sử dụng kháng sinh người bệnh)

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ những quy định về đạo đức trong nghiên cứu và chỉ tiến hành khi được thông qua và phê duyệt của Hội đồng nghiên cứu Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng và được sự đồng ý triển khai

nghiên cứu của Ban lãnh đạo BVĐK Sơn Tây.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=261)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	89	34,1
Nữ	172	65,9
Tuổi		
≤ 35 tuổi	98	37,5
Trên 35 tuổi	163	62,5
Trình độ học vấn		
Dưới THPT	187	71,6
THPT trở lên	74	28,4
Nghề nghiệp		
Cán bộ/ viên chức/công nhân, nông dân	139	53,3
Nội trợ/ buôn bán, tự do	122	46,7
Mức độ bệnh		
Nhẹ	180	69,0
Vừa, nặng	81	31,0
Đã từng tiếp cận thông tin về SDKS		
Chưa từng	98	37,5
Đã từng	163	62,5

Nghiên cứu được thực hiện trên 261 người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, bệnh viện đa khoa Sơn Tây. Người bệnh chủ yếu là nữ giới chiếm 65,9%. Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm trên 35 tuổi (chiếm 62,5%). Về trình độ học vấn, người bệnh có trình độ dưới THPT chiếm tỷ lệ 71,6% và nhóm có trình độ THPT trở lên là 28,4%. Về nghề nghiệp, đối

tượng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm cán bộ/viên chức/công nhân/nông dân chiếm 53,3%, nhóm nội trợ/buôn bán, tự do là 46,7%. Về mức độ bệnh, 69% người bệnh có tình trạng bệnh nhẹ, 31% người bệnh còn lại với tình trạng bệnh vừa và nặng. Có 62,5% người bệnh đã từng tiếp cận thông tin về sử dụng kháng sinh.



3.2. Thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây năm 2022

Bảng 2. Thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây (n=261)

Thực hành		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đi khám tại CSYT trước khi sử dụng kháng sinh	Có	197	75,5
	Không	64	24,5
Tuân thủ đúng hướng dẫn trong đơn thuốc	Có	254	97,3
	Không	7	2,7
Kiểm tra hạn sử dụng thuốc	Có	203	77,8
	Không	58	22,2
Thời gian sử dụng thuốc tuân theo đơn thuốc	Có	68	26,1
	Không	193	73,9
Xử trí khi bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh	Ngừng sử dụng thuốc	236	90,4
	Rút ngắn ngày sử dụng	25	9,6
Xử trí khi bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh	Ngừng sử dụng thuốc	19	87,3
	Đổi loại kháng sinh khác	32	12,3
	Tăng liều	10	3,8
	Hỏi lại người bán thuốc	23	8,8
	Đi khám lại tại CSYT/bác sĩ	177	67,8
NB đã từng phản ứng với kháng sinh	Có	52	19,9
	Không	209	80,1
Xử trí khi có phản ứng sau sử dụng kháng sinh (n=52)	Ngừng sử dụng và đổi kháng sinh khác	7	13,5
	Ngừng sử dụng và đến khám tại CSYT	43	82,7
	Vẫn dùng thuốc và giảm liều	2	3,8

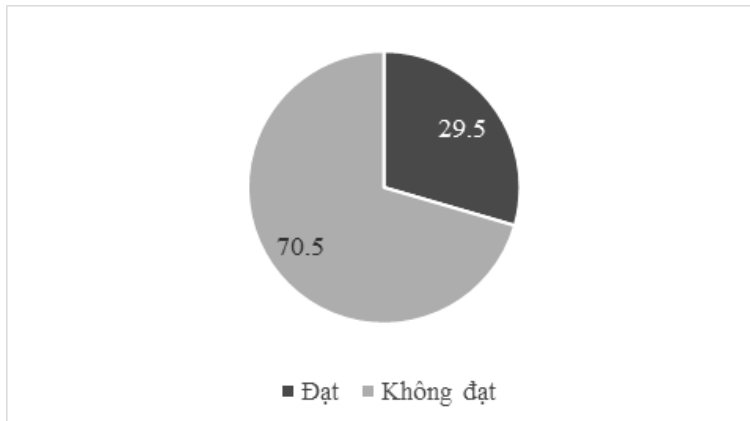
Bảng 2 mô tả về thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây năm 2022. Kết quả cho thấy 75,5% người bệnh có đi khám tại các CSYT trước khi sử dụng kháng sinh, vẫn còn 24,5% người bệnh tự dùng thuốc kháng sinh, không đi khám trước khi dùng kháng sinh. Về cách sử dụng kháng sinh, có 97,3% người bệnh cho biết tuân thủ sử dụng kháng sinh đúng theo hướng dẫn trong đơn thuốc, 77,8% người bệnh có kiểm tra hạn sử dụng thuốc, tuy nhiên chỉ có 26,1% người bệnh thực hiện đúng thời gian theo đơn thuốc.

Về thực hành xử trí khi dùng thuốc kháng sinh, 90,4% người bệnh ngừng sử dụng thuốc khi tình trạng bệnh

thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh. Trong trường hợp tình trạng bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày dùng kháng sinh, có 67,8% người bệnh đi khám lại tại CSYT/bác sĩ khi bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, tuy nhiên có đến 87,3% người bệnh tự ngừng sử dụng thuốc, 12,3% tự đổi loại kháng sinh và 3,8% tăng liều.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra 19,9% người bệnh đã từng có phản ứng phụ với kháng sinh. Xử trí khi có phản ứng sau khi sử dụng kháng sinh cho thấy 82,7% ngừng sử dụng và đến khám tại CSYT, tuy nhiên vẫn còn 13,5% người bệnh tự ngừng thuốc và đổi kháng sinh khác, 3,8% người bệnh vẫn dùng thuốc và giảm liều.

Biểu đồ 1. Thực hành chung về sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây năm 2022 (n=261)



Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh thực hành đúng về sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây là 29,5%. (Biểu đồ 1)

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây

Bảng 3. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân của người bệnh đến sử dụng kháng sinh (n=261)

Nội dung		Thực hành về SDKS		OR	p-value
		Chưa đạt n (%)	Đạt n (%)		
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	72 (73,5)	26 (26,5)	-	0,41
	35 tuổi trở lên	112 (68,7)	51 (31,3)	1,26	
Giới tính	Nam	71 (79,8)	18 (20,2)	-	0,01*
	Nữ	113 (65,7)	59 (34,3)	2,06	
Trình độ học vấn	Dưới PTTH	136 (72,7)	51 (27,3)	-	0,21
	PTTH trở lên	48 (64,9)	26 (35,1)	1,44	
Nghề nghiệp	Cán bộ/ viên chức/công nhân, nông dân	89 (64,0)	50 (36,0)	1,97	0,01*
	Nội trợ/ buôn bán, tự do	95 (77,9)	27 (22,1)	-	
Mức độ bệnh	Nhẹ	126 (70,0)	54 (30,0)	1,08	0,79
	Vừa, nặng	58 (71,6)	23 (28,4)	-	
Sử dụng thẻ BHYT	Không	17 (73,9)	6 (26,1)	-	0,71
	Có	167 (70,2)	71 (29,8)	1,21	
Đã từng tiếp cận thông tin về SDKS	Không	83 (84,7)	15 (15,3)	-	<0,01*
	Có	101 (62,0)	62 (38,0)	3,40	
Kiến thức về SDKS	Chưa đạt	56 (96,6)	2 (3,4)	-	<0,01*
	Đạt	128 (63,1)	75 (36,9)	6,41	



Kết quả phân tích chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh với yếu tố giới tính, nghề nghiệp, đã từng tiếp cận thông tin về sử dụng kháng sinh, kiến thức về sử dụng kháng sinh ($p < 0,05$). Cụ thể, người bệnh là nữ có xu hướng thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao hơn người bệnh là nam ($OR = 2,06$, $p < 0,01$). Về nghề nghiệp, nhóm người bệnh là cán bộ/viên chức/công nhân/nông dân có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao hơn 1,97 lần so với nhóm người bệnh làm buôn bán, nghề tự do ($OR = 1,97$, $p < 0,01$). Kết quả phân tích cũng chỉ ra người bệnh đã từng tiếp cận với các thông tin về sử dụng kháng sinh có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao gấp 3,40 lần so với người bệnh chưa từng tiếp cận các thông tin này ($OR = 3,40$, $p < 0,01$). Nhóm người bệnh có kiến thức đạt về sử dụng kháng sinh có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao gấp 6,41 lần so với nhóm có kiến thức chưa đạt ($OR = 6,41$, $p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây

Kết quả nghiên cứu chỉ ra thực hành chung về sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây là 29,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Mai (2019) cho thấy tỷ lệ thực hành đúng về tuân thủ sử dụng kháng sinh là 49,4% [5] và cũng thấp hơn so với nghiên cứu tại Bồ Đào Nha (2014) là 55,2% với cùng phương pháp nghiên cứu là phỏng vấn người bệnh/khách hàng [6].

Thực hành của người bệnh về cách xử trí sau khi sử dụng kháng sinh. Kết quả cho thấy 90,4% người bệnh ngừng sử dụng thuốc khi tình trạng bệnh thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh. Thực trạng này cũng được chỉ ra trong một số nghiên cứu, đa số những người ngừng thuốc là do tình trạng bệnh cải thiện. Nghiên cứu của Przemyslaw tiến hành tại Ba Lan (2002) cho kết quả 22,3% người bệnh không hoàn thành đợt điều trị khi hết hoàn toàn triệu chứng, nhiều người mong muốn độ dài đợt điều trị chỉ trong 3 ngày [7]. Đa phần lý do ngừng dùng thuốc khi tình trạng bệnh cải thiện, phần lớn là tự ý dừng thuốc do nghĩ rằng kháng sinh có thể gây hại cho sức khỏe, họ cảm thấy mệt mỏi mỗi khi phải dùng kháng sinh [5].

Nghiên cứu ở một số nước châu Âu chỉ ra rằng người bệnh thường uống tăng liều khi bắt đầu đợt điều trị, nó

có thể do mức độ trầm trọng của triệu chứng, mong muốn khỏi bệnh nhanh chóng [7]. Kết quả này cũng được phản ánh trong nghiên cứu của chúng tôi có 67,8% người bệnh đi khám lại tại CSYT/bác sĩ khi bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, tuy nhiên có đến 87,3% người bệnh tự ngừng sử dụng thuốc, 12,3% tự đổi loại kháng sinh và 3,8% tăng liều khi tình trạng bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh.

Một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh

Kết quả phân tích chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh với yếu tố giới tính, nghề nghiệp, đã từng tiếp cận thông tin về sử dụng kháng sinh, kiến thức về sử dụng kháng sinh ($p < 0,05$). Người bệnh là nữ có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao hơn 2,06 lần so với người bệnh là nam ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mitsi G. tại Hy Lạp (2005) cho thấy nam giới có tuân thủ không tuân thủ chế độ liều nhiều hơn nữ giới ($p = 0,048$) [8]. Tuy nhiên, mối liên quan này không được chỉ ra trong nghiên cứu của Vũ Thị Mai (2019) [5].

Nhóm người bệnh có kiến thức đạt về sử dụng kháng sinh có thực hành đúng về sử dụng kháng sinh cao gấp 6,41 lần so với nhóm có kiến thức chưa đạt ($OR = 6,41$, $p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với kết quả của Vũ Thị Mai (2019) [5], đồng thời kết quả này cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Pechere J. C và các cộng sự về tuân thủ sử dụng kháng sinh trong cộng đồng, tổng hợp dữ liệu từ 11 quốc gia cho thấy mức độ nhận thức về sử dụng kháng sinh cao hơn sẽ làm tăng thực hành tuân thủ sử dụng kháng sinh của người dân trong cộng đồng [9].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh tại Khoa Khám bệnh, BVĐK Sơn Tây cho thấy tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng kháng sinh là 29,5%. Cụ thể, có 26,1% người bệnh tuân thủ đúng thời gian uống thuốc theo đơn; 67,8% người bệnh đi khám lại tại CSYT/bác sĩ; 87,3% người bệnh tự ngừng sử dụng thuốc, 12,3% tự đổi loại kháng sinh và 3,8% tăng liều khi tình trạng bệnh không thuyên giảm sau 3 ngày sử dụng kháng sinh. Kết quả phân tích các yếu tố liên quan chỉ ra giới tính, nghề nghiệp, đã từng tiếp

cận thông tin về sử dụng kháng sinh, kiến thức đạt về sử dụng kháng sinh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành sử dụng kháng sinh của người bệnh ($p < 0,05$). Nhằm góp phần hạn chế việc lạm dụng sử dụng thuốc kháng sinh cần đẩy mạnh tăng cường tuyên truyền cho người bệnh về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả, không tự ý mua và sử dụng kháng sinh khi không có chỉ định của bác sĩ và tuân thủ dùng thuốc theo đơn của bác sĩ (đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư 05/2016/TT-BYT ngày 29/02/2016 quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú, chủ biên, 2016.
- [2] WHO, Antibiotic resistance: Multi-country public awareness survey. 2015: WHO Library Cataloguing. p. 1-3.
- [3] Moses OEA, Freddie B, Dickens A et al., "Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries", BMC Public Health, 742, pp, 2015.
- [4] Ma Thanh Quế, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh tạo Bệnh viện đa khoa Hàm Yên - huyện Hàm Yên - tỉnh Tuyên Quang, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2007.
- [5] Vũ Thị Mai, "Phân tích thực trạng người bệnh tuân thủ sử dụng kháng sinh đã mua tại một số nhà thuốc trên địa bàn Hà Nội", Trường Đại học Dược Hà Nội, 2019.
- [6] Kardas P, "Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections", J Antimicrob Chemother, 49(6), pp. 897-903, 2002.
- [7] Mitsi G, Jelastopulu E et al., "Patterns of antibiotic use among adults and parents in the community: a questionnaire-based survey in a Greek urban population", Int J Antimicrob Agents, 25(5), pp. 439-43, 2005.
- [8] Pechere JC, Hughes D et al., "Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey", Int J Antimicrob Agents, 29(3), pp. 245-53, 2007.



THE PATTERN OF ENT DISEASES OF INPATIENT TREATMENT, AT GIA LAM DISTRICT GENERAL HOSPITAL, HANOI FROM 2017 TO 2022

Do Ngoc Phan^{1*}, Kim Bao Giang², Tran Thi Nhi Ha³, Vu Quang Hien¹, Phan Thi Thanh Binh⁴,
Pham Tien Dung⁵, Doan Thi Thu Huyen²

¹Gia Lam district general Hospital - Trau Quy, Gia Lam, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical Hospital - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Health Department - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

⁴Hoe Nhai general Hospital - No 17 & 34 Hoe Nhai, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

⁵Son Tay district general Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Background: Gia Lam district general hospital is making efforts to fulfill its commitment to ensure the provision of quality, safe and effective medical examination and treatment services for patients in Gia Lam district and surrounding areas. Diseases related to ear, nose and throat is common in the community [1], [2]. Annually, the Otolaryngology Department of Gia Lam hospital receives about 15,000 medical visits, accounting for more than 10% of the total number of hospital visits. Therefore, providing quality, safe and effective health services at the Department of Otolaryngology contributes to improving the quality of medical examination and treatment of Gia Lam general hospital. In order to help Gia Lam general hospital plan to invest resources effectively, in line with the needs of patients who come for medical examination and treatment at the Department of Otolaryngology, we conduct research to describe about the pattern of ENT diseases. **Objective:** To analyze the model of ENT diseases at Gia Lam general hospital in the period 2017-2022. **Methods:** A cross-sectional study was applied. The data was collected from the patient's medical records at the Department of Otolaryngology, Gia Lam general hospital from 2017 to 2022. Data was cleaned and entered into a computer, analyzed by STATA 14.0 software. **Results:** The most common group of diseases included diseases of the throat (41.7%), followed by diseases of the ears (25%), diseases of the sinuses (20.6%), diseases of the nose (7.23%). The most common detailed diseases include: acute/chronic pharyngitis; acute/chronic tonsillitis; otitis media; acute sinusitis. This research result, helps the otolaryngology department, the hospital to plan the allocation of human resources, drugs and medical equipment in the next period in order to improve the quality of medical examination and treatment.

Keywords: Ear, Nose Throat, pattern of ENT diseases, hospital, epidemiological characteristics, Hanoi, Gia Lam.

*Corresponding author

Email address: Bsngocphan1984@gmail.com

Phone number: (+84) 988 384 838

MÔ HÌNH BỆNH TAI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA LÂM, HÀ NỘI TỪ NĂM 2017 ĐẾN NĂM 2022

Đỗ Ngọc Phan^{1*}, Kim Bảo Giang², Trần Thị Nhị Hà³, Vũ Quang Hiến¹,
Phan Thị Thanh Bình⁴, Phạm Tiến Dung⁵, Đoàn Thị Thu Huyền²

¹Bệnh viện đa khoa Gia Lâm - Trâu Quỳ, Gia Lâm, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Sở Y tế Hà Nội - No 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hanoi, Vietnam

⁴Bệnh viện đa khoa Hòe Nhai - Số 17 & 34 Hòe Nhai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

⁵Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viện đa khoa huyện Gia Lâm đang nỗ lực để thực hiện cam kết đảm bảo cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng, an toàn, hiệu quả cho người bệnh khu vực huyện Gia Lâm và các địa bàn lân cận. Bệnh lý Tai Mũi Họng khá phổ biến trong cộng đồng [1],[2]. Hàng năm khoa Tai Mũi Họng của bệnh viện tiếp nhận khoảng 15.000 lượt khám chữa bệnh, chiếm tỷ lệ hơn 10% trên tổng số lượt khám chữa bệnh của bệnh viện. Do đó, cung cấp dịch vụ sức khỏe chất lượng, an toàn, hiệu quả tại khoa Tai Mũi Họng góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện đa khoa Gia Lâm. Để giúp Bệnh viện đa khoa Gia Lâm có kế hoạch đầu tư nguồn lực hiệu quả, phù hợp với nhu cầu của người bệnh đến khám chữa bệnh tại khoa Tai Mũi Họng trong thời gian tiếp theo, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tìm hiểu về mô hình bệnh tật Tai Mũi Họng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích mô hình các bệnh Tai Mũi Họng tại bệnh viện đa khoa Gia Lâm giai đoạn 2017-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập nghiên cứu từ bệnh án điều trị người bệnh tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện đa khoa Gia Lâm từ năm 2017 tới năm 2022. Số liệu được thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính và xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0. **Kết quả:** Nhóm bệnh phổ biến nhất bao gồm các bệnh về họng (41,7%), tiếp đến là các bệnh về tai (25%), các bệnh về xoang (20,6%), các bệnh về mũi (7,23%). Các bệnh chi tiết phổ biến thường gặp nhất bao gồm: viêm họng cấp/mạn tính; viêm amidan cấp/mạn tính; viêm tai giữa; viêm xoang cấp. Từ kết quả nghiên cứu này giúp cho khoa tai mũi họng, bệnh viện lên kế hoạch phân bổ các nguồn nhân lực, thuốc, trang thiết bị y tế trong giai đoạn tiếp theo nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

Từ khóa: Tai Mũi Họng, mô hình bệnh tật, đặc điểm dịch tễ, Hà Nội, Gia Lâm.

*Tác giả liên hệ

Email: Bsngocphan1984@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 384 838



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện đa khoa huyện Gia Lâm đang nỗ lực để thực hiện cam kết đảm bảo cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng, an toàn, hiệu quả cho người bệnh khu vực huyện Gia Lâm và các địa bàn lân cận. Bệnh lý Tai Mũi Họng khá phổ biến trong cộng đồng [1],[2]. Hàng năm khoa Tai Mũi Họng của bệnh viện tiếp nhận khoảng 15.000 lượt khám chữa bệnh, chiếm tỷ lệ hơn 10% trên tổng số lượt khám chữa bệnh của bệnh viện.

Do đó, cung cấp dịch vụ sức khỏe chất lượng, an toàn, hiệu quả tại khoa Tai Mũi Họng góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện đa khoa Gia Lâm. Để giúp Bệnh viện đa khoa Gia Lâm có kế hoạch đầu tư nguồn lực hiệu quả, phù hợp với nhu cầu của người bệnh đến khám chữa bệnh tại khoa Tai Mũi Họng trong thời gian tiếp theo, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tìm hiểu về mô hình bệnh tật Tai Mũi Họng trong 5 năm từ năm 2017 đến năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

- Khoa Tai Mũi Họng thuộc Bệnh viện đa khoa Gia Lâm
- Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của người bệnh vào khám chữa bệnh điều trị ngoại trú, nội trú tại Khoa Tai Mũi Họng từ năm 2017-2022.

2.2. Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2022 đến tháng 02/2023.

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

2.4. Cỡ mẫu

- Toàn bộ bệnh án của khoa Tai Mũi Họng từ năm 2017 đến tháng 12/2022.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.6. Chỉ số đánh giá: Phân bố các bệnh tai mũi họng theo nhóm bệnh; tỷ lệ bệnh các bệnh gặp phổ biến nhất

2.7. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0.

3. KẾT QUẢ

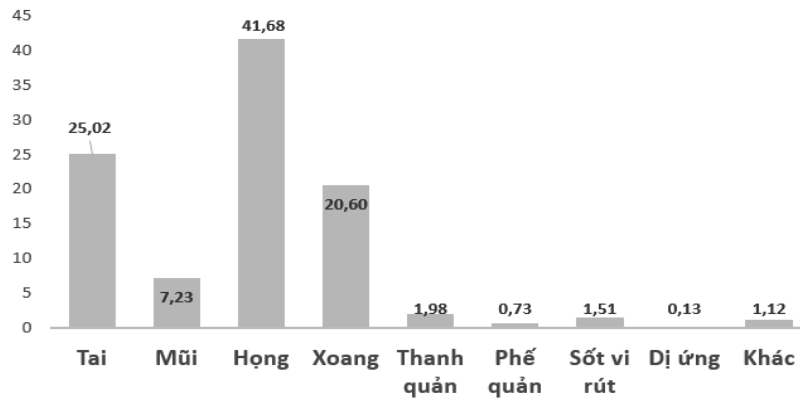
Bảng 1. Thông tin chung về người bệnh điều trị tại khoa Tai Mũi Họng trong 5 năm 2017-2022

Đặc điểm	Số lượng (n=4646)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
Dưới 30	906	19,5
Từ 30 đến 49	1829	39,4
Từ 50 tuổi trở lên	1911	41,1
Giới tính		
Nam	2277	49,0
Nữ	2369	51,0
Số ngày điều trị trung bình	4,7 ± 2,5 ngày	

Tổng số có 4646 người bệnh được điều trị nội trú tại khoa Tai Mũi Họng trong 5 năm từ 2017 tới năm 2022, trong đó có 49% người bệnh là nam giới và 51% người

bệnh là nữ giới. Người bệnh điều trị tại khoa Tai Mũi Họng trung bình 4,7 ngày.

Biểu đồ 1. Cơ cấu các nhóm bệnh tai mũi họng thường gặp trong 5 năm từ 2017-2022



Biểu đồ trên cho thấy các bệnh khoang họng có tỷ lệ mắc cao nhất (41,68%) trong tổng số người bệnh khám chữa bệnh nội trú tại khoa Tai Mũi Họng trong 5 năm. Tiếp đến là các bệnh về tai (25,02%), các bệnh xoang (20,6%), các bệnh về mũi (7,23%). Các nhóm bệnh khác có tỷ lệ mắc dưới 2% bao gồm: các bệnh của thanh quản, phế quản, sốt vi rút, dị ứng.

Bảng 2. Các bệnh về tai thường gặp trong 5 năm 2017-2022

Tên bệnh	Tỷ lệ %
Viêm tai giữa mưng mủ	36,8
Viêm tai giữa mạn tính đợt cấp	18,2
Viêm tai ngoài	17,5
Viêm tai giữa không đặc hiệu	4,2
Áp xe da, nốt, nốt vùng tai	3,3
Bệnh tai ngoài	2,7
Khác	17,3

Bảng 2 cho thấy các bệnh phổ biến về tai thường gặp là viêm tai giữa mưng mủ với 36,8%; viêm tai giữa mạn tính đợt cấp (18,2%), viêm tai ngoài (17,5%) và viêm tai giữa không đặc hiệu (4,2%).

Bảng 3. Các bệnh về mũi, xoang thường gặp trong 5 năm 2017-2022

Tên bệnh	Tỷ lệ %
Viêm xoang cấp	73,6
Viêm xoang mạn	3,6
Chấn thương mũi	7,8
Polyp mũi	5,1
Viêm mũi dị ứng theo mùa	2,0
Chảy máu mũi (chảy máu cam)	1,9
Bệnh khác của mũi và xoang mũi	6,0



Xem xét đến các bệnh về mũi, xoang, chúng tôi thấy bệnh khác thuộc về mũi xoang chiếm tỷ lệ thấp hơn thường gặp nhất là viêm xoang cấp với 73,6%, tiếp đến là chấn thương mũi (7,8%), polyp mũi (5,1%). Các

Bảng 4. Các bệnh thanh quản điều trị nội trú thường gặp trong 5 năm

Tên bệnh	Tỷ lệ %
Viêm thanh quản cấp	44,0
Polyp của dây thanh và thanh quản	19,0
Viêm phế quản cấp	18,1
Bệnh khác (viêm phế quản phổi, nấm thanh quản, phù thanh quản, viêm thanh thiệt, hạt sơ dây thanh 2 bên...)	18,9

Viêm thanh quản cấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 44% số người mắc trong số những người mắc các bệnh liên quan tới họng, thanh quản. Tiếp đến là tình trạng mắc polyp của dây thanh âm và thanh quản với 19% số người mắc và viêm phế quản cấp với 18,1% số người mắc.

Bảng 5. Các bệnh họng điều trị nội trú thường gặp trong 5 năm

Tên bệnh	Tỷ lệ %
Viêm họng-thanh quản cấp	54,0
Viêm amidan cấp/quá phát	21,0
Viêm amidan mạn tính	20,9
Áp xe quanh amidan	1,9
Bệnh khác của họng (chảy máu sau cắt amidan, tổn thương lưỡi, họng...)	2,3

Viêm họng thanh quản cấp có số lượng người mắc nhiều nhất với tỷ lệ 54%, tiếp đến là bệnh viêm amidan cấp tính/quá phát với 21% và viêm amidan mạn tính với 20,9%, áp xe quanh amidan với tỷ lệ 1,9%. Các bệnh họng, thanh quản khác chiếm tỷ lệ dưới 3%.

4. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về giới tính giữa nam, độ tuổi tập chung chủ yếu ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (41,1%) và từ 30-49 tuổi (34,9%) nữ (Bảng 1).

Qua khảo sát chúng tôi nhận thấy các nhóm bệnh mắc tỷ lệ cao và phổ biến nhất bao gồm các bệnh về họng với 41,7% (Biểu đồ 1). Khi so sánh với kết quả điều tra trong nước, chúng tôi cũng thấy rằng bệnh về họng chiếm tỷ lệ phổ biến nhất hoàn toàn tương đồng với các

kết quả nghiên cứu khác bệnh viện Hữu nghị với tỷ lệ mắc bệnh họng gặp nhiều nhất (49,4%) của tác giả Vũ Lan Phương [1], tương tự như kết quả khảo sát tại Trà Vinh năm 2018 của các tác giả Nguyễn Tuyết Xương và Trần Kiến Vũ [2] và Thái Nguyên (54,2%) theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Hoàng [3]. Điều này cho thấy mô hình chung của nước ta các bệnh về họng có tỷ lệ mắc phổ biến và cao nhất, chúng tôi cho rằng do đặc điểm khí hậu cận nhiệt đới gió mùa ảnh hưởng lớn tới tỷ lệ mắc các bệnh về họng. Thời điểm giao mùa số lượng người mắc bệnh tai mũi họng tăng cao, đặc biệt là mùa xuân [4]. Tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong một khảo sát về tình hình bệnh tai mũi họng tại Ấn Độ, người ta cũng thấy các bệnh về họng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 40,4% trong tổng thể [5]. Người bệnh đến khám thường có triệu chứng chính là đau rát họng, sốt, nuốt đau, niêm mạc họng đỏ, xuất tiết, thành sau họng các mạch máu

nổi rõ và ít hạt lympho nề đỏ, amidan sưng to, đỏ [6]. Trong số các bệnh về họng, bệnh viêm họng – thanh quản cấp là bệnh hay gặp nhất (54%), đặc biệt là vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi. Tiếp đến là viêm amidan cấp tính (21%) và mạn tính (20,9%). Sự phổ biến của viêm họng cấp, viêm amidan trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả điều tra tại bệnh viện Hữu nghị [1].

Các bệnh về tai phổ biến thứ hai, chiếm tỷ lệ 25% tổng số người bệnh điều trị nội trú (Biểu đồ 1). Trong số các bệnh về tai, bệnh viêm tai giữa chiếm tỷ lệ cao nhất và thường gặp nhất với trên 50% tổng số người điều trị bệnh về tai. Bệnh viêm tai giữa là tình trạng viêm – nhiễm trùng vùng tai giữa với những triệu chứng thường gặp sốt cao, kém ăn, đau nhức tai, rối loạn tiêu hóa (ở trẻ nhỏ), dịch mủ ở tai có mùi hôi... Bên cạnh đó, chúng tôi thấy rằng bệnh viêm tai ngoài cũng khá phổ biến, chiếm 17,5% trong tổng số người điều trị các bệnh về tai (Bảng 2). Bệnh viêm tai ngoài là một nhiễm trùng cấp tính của da ống tai thường do vi khuẩn (*Pseudomonas* là phổ biến nhất). Các triệu chứng bao gồm đau, chảy mủ tai, và nghe kém nếu ống tai bị sưng lên; ấn hoặc kéo tai gây ra đau [6]. Nhóm bệnh phổ biến thứ ba là các bệnh về xoang chiếm 20,6% so với tổng số các bệnh tai mũi họng chung (Biểu đồ 1). Người bệnh đến khám thường viêm nhiều xoang trong đó nhóm xoang trước hay gặp. Đau là dấu hiệu chính, thường đau về sáng, đau ở trán, má hoặc thái dương. Chảy mũi nhầy trong, sau vàng đục, có mùi tanh, thối, đôi khi lẫn máu. Nghẹt mũi, ngửi kém hoặc mất ngửi. Niêm mạc mũi nề đỏ, các cuốn mũi sưng to, các khe mũi tiết dịch nhầy hoặc mủ, ấn các điểm xoang đau [6]. Trong đó, chúng tôi thường gặp nhất là bệnh viêm xoang cấp (73,6%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại Hà Nội, Thái Nguyên [1],[3]. Nhóm bệnh về mũi phổ biến thứ tư, chiếm tỷ lệ chung là 7,23%. Trong đó thường gặp nhất là chấn thương mũi và polyp mũi. Polyp mũi có kích thước nhỏ không gây ra vấn đề gì nghiêm trọng còn polyp mũi có kích thước lớn sẽ làm tắc và gây khó thở đường mũi và phải thở bằng miệng, đặc biệt là các trường hợp polyp mũi ở trẻ em [6]. Các bệnh thanh quản phổ biến thứ năm, chiếm tỷ lệ chung là 1,98%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng

với kết quả điều tra trong và ngoài nước [4],[5],[1, 2].

5. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh phổ biến nhất bao gồm các bệnh về họng (41,7%), tiếp đến là các bệnh về tai (25%), các bệnh về xoang (20,6%), các bệnh về mũi (7,23%). Các bệnh chi tiết phổ biến thường gặp nhất bao gồm: viêm họng cấp/mạn tính; viêm amidan cấp/mạn tính; viêm tai giữa; viêm xoang cấp. Từ kết quả nghiên cứu này giúp cho khoa tai mũi họng, bệnh viện lên kế hoạch phân bổ các nguồn nhân lực, thuốc, trang thiết bị y tế

Lời cảm ơn: Trân trọng cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa Gia Lâm, Khoa Tai Mũi Họng đã tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu hoàn thành bài báo khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Lan Phương, Đào Trung Dũng, Mô hình bệnh tai mũi họng ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu nghị, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 521(2): p. 297-302.
- [2] Nguyễn Tuyết Sương, Trần Kiến Vũ, Nghiên cứu mô hình bệnh tật tai mũi họng tại Trà Vinh năm 2018, Tạp chí Y học Việt Nam, 2019. Tập 479-số 6-tháng 1-2019.
- [3] Nguyễn Công Hoàng, L.H. Thu, Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tai mũi họng điều trị nội trú tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên trong hai năm 2015-2016, Tạp chí Y học Việt Nam, 2017. Tập 460 - tháng 11 - số 1 - 2017.
- [4] Bassem M, David J, Peter R, Ten-year prevalence of acute hospital ENT infections and the impact of COVID: A large population study. *Clinical Otolaryngology*, 2022. 48(1).
- [5] Amardeep S et al., Prevalence of ENT diseases in Chitradurga district of Karnataka, India. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 2020. 6(2).



KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT ANTIBIOTIC USE AMONG CLINICIANS AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Pham Kien Trung^{1*}, Bui Van Tung², Tran Quynh Anh²

¹Son Tay district general Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²School for Preventive Medicine and Public Health - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge and attitudes about antibiotic use among clinicians at Son Tay General Hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 66 clinicians. **Results:** Regarding knowledge of using antibiotics, most of the research subjects answered correctly 4-6 questions/7 questions; 6.1% of research subjects answered all 7/7 questions. Attitudes to antibiotic use and antibiotic resistance, all study subjects said that antibiotic knowledge is important for clinicians, antibiotic resistance is an urgent issue and it is desirable to organize a training program about antibiotic resistance. Most doctors feel confident and very confident (84.8%) about the optimal use of antibiotics. **Conclusion:** The majority of doctors have a positive attitude about antibiotic use and antibiotic resistance. However, knowledge about antibiotic use is still relatively low, and training interventions are needed to increase this prevalence.

Keywords: Knowledge, attitudes, antibiotics, antibiotic resistance.

*Corresponding author

Email address: kienrung411@gmail.com

Phone number: (+84) 904 000 353

Kiến thức, Thái độ về sử dụng kháng sinh của bác sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022

Phạm Kiên Trung^{1*}, Bùi Văn Tùng², Trần Quỳnh Anh²

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về sử dụng kháng sinh (KS) của các bác sĩ lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 66 bác sĩ lâm sàng. **Kết quả:** Kiến thức sử dụng KS, đa phần đối tượng nghiên cứu trả lời đúng từ 4-6 câu/7 câu hỏi; 6,1% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng cả 7/7 câu hỏi. Thái độ sử dụng KS và kháng KS, tất cả đối tượng nghiên cứu cho rằng kiến thức về KS là quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng, vấn đề kháng KS là một vấn đề cấp thiết và mong muốn tổ chức chương trình đào tạo về kháng KS. Đa phần bác sĩ đều cảm thấy tự tin và rất tự tin (84,8%) về sử dụng tối ưu hoá KS. **Kết luận:** Phần lớn các bác sĩ có thái độ tích cực về sử dụng KS và kháng KS. Tuy nhiên, kiến thức về sử dụng KS còn khá thấp, cần có những can thiệp về đào tạo để nâng cao tỷ lệ này.

Từ khoá: Kiến thức, thái độ, kháng sinh, kháng kháng sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là loại thuốc được dùng phổ biến nhất trong lâm sàng với vai trò trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn. Tuy nhiên hiện nay việc sử dụng không được quản lý chặt chẽ dẫn đến tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Theo báo cáo của Bộ Y tế kháng sinh được sử dụng nhiều nhất và cũng là thuốc bị lạm dụng nhiều nhất trên lâm sàng.[4] Tổ chức Y tế Thế giới đã liệt kê kháng kháng sinh là một trong ba mối đe dọa sức khỏe cộng đồng quan trọng nhất của thế kỷ 21; tình trạng kháng kháng sinh được ước tính sẽ gây ra khoảng 300 triệu ca tử vong vào năm 2050, với thiệt hại lên tới 100 nghìn tỷ đô la cho nền kinh tế toàn cầu.[3]

Mặc dù kháng kháng sinh được coi là một vấn đề đa yếu tố, nhưng việc thiếu kiến thức về vấn đề này vẫn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc lạm dụng và sử dụng sai kháng sinh.[6] Thật vậy, các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng tình trạng kháng kháng sinh lan rộng hơn ở những khu vực mà nhận thức và kiến thức về việc sử dụng kháng sinh thấp hơn.[6] Bác sĩ lâm sàng trong bệnh viện là người có chuyên môn trực tiếp khám, chỉ định và kê đơn, do đó đóng vai trò chính trong việc kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh. Để thực hiện được điều này đòi hỏi về kiến thức, thái độ và thực hành của bác sĩ lâm sàng trong lĩnh vực này. Có ý kiến cho rằng các bác sĩ có khả năng thay đổi hành vi kê đơn kháng sinh khi kiến thức, thái độ và kỹ năng của họ phù

*Tác giả liên hệ

Email: kientrung411@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 000 353



hợp với việc giảm kháng kháng sinh[5]

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là bệnh viện hạng 2, tuyến tỉnh trực thuộc thành phố Hà Nội với qui mô 450 giường bệnh, lượng người bệnh điều trị nội trú luôn duy trì ở mức độ cao, do đó việc sử dụng kháng sinh hàng ngày là rất lớn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát kiến thức, thái độ về sử dụng kháng sinh của các bác sĩ lâm sàng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, qua đó có những khuyến nghị can thiệp về đào tạo nâng cao kiến thức, thái độ về sử dụng hợp lý kháng sinh cho các bác sĩ của bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng nghiên cứu: Bác sĩ lâm sàng trực tiếp điều trị người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tổng cộng có 66 bác sĩ tham gia trực tiếp điều trị người bệnh tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Biến số về thông tin chung đối tượng nghiên cứu: Năm công tác, đơn vị làm việc, chức vụ, trình độ chuyên môn

- Biến số về kiến thức sử dụng kháng sinh

- Biến số về thái độ sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh: về sử dụng kháng sinh về lạm dụng kháng sinh, về lựa chọn kháng sinh và về tổ chức chương trình đào tạo về kháng KS

2.5. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

- Số liệu được thu thập dưới hình thức phát vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn dựa trên các nghiên cứu trước đây,[8],[2] có sự tham khảo ý kiến của chuyên gia

- Số liệu sau khi thu thập được nhập, quản lý bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng chăm đề cương luận văn chuyên khoa cấp II của Trường Đại học Y Hà Nội số 3124/QĐ-ĐHYHN, ngày 18 tháng 8 năm 2022. Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp nhận phối hợp nghiên cứu, thu thập số liệu của lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Các bác sĩ tham gia vào nghiên cứu được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tham gia tự nguyện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Năm công tác	< 3 năm	19	28,8
	3-7 năm	3	4,5
	>7 năm	44	66,7
Khoa/phòng công tác	Các khoa hệ nội	27	41,0
	Các khoa hệ ngoại	26	39,4
	HSCC	3	4,5
	Khác	10	15,1
Chức vụ	Trưởng/phó khoa	15	22,7
	Nhân viên	51	77,2
Trình độ chuyên môn	Thạc sỹ	3	4,5
	Bác sĩ CK II	6	9,1
	Bác sĩ CK I	27	40,9
	Bác sỹ	30	45,5

Đa số bác sĩ có thâm niên công tác trên 7 năm (66,7%). Nhân viên y tế được khảo sát chủ yếu ở khoa hệ hội (41,0%) và hệ ngoại (39,4%). Có 22,7% đối tượng nghiên cứu giữ chức vụ trưởng/phó khoa. Đối tượng có trình độ chuyên môn chiếm chủ yếu là bác sĩ (45,5%) và bác sĩ chuyên khoa I (40,9%).

Bảng 3.2. Tần suất kê đơn kháng sinh của đối tượng nghiên cứu

Tần suất kê đơn kháng sinh	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
> 1 lần/ngày	39	59,1
1 lần/ngày	4	6,1
1-2 lần/tuần	7	10,6
3-5 lần/tuần	9	13,6
< 1 lần/tuần	7	10,6
Tổng	66	100%

Đa phần các bác sĩ lâm sàng đều có tần suất kê đơn kháng sinh >1 lần/ngày chiếm tỷ lệ 59,1%

Bảng 3.3. Tỷ lệ bác sĩ có kiến thức về sử dụng kháng sinh

Số câu trả lời đúng	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
01 câu đúng	0	0
02 câu đúng	0	0
03 câu đúng	8	12,1
04 câu đúng	17	25,8
05 câu đúng	21	31,8
06 câu đúng	16	24,2
07 câu đúng	4	6,1
Tổng	66	100

Chiếm tỷ lệ cao nhất là đối tượng nghiên cứu trả lời đúng 5/7 câu hỏi kiến thức (31,8%). Tiếp đến trả lời đúng 4/7 câu (25,8%) và 6/7 câu (24,2%). Có 6,1% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng cả 7/7 câu hỏi về kiến thức về sử dụng KS.



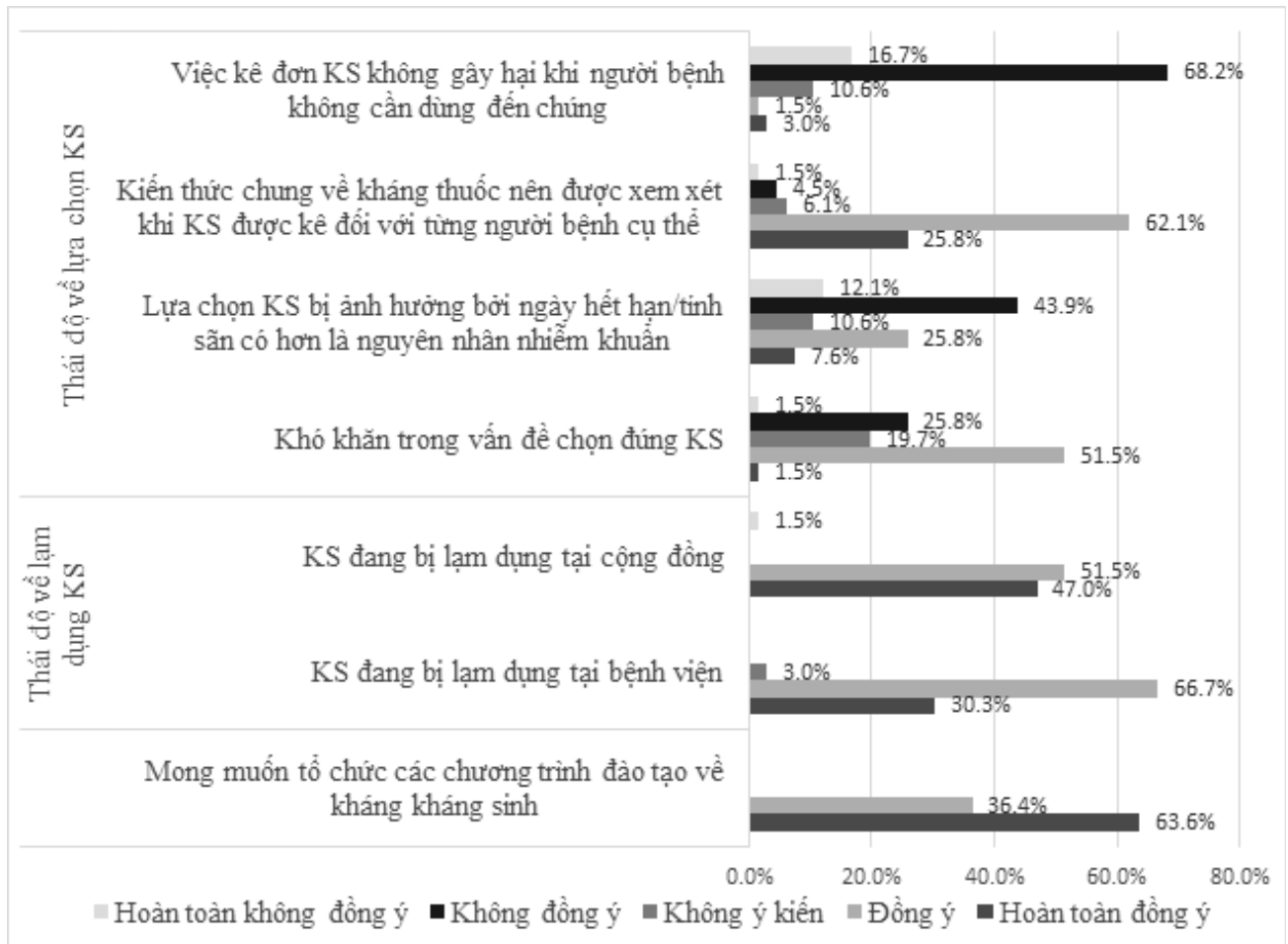
Bảng 3.4. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh

Thái độ về sử dụng kháng sinh và vấn đề kháng kháng sinh		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức về KS là quan trọng đối với bác sỹ lâm sàng	Có	66	100
	Không	0	0
Vấn đề kháng thuốc	Là một vấn đề cấp thiết	66	100
	Không vấn đề	0	0
Mức độ tự tin về sử dụng tối ưu hóa kháng sinh	Rất tự tin	18	27,3
	Tự tin	38	57,6
	Hơi không tự tin	7	10,6
	Không tự tin	3	4,5

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều cho rằng kiến thức về KS là quan trọng đối với bác sỹ lâm sàng và vấn đề kháng kháng sinh là một vấn đề cấp thiết. Về mức độ

tự tin về sử dụng tối ưu hoá KS, đa phần bác sỹ đều cảm thấy tự tin (57,6%), có 27,3% bác sỹ cảm thấy tự tin.

Biểu đồ 3.1. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về lựa chọn kháng sinh và lạm dụng kháng sinh và mong muốn tổ chức đào tạo về kháng kháng sinh



Thái độ về lựa chọn KS, chiếm tỷ lệ cao đối tượng đồng ý về việc gặp khó khăn trong vấn đề chọn đúng KS (51,5%). Đa phần đối tượng không đồng ý về việc kê đơn KS không gây hại khi người bệnh không cần dùng đến chúng (84,9%), có 62,1% đồng ý và 25,8% hoàn toàn đồng ý về việc cần có kiến thức về kháng thuốc trước khi kê đơn với từng người bệnh cụ thể. Thái độ về lạm dụng KS, hầu hết đối tượng nghiên cứu đều đồng ý rằng kháng sinh đang bị lạm dụng cả ở trong bệnh viện và tại cộng đồng. Và 100% đối tượng mong muốn tổ chức các chương trình đào tạo về kháng kháng sinh.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 66 bác sĩ lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu đã có thâm niên công tác trên 7 năm (66,5% đối tượng có thời gian công tác >7 năm). Tỷ lệ bác sĩ công tác tại khoa hệ ngoại là 39,4%, có 22,7% bác sĩ giữ các chức vụ trưởng, phó các khoa lâm sàng và đa phần đối tượng có trình độ chuyên môn là bác sĩ (45,5%), tiếp đến là bác sĩ chuyên khoa I (40,9%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước được công bố trước đây [7], [8]. Về tần suất kê đơn kháng sinh của các bác sĩ lâm sàng, nghiên cứu cho thấy đa phần các bác sĩ lâm sàng đều có tần suất kê đơn kháng sinh >1 lần/ngày chiếm tỷ lệ 59,1%, với tần suất kê đơn kháng sinh khá cao cho thấy việc các bác sĩ lâm sàng có được kiến thức và thái độ tốt sẽ góp phần vào giảm tỷ lệ kháng kháng sinh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Khoa và cộng sự (2017) thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Thái Bình và bệnh viện Đa khoa Nam Định, với tỷ lệ bác sĩ có tần suất kê đơn > 1 lần/ngày chiếm đa số [8].

Có nhiều nguyên nhân gây ra đề kháng kháng sinh, một trong các nguyên nhân đó là kiến thức, thái độ của người kê đơn. Để đánh giá kiến thức về sử dụng kháng sinh của các bác sĩ lâm sàng chúng tôi đã sử dụng bộ công cụ với 7 câu hỏi tình huống điển hình. Số lượng bác sĩ trả lời đúng 7/7 câu chiếm tỷ lệ khá thấp. Đa số các bác sĩ trả lời đúng được 4-5/7 câu. Có thể thấy, các bác sĩ lâm sàng đã có kiến thức về sử dụng kháng sinh ở mức độ nhất định nhưng chưa toàn diện, vẫn còn một vài kiến thức cần được bổ sung, cập nhật và can thiệp. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Trọng Khoa (2017) đa phần bác sĩ trả lời đúng 4-5/7 câu hỏi (56,3%) [8].

Đa số các bác sĩ trong nghiên cứu tự tin với việc sử dụng tối ưu kháng sinh cho các người bệnh. Tất cả các đối tượng đều cho rằng kiến thức về kháng sinh là quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng và vấn đề kháng thuốc là một vấn đề cấp thiết. Có thể thấy, các bác sĩ lâm sàng trong nghiên cứu này đã ý thức được sự nghiêm trọng của vấn đề kháng kháng sinh. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trước đó của tác giả Lê Thị Anh Thu [6] là 67,2% bác sĩ ngoại khoa có thái độ đúng về sử dụng kháng sinh. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Khoa và cộng sự (2017) với 56,3% các bác sĩ cảm thấy tự tin và 26,4% cảm thấy rất tự tin, hay nghiên cứu của Thriemer K và cộng sự (2013) cho thấy có 77,2% các bác sĩ cảm thấy tự tin và 11,4% cảm thấy rất tự tin. [2] Nghiên cứu cũng cho thấy 100% đối tượng mong muốn tổ chức các chương trình đào tạo về kháng kháng sinh, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Pulcini C và cộng sự (2011) hầu hết đối tượng nghiên cứu đều cho rằng đào tạo là biện pháp cần thiết để cải thiện tình trạng kháng kháng sinh. [1] Kết quả còn cho thấy thái độ về lựa chọn KS, chiếm tỷ lệ cao đối tượng đồng ý về việc gặp khó khăn trong vấn đề chọn đúng KS (51,5%). Đa phần đối tượng không đồng ý về việc kê đơn KS không gây hại khi người bệnh không cần dùng đến chúng (84,9%), và hầu như các bác sĩ đều cho rằng KS đang bị lạm dụng cả ở trong bệnh viện và ngoài cộng đồng. Việc các bác sĩ có thái độ đúng về vấn đề kháng sinh và kháng kháng sinh có thể giúp ích tích cực trong việc nâng cao hiệu quả của Chương trình quản lý sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn các bác sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Đa Khoa Sơn Tây đã có thái độ tích cực về vấn đề sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh. Tuy nhiên, kiến thức đúng về sử dụng kháng sinh còn khá thấp, cần có những can thiệp về đào tạo để nâng cao tỷ lệ này ở các bác sĩ lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Pulcini C et al., “Junior doctors’ knowledge and perceptions of antibiotic resistance and prescribing: a survey in France and Scotland”, *Clin Microbiol Infect.* 17(1), pp. 80-7, 2011.
- [2] Thriemer K et al., “Antibiotic prescribing in DR Congo: a knowledge, attitude and practice



- survey among medical doctors and students”, *PLoS One*. 8(2), pp. e55495, 2013.
- [3] World Health Organization, *Antimicrobial resistance: global report on surveillance*, World Health Organization, Geneva, 2014.
- [4] Bộ Y tế, Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008 - 2009, 2009.
- [5] Cabana MD et al., “Why don’t physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement”, *Jama*. 282(15), pp. 1458-1465, 1999.
- [6] Charani E et al., “Behavior change strategies to influence antimicrobial prescribing in acute care: a systematic review”, *Clinical Infectious Diseases*. 53(7), pp. 651-662, 2011.
- [7] Lê Thị Anh Thư, Đặng Thị Vân Trang, “Những rào cản trong áp dụng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 15(2), tr. 38-43, 2011.
- [8] Nguyễn Trọng Khoa & cộng sự, “Kiến thức, thái độ về sử dụng kháng sinh của các bác sĩ lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017”, *Tạp chí Y học dự phòng*. 9(27), tr. 98-103, 2017.

STATUS OF MANAGEMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN OUTPATIENT TREATMENT AT SON TAY GENERAL HOSPITAL, HANOI IN 2022

Vu Thanh Doan^{1*}, Nguyen Dang Vung², Nguyen Thuy Tien³, Vu Mai Quynh⁴

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Center for public health Consulting and Support - No 10/42, Tran Cung, Co Nhue 1, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

⁴Joint Stock Commercial Bank for Investment and Development of Vietnam - 74 Tho Nhuom, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current situation of managing outpatients with hypertension at Son Tay General Hospital in 2022.

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative, was performed on 424 outpatients at the hypertension clinic.

Results: Among 424 hypertensive patients managed at Son Tay General Hospital, males accounted for 45,8%, females accounted for 54,3%; the average age of 66,3 showed that: 47,4% of patients had comorbidities, of which 21,5% had diabetes; 17,9% had lipid metabolism disorders and 8,0% had both diseases. 52,6% of treated patients reached target blood pressure. 64,2% of patients adhered to general treatment. The percentage of well-managed patients was 52,6%. The rate of hypertensive patients with complications is 54,5%.

Conclusion: Hypertension is a common chronic disease in both men and women > 60 years old. Often associated with diabetes and lipid metabolism disorders; have a high complication rate. The percentage of well-managed patients was 52,6%.

Keywords: Hypertension, outpatient, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: bsthanhdoan@gmail

Phone number: (+84) 912 334 695



THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY, HÀ NỘI NĂM 2022

Vũ Thanh Đoàn^{1*}, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Thủy Tiên³, Vũ Mai Quỳnh⁴

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trung tâm Nghiên cứu tư vấn và hỗ trợ sức khỏe cộng đồng - 106A1, Số 10 ngõ 42, Trần Cung, Cổ Nhuế 1, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

⁴Ngân hàng Thương mại cổ phần Đầu tư và Phát triển Việt Nam - 74 Thợ Nhuộm, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính thực hiện trên 424 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám tăng huyết áp.

Kết quả: Trong số 424 bệnh nhân tăng huyết áp quản lý tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, nam chiếm 45,8%, nữ chiếm 54,3%; tuổi trung bình 66,3 cho kết quả: 47% bệnh nhân có bệnh mắc kèm, trong đó 21% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 17,9% mắc kèm rối loạn chuyển hóa Lipid và 8,0% mắc kèm cả 2 bệnh. 52,6% bệnh nhân được điều trị đạt huyết áp mục tiêu. 64,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị chung. Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý tốt là 52,6%. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp có biến chứng là 54,5%.

Kết luận: Tăng huyết áp là bệnh mạn tính thường gặp ở người > 60 tuổi cả nam và nữ. Tỷ lệ người bệnh được quản lý tốt chiếm 52,6%.

Từ khóa: Tăng huyết áp, bệnh nhân ngoại trú, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến mãn tính, tăng dần và nguy hiểm gây ra khoảng 4,5 % gánh nặng bệnh tật toàn cầu, bệnh thường gặp ở các nước phát triển, cũng như các nước đang phát triển.^[1,2] Tỷ lệ tăng huyết áp trên thế giới năm

2000 là 26,4% (1 tỷ người mắc) sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 (1,6 tỷ người bị bệnh). Tại Việt Nam, năm 2000 có khoảng 16,3% người lớn bị THA, đến năm 2009 tỷ lệ THA ở người lớn là 25,4% và năm 2016 tỷ lệ người lớn bị THA đang ở mức báo động là 48%, một mức báo động đỏ trong thời điểm hiện tại.^[3]

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là một bệnh viện đa khoa

*Tác giả liên hệ

Email: bsthanhdoan@gmail

Điện thoại: (+84) 912 334 695

hạng II, trực thuộc sở y tế TP Hà Nội đến nay BV đang quản lý 1.200 người bệnh THA đến khám và điều trị ngoại trú. Trong quá trình quản lý, điều trị người bệnh tăng huyết áp cho thấy còn nhiều bất cập trong việc điều trị cũng như sự tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống của người bệnh... Để đánh giá thực trạng công tác quản lý người bệnh THA điều trị ngoại trú tại BV và rút kinh nghiệm trong quản lý điều trị, nâng cao và cải thiện sức khỏe của người bệnh tăng huyết áp, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022” với mục tiêu:**

Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

+ Người bệnh THA đang được quản lý, điều trị có thời gian trên 12 tháng tại phòng khám ngoại trú điều trị tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh THA thứ phát: Do viêm cầu thận mạn, u tủy thượng thận....
- Những người bệnh không thể tham gia nghiên cứu: người bệnh già yếu, không có khả năng nghe và nói, có bệnh tâm thần, suy tim nặng...

Địa điểm tiến hành nghiên cứu

Tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, 304 Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 03/2023. Thời gian thu thập số liệu: 01/09/2022 – 31/12/2022

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

+ Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu (số NB được phỏng vấn).

α : Mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 0,45$ (là tỷ lệ tuân thủ điều trị THA theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương năm 2011.^[52]

$q = 1 - p = 1 - 0,45 = 0,55$.

d: Sai số giữa mẫu và quần thể, chọn $d = 0,05$.

Kết quả tính được cỡ mẫu $n = 381$. Cộng hơn 10% các trường hợp điền không đủ thông tin, cuối cùng được cỡ mẫu là 424 người bệnh.

Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu ở 424 người bệnh THA đang được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây và bệnh án ngoại trú của họ trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

+ Cách chọn mẫu: Thuận tiện. Người bệnh đến điều trị ngoại trú có trong chương trình quản lý người bệnh THA, có bệnh án ngoại trú cấp thuốc hàng tháng đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được phỏng vấn cho đến đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

Các tiêu chuẩn đánh giá:

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: Theo Tổ chức Y tế Thế giới: ở người trưởng thành (≥ 18 tuổi) gọi là tăng huyết áp khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg.^[12] Huyết áp được đo bằng huyết áp kế thủy ngân, đo huyết áp ít nhất 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của 2 lần đo.

Quản lý tốt khi đạt cả ba mục tiêu: Đạt HA mục tiêu: (theo JNC VII); Khám định kỳ hàng tháng: (số khám bệnh); Tuân thủ điều trị.

Quản lý không tốt: khi không đạt một trong ba tiêu chuẩn trên.

Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

Đạt HA mục tiêu: (theo JNC VII)

- Đối với hầu hết các người bệnh, HA mục tiêu phải ở mức $< 140/90$ mmHg, thậm chí thấp hơn nếu người bệnh có thể dung nạp được.

- Đối với người bệnh đái tháo đường hoặc có nguy cơ



cao, rất cao, huyết áp mục tiêu cần phải đạt là < 130/80 mmHg.

Tuân thủ điều trị : Theo khuyến nghị của Bộ Y tế về “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA năm 2010*” tuân thủ điều trị tăng huyết áp là bao gồm: Tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống [45].

Tuân thủ điều trị thuốc: sử dụng thường xuyên tất cả

các thuốc được kê đơn theo đúng chỉ dẫn của bác sỹ. Không tự ý thay đổi thuốc và liều lượng.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành ở 442 bệnh nhân ngoại trú điều trị tại phòng khám huyết áp của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây thu được một số kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Tuổi \ Giới	Nữ		Nam		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
<40	2	0,9	2	1,0	4	0,9
40 – 49	11	4,8	8	4,1	19	4,5
50 - 59	40	17,4	40	20,6	80	18,9
≥ 60	177	7,;0	144	74,2	321	75,7
Tuổi TB	66,4		66,2		66,3	

Nhận xét: Nhóm tuổi (≥ 60) chiếm tỷ lệ cao nhất (75,7%), có 18,9% bệnh nhân 50 – 59 tuổi, nhóm dưới 40 tuổi có tỷ lệ thấp nhất 0,9%. Bệnh nhân nữ có tuổi trung bình 66,4 cao hơn bệnh nhân nam (66,2) (p>0,05).

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh THA có mắc kèm bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid (n=424)

Bệnh kèm theo		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh mắc kèm		223	52,6
Có bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	91	21,5
	Rối loạn chuyển hóa Lipid	76	17,9
	Mắc cả 2 bệnh	34	8,0
	Chung	201	47,4

Nhận xét: Có 52,6% bệnh nhân tăng huyết áp có mắc kèm các bệnh chuyển hóa trong đó 21,5% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 17,9% có mắc kèm bệnh rối loạn chuyển hóa Lipid; số bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm cả 2 bệnh chiếm 8,0%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu theo giới (n=424)

Giới	Đạt huyết áp mục tiêu		Chưa đạt huyết áp mục tiêu		p
	SL	%	SL	%	
Nam	94	42,2	117	58,2	< 0.001
Nữ	129	57,9	84	418	

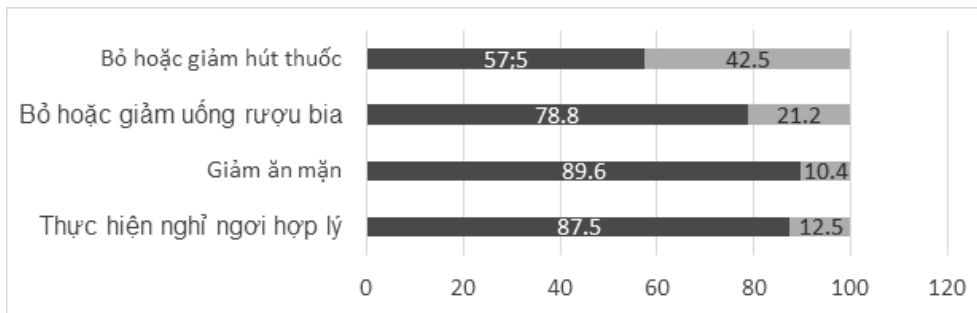
Nhận xét: Bệnh nhân nữ có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cao hơn bệnh nhân nam (57,9% so với 42,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp đi khám định kỳ và tuân thủ điều trị (n=424)

Tuân thủ điều trị		SL	%
Tuân thủ lối sống	Có	315	74,3
	Không	109	25,7
Tuân thủ thuốc	Có	333	78,5
	Không	91	21,5
Chung (Tuân thủ điều trị)	Có	272	64,2
	Không	152	35,9

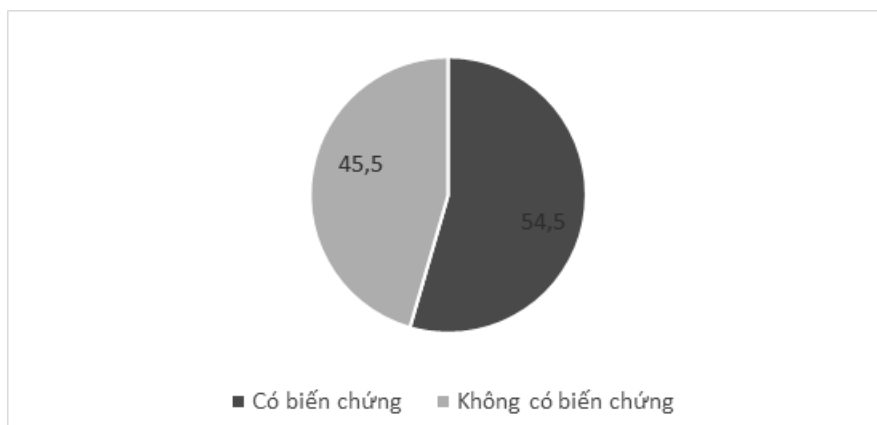
Nhận xét: Có 74,3% bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ về lối sống; 78,5% tuân thủ việc điều trị thuốc. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 64,2% bệnh nhân.

Hình 3.1. Đặc điểm hành vi lối sống thay đổi từ khi phát hiện bệnh tăng huyết áp



Nhận xét: Có 89,6% bệnh nhân đã giảm ăn mặn, hạn chế chất béo, chất kích thích; 87,5% thực hiện chế độ nghỉ ngơi hợp lý kể từ khi phát hiện bệnh. Tỷ lệ bỏ hoặc giảm rượu bia trong số bệnh nhân có uống rượu bia là 78,8%; trong số bệnh nhân hút thuốc lá/thuốc lào, tỷ lệ bỏ hoặc giảm hút thuốc chiếm 57,5%.

Hình 3.2. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp có biến chứng



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng là 45,5%

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành ở 424 bệnh nhân đang được quản lý và điều trị tại Khoa khám bệnh đa khoa - Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, tỷ lệ nữ chiếm 45,8% và nam 54,3%, tuổi mắc bệnh dao động từ 39-91 tuổi, tuổi trung bình $66,275 \pm 10,1$, bệnh nhân nữ có tuổi trung bình 66,4 cao hơn bệnh nhân nam (66,2) ($p > 0,05$). Lứa tuổi mắc bệnh tăng huyết áp chủ yếu gặp ở lứa tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 75,7% (người cao tuổi/ theo pháp lệnh người cao tuổi số 23/UBTVQH năm 2000). Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Bùi Đức Long năm 2008 khi nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại Hải Dương: bệnh nhân ở lứa tuổi hưu trí chiếm 42,3%^[4]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Mai Quang Bảo năm 2014 (bệnh nhân ở lứa tuổi trên 60 chiếm 57,1%)^[5], nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu và cộng sự 2007 phát hiện số người mắc tăng huyết áp ở tuổi trung niên cao hơn rõ rệt so với nhóm tuổi trẻ^[6]. So với nghiên cứu của Phan Long Nhon năm 2007 (trên 60 tuổi chiếm 66,3%, dưới 60 tuổi là 20,5%)^[7], tuổi mắc tăng huyết áp có xu hướng trẻ hóa, độ tuổi dưới 60 chiếm tới 59%.

4.2. Thực trạng quản lý người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022

Thống kê bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh mắc kèm, chúng tôi thu được kết quả (Bảng 3.2): có 52,6% bệnh nhân tăng huyết áp có mắc kèm các bệnh chuyển hóa trong đó 21,5% bệnh nhân mắc kèm bệnh đái tháo đường; 17,9% bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa Lipid và 8,0% bệnh nhân mắc kèm cả 2 bệnh. Đái tháo đường cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp, theo nghiên cứu của Bùi Đức Long, nguy cơ tăng huyết áp ở người tăng glucose máu gấp 2,9 lần so với người bình thường, bệnh tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch^[4].

Đánh giá tiêu chí “điều trị đạt mục tiêu”, kết quả hình 3.6 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị đạt mục tiêu tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022 là 52,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu

của Mai Quang Bảo 2014 là 45,2%^[8]. Huyết áp mục tiêu là huyết áp dưới 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Đây là mức huyết áp an toàn cho người bệnh, giúp làm giảm các nguy cơ tim mạch và đột quỵ. Điều trị để đạt mức huyết áp mục tiêu giúp người bệnh có thể tránh được các biến chứng nguy hiểm của tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn có 47,4% bệnh nhân chưa đạt huyết áp mục tiêu và đây sẽ là nhóm có nguy cơ biến chứng tim mạch, đột quỵ. Việc tìm hiểu nguyên nhân và có những giải pháp can thiệp kịp thời là cần thiết đối với nhóm bệnh nhân này.

Xem xét tiêu chí “tuân thủ điều trị”, kết quả bảng 3.4 cho thấy: có 74,3% bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ về lối sống; 78,5% tuân thủ điều trị thuốc; tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 64,2% bệnh nhân. Như vậy vẫn có 21,5% bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa Sơn Tây chưa tuân thủ điều trị thuốc và 35,9% bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị nói chung. Tuân thủ điều trị thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ sẽ giúp cho bệnh nhân kiểm soát được huyết áp, phòng tránh được các biến chứng nguy hiểm của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng thang đo 8 mục của Donal và cộng sự để đánh giá tuân thủ điều trị thuốc^[9], bao gồm 8 câu hỏi về hành vi sử dụng thuốc được đưa ra để bệnh nhân trả lời. Với những câu trả lời “không” có nghĩa là tuân thủ. Theo thang đo này, TTĐT thuốc là khi trả lời được từ 6 câu (6 điểm) trở lên, dưới 6 câu (6 điểm) là không tuân thủ. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,6% bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc, tương đồng với nghiên cứu của Donald và cộng sự năm 2008 (tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc là 67,8%)^[9].

Trong số bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý điều trị tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, tỷ lệ có biến chứng là 54,5% (hình 3.1). Theo Nguyễn Lân Việt, Chủ tịch Hội Tim mạch học Việt Nam, hiện thế giới có khoảng 1 tỷ người bị THA. Dự kiến, đến năm 2025 con số này sẽ tăng lên khoảng 1,56 tỷ người. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho rằng, mỗi năm có 17,5 triệu người chết vì các bệnh tim mạch trên thế giới, nhiều hơn gấp 4 lần tổng số người tử vong của 3 bệnh HIV/AIDS, sốt rét và lao phổi. Trong đó, bệnh nhân tử vong vì tăng huyết áp và biến chứng của bệnh trên 9 triệu người (hộp báo truyền thông và giáo dục về phòng chống tăng huyết áp nhân Ngày thế giới phòng chống tăng huyết áp (17-5) do Quỹ Vì sức khỏe Tim mạch Việt Nam phối hợp với Viện Tim mạch Việt Nam tổ chức chiều 15/5/2017 tại

Hà Nội). Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng cao cho thấy công tác quản lý bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây cần phải được đặc biệt chú trọng

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ở 424 bệnh nhân tăng huyết áp quản lý tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, nam chiếm 45,8%, nữ chiếm 54,3%; tuổi trung bình 66,3 cho kết quả:

- 47,4% bệnh nhân có bệnh mắc kèm, trong đó 21,5% mắc kèm bệnh đái tháo đường; 17,9% mắc kèm rối loạn chuyển hóa Lipid và 8,0% mắc kèm cả 2 bệnh
- 52,6% bệnh nhân được điều trị đạt huyết áp mục tiêu
- 64,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị chung
- Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý tốt là 52,6%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đào Duy An, “Cải thiện tình trạng nhận biết, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp, thách thức và vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe”. <http://www.cimsi.org.vn/12/2005>, 2005.
- [2] A. Triantafyllou et al., “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece”, *Rural Remote Health*. 10(2), pp. 1225, 2010.
- [3] Nguyễn Lâm Việt, Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II/ ngày 14 – 15/5/2016/ suckhoedoisong.vn/ thời sự/ ngày 14/5/2016, 2016.
- [4] Bùi Đức Long, “Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại tỉnh Hải Dương”, luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân Y, 2008.
- [5] Mai Quang Bảo, Thực trạng kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân Tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang-hải dương 2013: Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, 2014.
- [6] Nguyễn Văn Triệu và cộng sự, “Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp tại nhà máy Nhiệt điện Phả Lại Hải Dương”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (47), Tr 466 – 470, 2007.
- [7] Phan Long Nhơn và cộng sự, “Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp người lớn ở dân cư Bắc Bình Định - Đánh giá bước đầu qua 1002 bệnh nhân”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (47), Tr. 32-37, 2007.
- [8] Phạm Ngọc Bạch, Mô tả thực trạng bệnh Tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Cao Lãnh, năm 2009, Luận văn chuyên khoa I, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 2010.
- [9] Donald EM et al., “Predictive validity of A medication Adherence Measure in an Outpatient Setting”, *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 10 (5), Pg: 348 – 354, 2008.



SITUATION OF ARV COMPLIANCE AND SOME RELATED FACTORS AT BA VI OUTCOMPLETE CLINIC IN THE CONFIDENCE OF COVID-19 PHASE FROM SEPTEMBER 2021 TO MARCH 2022

Nguyen Thi Minh Huong^{1*}, Le Thi Huong², Le Minh Giang³

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Viet Nam

²Ministry of Health - 138A Giang Vo, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the status of ARV adherence and some related factors among patients treated at Ba Vi outpatient clinic during the Covid-19 epidemic period from September 2021 to March 2022.

Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative data on 238 HIV patients treated as outpatients at Ba Vi OPC clinic.

Results: Among 238 HIV-infected patients managed at Ba Vi General Hospital, male accounted for 71.8%, female accounted for 28.2%; average age 43.68, results: 45.4% of patients had comorbidities such as hepatitis B and C, 44.1% had Hepatitis C, of which 85.7% had been cured; 78.2% had high adherence, 16% had moderate adherence, and 5.9% had low adherence. All 238 patients were tested for HIV viral load, of which in 2019 92% had a viral load below the detection threshold, in 2021 87% had a viral load below the detection threshold. The percentage of HIV viral load results below the detection threshold in 2021 decreased compared to 2019 but was not statistically significant with $P > 0.05$.

Conclusion: HIV is a chronic infection common in people of working age. The rate of patients with high adherence to treatment accounted for 78.2%. Before and after the Covid-19 epidemic, the HIV viral load test results below the detection threshold remained high at 87%.

Keywords: HIV disease, treatment adherence, HIV viral load, below detection threshold, outpatients, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: huongquang7576@gmail.com

Phone number: (+84) 918 562 592

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BA VÌ TRONG BỐI CẢNH DỊCH COVID-19 GIAI ĐOẠN TỪ THÁNG 9/2021 ĐẾN THÁNG 3/2022

Nguyễn Thị Minh Hương^{1*}, Lê Thị Hường², Lê Minh Giang³

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Bộ Y tế - 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 15 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị tại phòng khám ngoại trú Ba Vì trong giai đoạn dịch Covid-19 từ tháng 9/2021 đến tháng 3/2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính thực hiện trên 238 người bệnh HIV điều trị ngoại trú tại phòng khám OPC Ba Vì.

Kết quả: Trong số 238 người bệnh nhiễm HIV quản lý tại bệnh viện đa khoa Ba Vì, nam chiếm 71.8%, nữ chiếm 28.2%; tuổi trung bình 43.68 ;cho kết quả: 45.4% người bệnh có bệnh mắc kèm là viêm gan B, C, 44.1% mắc Viêm gan C, trong đó 85.7% đã được điều trị khỏi; 78.2% tuân thủ điều trị cao, 16% tuân thủ điều trị trung bình, 5.9% tuân thủ điều trị thấp. Toàn bộ 238 bệnh nhân được làm xét nghiệm tải lượng virus HIV, trong đó năm 2019 có 92% có tải lượng dưới ngưỡng phát hiện, năm 2021 có 87% có tải lượng dưới ngưỡng phát hiện. Tỷ lệ kết quả tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện năm 2021 có giảm so với năm 2019 nhưng không có ý nghĩa thống kê với $P > 0.05$.

Kết luận: HIV là bệnh nhiễm trùng mạn tính thường gặp ở người trong độ tuổi lao động. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị cao chiếm 78.2%. Trước và sau khi có dịch Covid-19, kết quả xét nghiệm tải lượng virus HIV dưới ngưỡng phát hiện vẫn ở mức cao 87%.

Từ khóa: Bệnh HIV, tuân thủ điều trị, tải lượng virus HIV, dưới ngưỡng phát hiện, người bệnh ngoại trú, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

*Tác giả liên hệ

Email: huongquang7576@gmail.com

Điện thoại: (+84) 918 562 592



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) là một trong những phát hiện quan trọng có ảnh hưởng to lớn về mặt y học, tâm lý và xã hội vào cuối những năm của thế kỷ 20. Mục tiêu chính của điều trị ARV là nhằm đạt được ức chế virus bền vững và duy trì chức năng miễn dịch. Để đạt được điều này, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tuân thủ điều trị đóng một vai trò quan trọng. Tháng 12 năm 2019, xuất hiện dịch Covid-19 tại Vũ Hán – Trung Quốc sau đó nhanh chóng lan rộng ra toàn thế giới, ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống kinh tế, xã hội, đứt chuỗi cung ứng toàn cầu trong đó có Việt Nam trong đó có Hà Nội. Tại Hà Nội, dịch Covid-19 bùng phát từ tháng 9/2021 đến tháng 3/2022 làm tê liệt các hoạt động của xã hội trong đó có việc cung ứng và sử dụng dịch vụ điều trị ARV. Tại Ba Vì, phòng khám điều trị ngoại trú HIV được đặt tại bệnh viện Đa khoa Ba Vì. Với hơn 500 người bệnh nhiễm HIV được theo dõi điều trị.

Vì lí do này, chúng tôi chọn đề tài: “*Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú Ba Vì trong bối cảnh dịch covid-19 giai đoạn từ tháng 9/2021 đến tháng 3/2022*”, với mục tiêu sau: *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị tại phòng khám ngoại trú Ba Vì trong giai đoạn dịch Covid-19 từ tháng*

9/2021 đến tháng 3/2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những người nhiễm HIV đang điều trị ngoại trú ARV tại phòng khám ngoại trú Ba Vì, đăng kí khám bệnh tại Phòng khám trước tháng 9/2021

2.2. Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Phòng khám ngoại trú (OPC) Ba Vì.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

2.4. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

2.5. Các tiêu chuẩn đánh giá: Dựa vào bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị

Bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị của nghiên cứu này dựa trên bộ công cụ đánh giá đa chiều do USAIDS hỗ trợ phát triển sử dụng cho các nước có nguồn lực hạn chế.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả về tuân thủ điều trị

Bảng 3.1. Mức độ tuân thủ điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu

Mức độ tuân thủ điều trị ARV	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ(%)
Cao	186/238	78.2
Trung bình	38/238	16.0
Thấp	14/238	5.9

Nhận xét: Có 186 đối tượng nghiên cứu đạt mức độ tuân thủ điều trị cao, chiếm 78.2%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm về tuổi, giới, địa chỉ, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị	
Tuổi	Năm	
Cao nhất	64	
Thấp nhất	16	
Trung bình	43.68	
Trung vị(giá trị ở giữa)	43.00	
Gặp nhiều nhất	43	
Độ lệch chuẩn (SD)	7.283	
Giới tính	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ (%)
Nam	171/238	71.8
Nữ	67/238	28.2
Trình độ học vấn	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ, chưa đi học	49/238	20.6
Tiểu học (lớp 1-5)	86/238	36.1
Trung học cơ sở (lớp 6-9)	58/238	24.4
Trung học phổ thông (lớp 10-12)	45/238	18.9
Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	0/238	0.0

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43.68; tuổi cao nhất là 64; tuổi thấp nhất là 16; tuổi hay gặp nhất là 43.

- Tỷ lệ nam giới chiếm 71.8%.

- Trình độ học vấn: Tỷ lệ học hết lớp 12 là 18.9%; còn lại là chưa học hết lớp 9.

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh học của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian nhiễm HIV (năm)	
Trung bình	9.58
Hay gặp	12.42
Độ lệch chuẩn (SD)	2.87
Tối thiểu	3.83
Tối đa	15.93
Trung vị	10.04
Thời gian điều trị ARV (năm)	
Trung bình	9.16
Hay gặp	11.5
Độ lệch chuẩn (SD)	2.74
Tối thiểu	3.83
Tối đa	14.33
Trung vị	9.46

Nhận xét:

- Đối tượng nhiễm HIV lâu nhất là 15.93 năm. Thời

gian nhiễm HIV trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 9.58 năm.



- Đối tượng điều trị HIV lâu nhất là 14.33 năm. Thời gian điều trị HIV trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 9.16 năm.

Bảng 3.4. Khoảng cách từ nhà đến phòng khám và phương tiện di chuyển của đối tượng nghiên cứu

Khoảng cách	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ %
Dưới 5 km	100/238	42.0
5km - <= 10km	38/238	16.0
Trên 10 km	100/238	42.0
Phương tiện	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ(%)
Phải đi qua đò, phà	65/238	27.3
Xe máy	170/238	71.4
Khác	3/238	1.3

Nhận xét: Có 42% ở cách Phòng khám trên 10km; 27,3% phải đi qua đò, phà.

3.3. Ảnh hưởng của đại dịch Covid-19 đến tuân thủ điều trị

Bảng 3.5. Đặc điểm liên quan tiêm vaccin phòng Covid-19

Đặc điểm	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ %
Tiêm vaccin	217/238	91.2
Ngừng thuốc ARV khi tiêm vacxxin	5/217	2.3

Nhận xét: 91.2% được tiêm phòng vaccin Covid-19; trong đó 2.3% ngừng ARV.

Bảng 3.11 Đặc điểm liên quan đến mắc bệnh Covid-19

Đặc điểm	Số lượng/Tổng số	Tỷ lệ %
Mắc Covid-19	95/238	39.9
Ngừng điều trị ARV khi mắc Covid-19	7/95	7.4

Nhận xét: 39,9% đối tượng mắc Covid-19, trong đó 7.4% ngừng ARV.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43,68%; tỷ lệ nam giới chiếm 71,8%; trình độ học vấn thấp: chỉ có 18,9% học hết lớp 12, còn lại chưa học hết lớp 9. Thời gian nhiễm HIV trung bình là 9,58 năm; thời gian điều trị

trung bình là 9,16 năm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đào Đức Giang và cộng sự. Cho thấy đối tượng nhiễm HIV có độ tuổi trung bình ở thời kì sung sức nhất là độ tuổi lao động, việc này gây ảnh hưởng đến sức sản xuất của xã hội. Đa số là nam giới, nguyên nhân chính là do việc lây truyền qua tiêm chích chung. Thời gian nhiễm của các đối tượng này khoảng 9 năm, trong thời gian này, tỷ lệ nhiễm HIV do tiêm chích chung còn cao, chủ yếu gặp ở nam giới do nam giới có tỷ lệ nghiện ma túy cao hơn nữ. Trình độ học vấn thấp nhưng không ảnh hưởng đến viện tuân thủ điều trị.

4.2. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan

- Tỷ lệ người bệnh ở xa Phòng khám trên 10km chiếm tới 42%, và phải đi qua đò phà chiếm tới 27.3%. Đây là địa bàn khá rộng, việc đi đến Phòng khám khá khó khăn. Tuy vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị khá cao: tuân thủ cao là 78.2%. Trong nghiên cứu của Đào Đức Giang, tỷ lệ tuân thủ điều trị cao là: 66.2%. Như vậy mức độ tuân thủ điều trị cao của đối tượng trong nghiên cứu này cao hơn của đối tượng trong nghiên cứu của Đào Đức Giang 12%.

Trong đại dịch có 91.2% số người bệnh được tiêm vaccin Covid-19; trong đó chỉ có 2.3% người bệnh ngừng thuốc ARV khi tiêm vaccin. Có 39.9% bị mắc Covid-19, trong đó có 7.4% ngừng ARV khi mắc Covid-19. Như vậy mặc dù Covid-19 ảnh hưởng rất lớn đến đời sống xã hội như: giãn cách xã hội, giảm cung ứng dịch vụ hoặc bị gián đoạn dịch vụ y tế; nhưng với sự nỗ lực của Phòng khám, các cơ quan chức năng và của người bệnh; kết quả tuân thủ điều trị vẫn được duy trì khá ổn định ở mức cao.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị: tuân thủ cao là 78.2%.
- Tuổi trung bình là 43.68%; nam giới chiếm 71.8%; trình độ học vấn thấp.
- Thời gian nhiễm HIV trung bình là 9.58 năm; thời gian điều trị trung bình là 9.16 năm.
- 42% người bệnh ở cách Phòng khám > 10km; 27.3% phải đi qua đò phà
- 91.2% số người bệnh được tiêm vaccin Covid-19

trong đó 2.3% ngừng thuốc ARV khi tiêm vaccin; 39.9% bị mắc Covid-19, trong đó có 7.4% ngừng ARV khi mắc Covid-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn Quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Quyết định số 5968/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 31 tháng 12 năm 2021.
- [2] Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế, Hội nghị tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2021 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2022, Công thông tin điện tử ngày 27/12/2021.
- [3] Bộ Y tế, Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020, Hà Nội, ngày 04, tháng 02, năm 2021.
- [4] Sở Y tế Hà Nội, Báo cáo của Sở Y tế Hà Nội, Trang thông tin điện tử, ngày 02/8/2022.
- [5] Đào Đức Giang, Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội; Luận án tiến sĩ y tế công cộng năm 2019.
- [6] Đại dịch COVID-19 tại Việt Nam; Bách khoa toàn thư, cập nhật ngày 23/9/2022
- [7] Lịch sử về HIV/AIDS; Bách khoa toàn thư Wikipedia, cập nhật ngày 28/11/2018
- [8] Ezzell C, AIDS drug gets green light. Nature, 329(6142): 751, 1987
- [9] WHO, ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES- Evidence for action, 2003.



COVID-19 PANDEMIC RESPONSE CAPACITY OF HEALTH WORKERS AT A SUBURBAN DISTRICT HEALTH CENTER, HANOI CITY IN 2022

Kieu Van Thuy^{1*}, Truong Viet Dung²

¹Thach That District Health Center - Binh Phu, Thach That, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

The study was conducted on all health workers in a suburban district of Hanoi City. **Objectives:** (1) To describe the current situation of preparedness to respond to the COVID-19 epidemic in terms of manpower (2) To explore the support needs of medical staff so that they are ready to participate in epidemic prevention. **Research methodology:** With a cross-sectional descriptive design, the research tool is a set of self-filled questionnaires with very basic content about disease prevention, treatment principles, psychological impacts and aspirations of health workers. **The results** of the study show that the medical staff in the studied medical center are ready for basic knowledge and skills. Psychological readiness is not high: The majority of workers (84.5%) agree that they are well equipped and confident in their knowledge and skills to do the job in any epidemic. Health workers believed that it is psychologically well prepared to work in any case of an epidemic at 76.7% More than 75% of health workers are willing to arrange household work to participate in epidemic prevention. 41.6% partly agreed that they still feel emotional when talking about COVID-19, health workers still think about COVID-19 (66.7%); The majority are still wary or wary because of the epidemic (86.3%) and 77.2% say they lose some sleep due to thinking about COVID-19. To be ready for the epidemic, 100% of health workers have a need for support, including the desire for financial support, 95% want support to reduce the workload, 26.9% want to support their families. **Conclusion:** Health workers are ready to participate in epidemic prevention. To help them prepare to participate in epidemic prevention, attention should be paid to psychological and economic support and reduce the burden of work.

Key words: COVID-19 Pandemic; Readiness of health workers.

*Corresponding author

Email address: drthuynham@gmail.com

Phone number: (+84) 912 364 628

NĂNG LỰC ỨNG PHÓ VỚI ĐẠI DỊCH COVID-19 CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ MỘT HUYỆN NGOẠI THÀNH THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022

Kiều Văn Thủy^{1*}, Trương Việt Dũng²

¹Trung tâm Y tế Huyện Thạch Thất - Bình Phú, Thạch Thất, Hà Nội, Việt Nam

²Trường ĐH Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên toàn bộ nhân viên y tế một huyện ngoại thành Thành phố Hà Nội. **Mục tiêu:** (1) Mô tả tình hình sẵn sàng ứng phó với dịch COVID-19 về nhân lực hiện nay ra sao? (2) Thăm dò nhu cầu hỗ trợ của nhân viên y tế để họ sẵn sàng tham gia phòng chống dịch. **Phương pháp nghiên cứu:** Với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi tự điền với những nội dung rất cơ bản về phòng bệnh, nguyên tắc điều trị, những tác động tâm lý và nguyện vọng của nhân viên y tế. **Kết quả nghiên cứu** cho thấy: Nhân viên y tế ở Trung tâm y tế được nghiên cứu đã sẵn sàng về kiến thức và kỹ năng cơ bản. Sự sẵn sàng về tâm lý chưa cao: Đa phần NVYT (84,5%) đồng ý rằng họ đã được trang bị đủ và tự tin về kiến thức kỹ năng của mình để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào. NVYT cho rằng mình đã được chuẩn bị tâm lý tốt để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào 76,7%. Hơn 75% NVYT sẵn sàng thu xếp công việc trong gia đình để tham gia công tác phòng chống dịch. Có 41,6% đồng ý một phần rằng còn cảm thấy xúc động khá nhiều khi nhắc về COVID – 19 nhân viên y tế vẫn nghĩ đến dịch COVID-19 (66,7%); Phần nhiều vẫn còn cảnh giác hay dè chừng vì dịch (86,3%) và 77,2% cho rằng phần nào mất ngủ do nghĩ về dịch COVID-19. Để chuẩn bị sẵn sàng cho chống dịch, 100% nhân viên y tế có nhu cầu được hỗ trợ, trong đó mong muốn được hỗ trợ về tài chính, 95% mong muốn được hỗ trợ giảm bớt khối lượng công việc, 26,9% mong muốn hỗ trợ cho gia đình. **Kết luận:** Nhân viên y tế đã sẵn sàng tham gia phòng chống dịch. Để giúp họ chuẩn bị tham gia phòng chống dịch cần chú ý đến hỗ trợ tâm lý, kinh tế và giảm bớt gánh nặng công việc.

Từ khóa: Đại dịch COVID-19, Sự sẵn sàng của nhân viên y tế.

*Tác giả liên hệ

Email: drthuynham@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 364 628



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Định dịch COVID-19 đã qua đi song dịch chưa dứt. Nguy cơ bùng phát trở lại vẫn hiện hữu. Những gì để lại là mất mát về người và của phải mất nhiều năm mới thực sự hồi phục. Bên cạnh mất mát, chúng ta có được những bài học thực tế đắt giá trong đường đầu với dịch bệnh về mọi mặt. Cả thế giới vẫn đang trong giai đoạn WHO chưa công bố hết đại dịch, rất nhiều nước trong đó có Việt Nam vẫn trong tình trạng sẵn sàng ứng phó với dịch bệnh. Sẵn sàng ứng phó về chính sách, về cơ sở vật chất, về kỹ thuật và quan trọng nhất là nhân lực y tế. Ở trong nước gần đây đã có một số nghiên cứu về kiến thức về bệnh covid cũng như về phòng chống dịch của nhân viên y tế [1][2][3][4]. Câu hỏi đặt ra cho nghiên cứu của chúng tôi là: nguồn nhân lực có đủ về số lượng hay không? nhân viên y tế có đủ kiến thức và kỹ năng phòng và chống dịch đến đâu? Cần chuẩn bị (hay đào tạo, trang bị) cho họ những gì? Và họ đang cần hỗ trợ gì để sẵn sàng ứng phó với dịch bệnh nếu quay trở lại? những câu hỏi đó cũng là xuất phát điểm của đề tài này. Nghiên cứu được tiến hành ở một huyện ngoại thành, thành phố Hà Nội với 2 mục tiêu: (1) Mô tả tình hình sẵn sàng ứng phó với dịch COVID-19 về nhân lực hiện nay ra sao? (2) Thăm dò nhu cầu hỗ trợ của nhân viên y tế để họ sẵn sàng tham gia phòng chống dịch.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu với thiết kế mô tả cắt ngang, không chọn mẫu mà chọn toàn bộ nhân viên y tế trên địa bàn huyện. Tổng số 219 đối tượng có mặt vào thời điểm nghiên cứu. Trong đó 152 ở các trạm y tế xã và 67 đối tượng công tác tại Trung tâm y tế huyện. Tỷ lệ đối tượng có trình độ đại học và trên đại học chiếm 21%, số có trình độ cao đẳng trở xuống chiếm 79%.

Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về bệnh COVID-19, kiến thức về phòng chống dịch, câu hỏi về tác động của dịch trên tâm lý và câu hỏi về nguyện vọng của nhân viên y tế.

Số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS-20 với các phép tính thống kê mô tả và phân tích.

Đề tài được sự cho phép của Trung tâm y tế và đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu: bộ câu hỏi tự điền và đảm bảo bí mật danh tính của đối tượng nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng xét đề cương của Viện đào tạo YHDP và YTCC, Trường ĐHY Hà Nội thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mức độ sẵn sàng đáp ứng với dịch bệnh xảy ra

Bảng 3. 1. Mức độ sẵn sàng của nhân viên y tế khi dịch bệnh xảy ra

Tự đánh giá của nhân viên y tế	Tự tin		Chưa tự tin		Hoàn toàn thấy chưa đủ tự tin	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ
Đã được trang bị đủ kiến thức, kỹ năng để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào.	185	84.5	34	15.5	0	0
Đã được chuẩn bị tâm lý tốt để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào.	168	76.7	51	23.3	0	0
Đã sẵn sàng thu xếp công việc trong gia đình tốt nhất để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức độ nào.	165	75.3	50	22.9	4	1.8

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Đa phần NVYT (84,5%) đồng ý rằng họ đã được trang bị đủ và tự tin về kiến thức kỹ năng của mình để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào.

NVYT cho rằng mình đã được chuẩn bị tâm lý tốt để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào 76.7%

Hơn 75% NVYT sẵn sàng thu xếp công việc trong gia đình để tham gia công tác phòng chống dịch.

Vấn đề ở đây không phải “đa số” đã sẵn sàng mà tỷ lệ chưa thật tự tin vẫn còn từ 15,5% đến 23,3%. Nếu trong cơ quan chưa có sự nhất trí cao, chỉ cần một số người giao động sẽ có thể ảnh hưởng đến người khác một khi dịch quay trở lại. Đây cũng chính là vấn đề tổ chức nhân sự cần quan tâm trong phòng chống dịch.

Bảng 3.2. Kiến thức về khả năng lây nhiễm COVID - 19 của nhân viên y tế

Kiến thức về lây nhiễm COVID - 19	Đồng ý		Không đồng ý	
	SL	%	SL	%
COVID-19 có nguy cơ lây nhiễm chéo trong cơ sở y tế	219	100	0	0
Những người mắc COVID-19 nếu không sốt thì không thể lây truyền COVID-19 cho người khác	0	0	219	100
COVID-19 có thể lây truyền từ không khí	219	100	0	0
COVID-19 có thể lây truyền từ việc tiếp xúc với trang thiết bị y tế	195	89.0	24	11.0
COVID-19 có thể lây truyền qua đường giọt bắn	219	100	0	0
Phòng bệnh cần được thông thoáng, có hệ thống máy lọc không khí hoặc đèn cực tím để khử trùng.	219	100	0	0

Kết quả trong bảng 3.2 cho thấy: Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm COVID-19: 100% trong quá trình làm việc, tiếp xúc với người bệnh của NVYT được phỏng vấn là khá tốt. Những bài học cũng như sự trải nghiệm của họ trong phòng chống dịch vừa qua đã tự trang bị cho họ những kiến thức rất cơ bản về phòng lây nhiễm . Những

câu hỏi trên đây theo chúng tôi là rất sơ đẳng . Trong những nghiên cứu tiếp sau đây cần đặt các câu hỏi sâu hơn, nhất là những vấn đề nhận biết nguy cơ dịch quay trở lại bằng cách nào? Vai trò của NVYT tuyến cơ sở giám sát dịch ra sao? Đề giúp cho việc thiết kế một chương trình đào tạo liên tục phù hợp hơn.

Bảng 3.3. Kiến thức về dự phòng bệnh cho cộng đồng

Kiến thức về dự phòng bệnh	Đồng ý		Không đồng ý	
Thời gian cách li của những người có nguy cơ ít nhất là 2 tuần	219	100	0	0
Đeo khẩu trang y tế có thể phòng ngừa COVID-19?	219	100	0	0
Nhân viên y tế sử dụng trang thiết bị bảo hộ đúng cách có thể phòng ngừa COVID-19	219	100	0	0

Kết quả trong bảng 3.3. cho thấy với 3 câu hỏi đơn giản về dự phòng COVID-19 trong cộng đồng đều được trả lời đúng.

Bảng 3.4. Kiến thức nguyên tắc điều trị trường hợp bệnh COVID-19 ở tuyến cơ sở

Kiến thức về nguyên tắc điều trị COVID-19	Đồng ý		Không đồng ý	
Hiện đã có thuốc điều trị đặc hiệu COVID-19	20	9.2	199	90.8
Phát hiện sớm và điều trị tích sẽ giúp đa số người mắc COVID-19 khỏi bệnh	219	100	0	0
Cần tư vấn, hỗ trợ, điều trị tâm lý cho ca nghi ngờ hoặc ca bệnh COVID-19	210	95.9	9	4.1

Cũng như kết quả ở bảng 3.2. trên đây, kết quả hỏi về nguyên tắc hay kiến thức sơ đẳng về điều trị COVID-19 ở tuyến cơ sở của NVYT khá tốt, cho dù họ vẫn nghi ngờ tác dụng của thuốc kháng virus (molnupiravir) . Điều nhận thấy ở đây là NVYT đã nhận thức được vai trò của hỗ trợ tâm lý cho người bệnh là rất quan trọng.

Tuy nhiên, nêu hỏi thêm : hỗ trợ tâm lý bằng phương pháp nào chắc tỷ lệ trả lời được không cao. Giả định này cần kiểm tra trong nghiên cứu chuyên sâu về nhu cầu đào tạo lại cho NVYT trong thời gian tới.

3.2. Tác động của quy mô dịch bệnh đến tâm lý của nhân viên Y tế



Bảng 3.5. Tác động của dịch đến tâm lý nhân viên y tế

Tác động tâm lý	Hoàn toàn không đồng ý	Đồng ý một ít	Đồng ý mức vừa phải	Đồng ý phần nhiều	Hoàn toàn đồng ý
Bất kỳ những gì gọi lại về thời kỳ dịch bùng phát đã qua đều làm tôi xúc động	0 (0.0%)	36 (16.4%)	59 (25.1%)	120 (54.8%)	4 (1.8%)
Tôi dễ cáu giận khi nghĩ hay nghe tin về dịch COVID-19	89 (40.6)	91 (41.6)	25 (11.4)	11 (5.0)	3 (1.4)
Tôi tránh để bản thân căng thẳng khi nghĩ đến hay bị gọi nhắc về COVID-19	0 (0.0)	179 (81.7%)	30 (13.7%)	6 (2.7%)	4 (1.8%)
Tôi nghĩ về COVID-19 cả khi không có chủ đích	0 (0.0%)	5 (2.3%)	31 (14.2%)	183 (83.6%)	0 (0.0%)
Hình ảnh về dịch COVID-19 thường hiện lên trong tâm trí tôi	0 (0.0%)	17 (7.8%)	56 (25.6%)	146 (66.7%)	0 (0.0%)
Dịch COVID-19 khiến tôi khó ngủ	10 (4.6%)	169 (77.2%)	23 (10.5%)	10 (4.6%)	7 (3.2%)
Tôi cảm thấy cảnh giác và dè chừng (vì dịch COVID-19)	15 (6.8%)	5 (2.3%)	10 (4.6%)	189 (86.3%)	0 (0.0%)

Qua 7 câu hỏi thăm dò về tác động tâm lý của dịch bệnh vừa qua lên tâm lý hiện nay của nhân viên y tế, qua bảng 3.5 cho thấy dịch bệnh COVID – 19 tác động rất nhiều đến tâm lý của NVYT như: họ vẫn còn đồng ý một phần rằng còn cảm thấy xúc động khá nhiều khi nhắc về COVID – 19 (41,6%); nhân viên y tế vẫn nghĩ đến dịch COVID-19 (66,7%); Phần nhiều vẫn còn cảnh giác hay dè chừng vì dịch (86,3%) và 77,2% cho rằng phần nào mất ngủ do nghĩ về dịch COVID-19. Với các con số trên, có thể cho thấy dịch bệnh COVID-19 vừa qua vẫn

còn để lại những nỗi ám ảnh trong tâm lý nhân viên y tế. Điều này cũng gặp trên nhân viên y tế ở nước ngoài [5] [6] trong và sau vụ dịch cùng với tình trạng lo âu và trầm cảm của họ đang là vấn đề được quan tâm. Đây là yếu tố cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng huy động nhân viên y tế một khi dịch bệnh quay lại. Mặt khác, về công tác tổ chức, cần lưu ý để dần giải tỏa tâm lý cho NVYT để họ sẵn sàng tham gia phòng chống dịch bệnh cũng như yêu nghề hơn.

Bảng 3.6. Nhân viên y tế tự tin tham gia hoạt động phòng chống dịch

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tự tin khi tham gia chống dịch	189	86,3
Chưa tự tin	30	13,7
Mong muốn được hỗ trợ	219	100
Mong muốn hỗ trợ về:		
Trang bị bảo hộ cá nhân	115	52,5
Tài chính	219	100
Đào tạo về chuyên môn	81	36,9
Giảm bớt khối lượng công việc	95	43,4
Hỗ trợ cho gia đình	59	26,9

Đa số NVYT tham gia phòng vẫn đều tự tin tham gia các hoạt động phòng chống dịch COVID – 19 chiếm 86.3%. Vẫn còn 13,7% chưa tự tin nếu được điều động chống dịch.

100% NVYT đều mong muốn được hỗ trợ để thực hiện nhiệm vụ chống dịch: 100%, trong đó mong muốn được hỗ trợ về tài chính, 95% mong muốn được hỗ trợ giảm bớt khối lượng công việc, 26.9% mong muốn hỗ trợ cho gia đình. Không ai có yêu cầu cầu (chủ quan) được hỗ trợ tâm lý. Kết quả trên đây cho thấy tính sẵn sàng của nhân viên y tế tại Trung tâm y tế này là khá tốt, tuy nhiên cho dù không có yêu cầu hỗ trợ tâm lý nhưng nhu cầu (khách quan) hỗ trợ là rõ ràng.

4. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tuy mới mang tính chất thăm dò nhưng đã cho thấy nhân viên y tế ở Trung tâm y tế được nghiên cứu đã sẵn sàng về kiến thức và kỹ năng cơ bản. Sự sẵn sàng về tâm lý chưa cao:

Đa phần NVYT (84,5%) đồng ý rằng họ đã được trang bị đủ và tự tin về kiến thức kỹ năng của mình để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào.

NVYT cho rằng mình đã được chuẩn bị tâm lý tốt để làm công tác trong bất cứ trường hợp dịch bệnh xảy ra ở mức nào 76.7%

Hơn 75% NVYT sẵn sàng thu xếp công việc trong gia đình để tham gia công tác phòng chống dịch.

Có 41,6% đồng ý một phần rằng còn cảm thấy xúc động khá nhiều khi nhắc về COVID – 19 nhân viên y tế vẫn nghĩ đến dịch COVID-19 (66,7%); Phần nhiều vẫn còn cảnh giác hay dè chừng vì dịch (86,3%) và 77,2% cho rằng phần nào mất ngủ do nghĩ về dịch COVID-19.

Để chuẩn bị sẵn sàng cho chống dịch, 100% nhân viên y tế có nhu cầu được hỗ trợ, trong đó mong muốn được hỗ trợ về tài chính, 95% mong muốn được hỗ trợ giảm

bớt khối lượng công việc, 26.9% mong muốn hỗ trợ cho gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hà Thị Nhã Ca, “Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống dịch bệnh COVID-19 của người lao động tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trong đại dịch COVID-19” Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Kinh tế Tp. Hồ Chí Minh, 2021.
- [2] Nguyễn Thị Minh Hiền và cộng sự, “Kiến thức về COVID - 19 của nhân viên y tế tuyến cơ sở tại Hà Nội năm 2020,” Tạp chí Y học Việt Nam, 2020.
- [3] Hoàng Hải Đăng, “Thực trạng kiến thức, thực hành về phòng chống dịch bệnh COVID-19 của nhân viên y tế tại một số trạm y tế và phòng khám đa khoa khu vực trên địa bàn huyện Sóc Sơn thành phố Hà Nội năm 2020”, Khoá luận tốt nghiệp, Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.
- [4] Phan Thu Nga, Nguyễn Hà My, Nguyễn Thị Ái, Trần Thoan Đình, “Kiến thức, thái độ của nhân viên y tế về phòng chống dịch covid-19 tại Bệnh viện Đa Khoa huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình,” Tạp chí Y Dược Thái Bình, Số 2 tháng 3 năm 2023, trang 42-47.
- [5] Zhang M et al., “Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. J Hosp Infect., 105(2): p.”, 2020.
- [6] Ghimire P., S. Dhungel, A. Pokhrel, “Attitude and Practice of healthcare workers Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. J Nepal Health Res Counc, 2020. 18(2): p. 293-300”.



KNOWLEDGE, PRACTICE ON MANAGEMENT OF HYPERTENSIVE DISEASE OF COMMUNE HEALTH STATION STAFF IN THACH THAT DISTRICT, HANOI IN 2022

Can Thi Nhung^{1*}, Pham Bich Diep², Nguyen Dinh Hung³, Kieu Van Tri¹,
Hoang Thi Phuong Thao¹

¹Thach That District Health Center - Binh Phu, Thach That, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Department of Health - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 08/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current knowledge and practice on hypertension management among commune health station staff in Thach That district, Hanoi city in 2022.

Methods: A Cross-sectional descriptive study, using quantitative methods to collect information. The study included 144 healthcare workers who are working at Commune Health Stations (CHS) in Thach That District, Hanoi.

Results: Among 144 CHS staff in Thach That district, male accounted for 13.9%, female accounted for 86.1%; the average age 40.8 ± 9.0 and age group 26-34 (31.1%); the 35-44 group (33.3%) and the 45-54 group (27.8%), the 55-68 year-old group had the lowest rate, accounting for 7.6%. 48.6% of health workers (health workers) have been trained and fostered in the prevention of hypertension (high blood pressure). The percentage of health workers with correct knowledge about hypertension prevention accounted for 84%. The percentage of health workers who performed a small number of household visits to assess the risk of hypertension accounted for 18.8%. Over 73% of health workers performed with all subjects in the diagnosis of hypertension. Over 73% of health worker conducted with all subjects on examination and testing in diagnosing hypertension. Over 71% of health workers performed with all subjects on diagnosis in diagnosing hypertension.

Conclusions: The knowledge and practice on hypertension management of commune health staffs in Thach That district have not been as expected, so the Thach That district health center needs a plan to improve knowledge and practice on management of hypertension for commune health staff to meet the requirements of better management of hypertension.

Keywords: Hypertension; management of hypertension; knowledge and practice of hypertension management.

*Corresponding author

Email address: nhungtuan73@gmail.com

Phone number: (+84) 916 148 615

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ TẠI HUYỆN THẠCH THẮT, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022

Cần Thị Nhung^{1*}, Phạm Bích Diệp², Nguyễn Đình Hưng³, Kiều Văn Trí¹,
Hoàng Thị Phương Thảo¹

¹Trung tâm Y tế huyện Thạch Thất - Bình Phú, Thạch Thất, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 08 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ trạm y tế xã tại huyện Thạch Thất, Thành phố Hà Nội năm 2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng để thu thập thông tin. Đối tượng là 144 cán bộ y tế đang làm việc tại Trung tâm y tế và trạm y tế (TYT) huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội.

Kết quả: Trong số 144 cán bộ TYT trên địa bàn huyện Thạch Thất, nam chiếm 13,9%, nữ chiếm 86,1%; tuổi trung bình $40,8 \pm 9,0$ và nhóm tuổi 26-34 (31,1%); nhóm 35-44 (33,3%) và nhóm 45-54 (27,8%), riêng nhóm 55-68 tuổi có tỷ lệ thấp nhất chiếm 7,6%. Có 48,6% cán bộ y tế (CBYT) được tập huấn, bồi dưỡng về phòng chống tăng huyết áp (THA). Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về phòng chống THA chiếm 84%. Tỷ lệ CBYT thực hiện thăm hộ gia đình đánh giá nguy cơ THA chiếm 18,8%. Trên 73% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng hỏi bệnh trong chẩn đoán THA. Trên 73% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về khám, xét nghiệm trong chẩn đoán THA. Trên 71% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về chẩn đoán trong chẩn đoán THA.

Kết luận: Kiến thức, thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp của các cán bộ TYT huyện Thạch Thất chưa đạt được như mong đợi, vì vậy Trung tâm y tế huyện cần có kế hoạch để nâng cao kiến thức và thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp cho cán bộ các trạm y tế của huyện, để đáp ứng yêu cầu quản lý bệnh tăng huyết áp tốt hơn.

Từ khoá: Tăng huyết áp; quản lý bệnh tăng huyết áp; kiến thức, thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp.

*Tác giả liên hệ

Email: nhungtuan73@gmail.com

Điện thoại: (+84) 916 148 615



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là nguy cơ quan trọng hàng đầu của tử vong và gánh nặng các bệnh lý tim mạch. THA là nguyên nhân gây ra 7,6 triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn thế giới (13,5% tổng số) khoảng 54% đột quỵ và 47% bệnh tim mạch vành là do huyết áp cao (1). Tỷ lệ THA trên thế giới năm 2000 là 26,4% (1 tỷ người mắc) sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 (1,6 tỷ người bị bệnh). Tại Việt Nam, THA ở người trưởng thành có xu hướng gia tăng: tỷ lệ THA năm 2000 vào khoảng 16,3%, năm 2009 tăng lên là 25,4% và năm 2016 tăng ở mức báo động là 48% (2). Ước tính cứ 5 người Việt Nam trưởng thành thì có 1 người mắc THA. Trong 1 xã với khoảng 8.000 dân thì có tới 1000 người mắc THA (3).

Trong số người mắc THA, chỉ có 43,1% người từng được bác sỹ chẩn đoán, có nghĩa là có khoảng 56,9% người bị THA chưa được phát hiện. Tỷ lệ THA được quản lý tại cơ sở y tế chỉ có 13,6%⁴. Đã có nhiều chính sách, hướng dẫn chuyên môn được ban hành trong những năm gần đây nhằm tăng cường y tế cơ sở và thúc đẩy quản lý điều trị, đặc biệt là THA. Tuy nhiên, do kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế (CBYT) về bệnh THA còn chưa tốt như: sàng lọc, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị bệnh ở các trạm y tế (TYT) xã còn hạn chế dẫn đến việc quản lý bệnh THA chưa hiệu quả (4).

Huyện Thạch Thất đã triển khai hoạt động quản lý điều trị bệnh THA tại tất cả các TYT trên địa bàn. Thống kê đến quý IV năm 2021, số người bệnh THA được quản lý là 14.139 người (6,23%). Tuy nhiên, vẫn còn những hạn chế trong công tác quản lý, điều trị bệnh THA. Tỷ lệ người dân mắc THA được quản lý điều trị còn thấp, dẫn đến công tác kiểm soát THA chưa đáp ứng yêu cầu. Thực tế hiện nay kiến thức, thực hành của cán bộ TYT của các xã Huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi tiến hành đề tài **“Kiến thức, thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ trạm y tế xã tại huyện Thạch Thất, Thành phố Hà Nội năm 2022”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: CBYT đang làm việc tại 23 TYT xã/thị trấn của huyện Thạch thất, Hà Nội từ tháng 09/2022 đến tháng 03/2023

• **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Cán bộ y tế (bác sỹ, y sỹ, dược sỹ, điều dưỡng...) và hỗ trợ viên

đang làm việc tại 23 TYT xã/thị trấn thuộc huyện Thạch Thất tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, thời gian làm việc tại TYT từ 6 tháng trở lên.

• **Tiêu chuẩn loại trừ**

- CBYT tại TYT thuộc diện mới được ký hợp đồng trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu

- CBYT đang đi học dài hạn, nghỉ chế độ: nghỉ phép thường niên, nghỉ ốm, thương tật hoặc nghỉ thai sản trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Các TYT thuộc huyện Thạch Thất, Thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2022 đến tháng 03/2023. Thời gian thu thập số liệu: 01/11/2022 – 31/12/2022.

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

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ CBYT tại TYT đạt tiêu chuẩn. Tổng số có 151 CBYT thì có 144 CBYT (chiếm 95,4% CBYT) đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Biến số và công cụ nghiên cứu:

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên hướng dẫn của bộ y tế về công tác quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp và mong muốn cần tìm hiểu của nhóm nghiên cứu để đánh giá kiến thức và thái độ về phòng chống THA.

Bộ câu hỏi gồm bốn phần:

• Phần 1 gồm những biến số về nhân khẩu học (tuổi, giới,); nơi làm việc.

• Phần 2 gồm những biến số để đánh giá kiến thức về phòng chống THA. Có 6 câu hỏi về kiến thức. Mỗi câu hỏi đúng được chấm 1 điểm và sai được 0 điểm. Tổng số điểm của kiến thức là 6 điểm. Do đó, những CBYT có kiến thức đúng là có tổng điểm kiến thức bằng 6 và có kiến thức sai là có tổng điểm kiến thức dưới 6.

• Phần 3 gồm những biến số đánh giá thực hành về sàng lọc, hỏi bệnh, khám xét nghiệm và chẩn đoán THA.

• Phần 4 gồm tham gia đào tạo về THA và nội dung đào tạo

Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp cán bộ y tế, nghiên cứu viên tổ chức tập huấn cho điều tra viên về bảng hỏi định lượng phỏng vấn các đối tượng nghiên cứu thông qua bộ câu hỏi được thiết kế

sẵn. Tổ chức thu thập số liệu, nhóm thu thập thông tin gồm 3 điều tra viên có kỹ năng phỏng vấn bảng hỏi định lượng, đã được tham gia tập huấn và hiểu về bảng hỏi. Tiến trình thu thập thông tin trực tiếp tại TYT xã trên địa bàn thuộc huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội.

Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được quản lý và nhập liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, được trình bày dưới dạng bảng biểu của phần mềm Excel và Word 2010. Thống kê mô tả được sử dụng để tính số lượng, tỷ lệ % về kiến thức đúng và tỷ lệ % thực hiện thực hành về sàng lọc, hỏi bệnh, khám xét nghiệm và chẩn đoán THA với đối tượng. Sự khác biệt về kiến thức

THA giữa hai nhóm nam và nữ được kiểm định sử dụng test Chi bình phương với $p < 0,05$ là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi được Hội đồng thông qua đề cương CKII của Viện đào tạo YHDP và YTCC Mục tiêu và đề cương nghiên cứu được Ban lãnh đạo và cán bộ của 23 TYT phê duyệt. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của CBYT (n=144)

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Số lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
26-34	5	3,5	40	27,8	45	31,3
35-44	5	3,5	43	29,9	48	33,3
45-54	6	4,2	34	23,6	40	27,8
55-68	4	2,8	7	4,9	11	7,6
Tổng	20	13,9	124	86,1	144	100
Tuổi TB	44,3 ± 11,1		40,2 ± 8,5		40,8 ± 9,0	

Nhóm tuổi 26-34 chiếm 31,1%; nhóm tuổi 35-44 chiếm 33,3% và nhóm tuổi 45-54 chiếm 27,8%, tỷ lệ các nhóm tuổi khác nhau không nhiều trừ nhóm 55-68 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,6%. Tuổi trung bình của CBYT là 40,8

± 9,0 tuổi, trong đó tuổi trung bình của CBYT là nam cao hơn CBYT là nữ là 4,1 tuổi.

3.2. Kiến thức của cán bộ y tế về phòng chống tăng huyết áp

Bảng 3.2. Kiến thức chung của cán bộ y tế về phòng chống tăng huyết áp (n=144)

Nội dung		Số lượng biết (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức chung về phòng chống bệnh THA	Không lây truyền	129	89,6
	Khởi phát âm thầm, tiến triển chậm, kéo dài	109	75,7
	Nguyên nhân bệnh học phức tạp	75	52,1
	Đa yếu tố nguy cơ kết hợp	83	57,6
	Gây rối loạn chức năng cơ thể, tàn phế	82	56,9
	Điều trị lâu dài, thậm chí cả cuộc đời	122	84,7



Về kiến thức chung trong phòng chống bệnh THA, CBYT biết bệnh THA là bệnh không lây nhiễm; Khởi phát âm thầm, tiến triển chậm, kéo dài; Nguyên nhân bệnh học phức tạp; Đa yếu tố nguy cơ kết hợp; Gây rối

loạn chức năng cơ thể, tàn phế và điều trị lâu dài, thậm chí cả cuộc đời chiếm tỷ lệ lần lượt là 89,6%; 75,7%; 52,1%; 57,6%; 56,9% và 84,7%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về phòng chống bệnh THA theo giới (n=144)

Giới	Kiến thức đúng		Kiến thức sai		P
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Nam	18	12,5	2	1,4	0,742
Nữ	103	71,5	21	14,6	
Chung	121	84,0	23	16,0	

Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về phòng chống THA chiếm 84% và không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới với p=0,742.

3.3. Thực hành của cán bộ y tế về phòng chống tăng huyết áp

Về thực hành đối với cán bộ trạm y tế xã, nghiên cứu đánh giá dựa trên 4 nội dung gồm (1) thực hiện tất cả đối tượng là thực hiện toàn bộ 100% đối tượng; (2) thực hiện với đa số đối tượng là thực hiện trên 50% đối tượng; (3) thực hiện với số ít đối tượng là thực hiện dưới 50% đối tượng; (4) Không thực hiện.

Bảng 3.4. Thực hành của cán bộ trạm y tế xã trong sàng lọc THA cho đối tượng từ 18 tuổi trở lên (n=144)

Nội dung	Thực hiện với tất cả đối tượng (%)	Thực hiện với đa số đối tượng (%)	Thực hiện với số ít đối tượng (%)	Không thực hiện (%)
Thực hiện đo HA cho người ≥ 18 tuổi đến TYT	44,4	45,1	8,3	2,1
Làm xét nghiệm đường máu cho người ≥ 18 tuổi đến TYT	36,1	19,4	38,2	6,3
Thực hiện đánh giá nguy cơ THA bằng bảng kiểm người ≥ 18 tuổi đến TYT	50,7	23,6	18,8	6,9
Thăm hộ gia đình đánh giá nguy cơ THA người ≥ 18 tuổi.	36,8	18,8	40,3	4,2

Thực hành của CBYT trong sàng lọc THA, CBYT thực hiện đo HA cho người ≥ 18 tuổi đến TYT với tất cả số đối tượng chiếm 44,4%; Làm xét nghiệm đường máu cho đối tượng nguy cơ cao thực hiện với tất cả đối

tượng chiếm 36,1%; thực hiện đánh giá nguy cơ THA bằng bảng kiểm thực hiện với tất cả đối tượng chiếm 50,7% và thăm hộ gia đình đánh giá nguy cơ THA thực hiện với tất cả đối tượng 36,8%.

Bảng 3.5. Thực hành của cán bộ y tế về hỏi bệnh trong chẩn đoán THA (n=144)

Nội dung	Thực hiện với tất cả đối tượng (%)	Thực hiện với đa số đối tượng (%)	Thực hiện với số ít đối tượng (%)	Không thực hiện (%)
Hỏi thông tin cá nhân	78,5	18,8	2,8	0,0
Hỏi tiền sử bản thân, tiền sử gia đình	79,9	16,0	4,2	0,0
Hỏi các triệu chứng	76,4	18,1	5,6	0,0
Hỏi về các yếu tố nguy cơ (rượu bia, thuốc lá, dinh dưỡng, hoạt động thể lực,...)	73,6	20,1	6,3	0,0

Thực hành của CBYT về hỏi bệnh trong chẩn đoán THA, CBYT thực hiện với tất cả đối tượng: Hỏi thông tin cá nhân; Hỏi tiền sử bản thân, tiền sử gia đình; Hỏi các triệu chứng và Hỏi về các yếu tố nguy cơ có tỷ lệ lần lượt là 78,5%; 79,9%; 76,4% và 73,6%.

Bảng 3.6. Thực hành của cán bộ y tế về khám, xét nghiệm trong chẩn đoán THA (n=144)

Nội dung	Thực hiện với tất cả đối tượng (%)	Thực hiện với đa số đối tượng (%)	Thực hiện với số ít đối tượng (%)	Không thực hiện (%)
Khám toàn thân (Đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông, tính BMI, khám phổi)	77,1	16,7	6,3	0,0
Đo huyết áp, bắt mạch, nghe tim	75,7	14,6	9,7	0,0
Nghe phổi, khám bụng	73,6	16,0	10,4	0,0

Trong thực hành của cán bộ y tế về khám, xét nghiệm trong chẩn đoán THA, CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về khám toàn thân và đo huyết áp; Bắt mạch, nghe tim và Nghe phổi, khám bụng chiếm tỷ lệ lần lượt là 77,1%; 75,7% và 73,6%.

Bảng 3.7. Thực hành của cán bộ y tế về chẩn đoán trong chẩn đoán THA (n=144)

Nội dung	Thực hiện với tất cả đối tượng (%)	Thực hiện với đa số đối tượng (%)	Thực hiện với số ít đối tượng (%)	Không thực hiện (%)
Chẩn đoán THA (có phân độ) sau ít nhất 2 lần đo đúng quy trình	71,5	20,8	7,6	0,0
Phân tầng nguy cơ tim mạch cho người THA	75,7	18,1	6,3	0,0

Thực hành của cán bộ y tế về chẩn đoán trong chẩn đoán THA, 71,5% CBYT thực hiện chẩn đoán THA (có phân độ) sau ít nhất 2 lần đo đúng quy trình với tất cả đối tượng và 75,7% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng trong phân tầng nguy cơ tim mạch cho người THA.



3.4. Đào tạo cán bộ y tế về phòng chống tăng huyết áp

Bảng 3.8. Tỷ lệ CBYT được tập huấn về phòng chống THA và nội dung tập huấn

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã được tập huấn về phòng chống THA (n=144)	Có	70	48,6
	Không	74	51,4
Nội dung tập huấn phòng chống tăng huyết áp (n=70)	Sàng lọc nguy cơ, phát hiện, chẩn đoán tăng huyết áp	58	82,9
	Quản lý, điều trị tăng huyết áp	56	80,0
	Truyền thông, tư vấn giáo dục sức khỏe	53	75,7
	Thống kê báo cáo tăng huyết áp	38	54,3

Có 48,6% CBYT được tập huấn, bồi dưỡng về phòng chống THA, trong đó các nội dung được tập huấn là: Sàng lọc nguy cơ, phát hiện, chẩn đoán tăng huyết áp (82,9%); Quản lý, điều trị tăng huyết áp (80,0%); Truyền thông, tư vấn giáo dục sức khỏe (75,7%) và Thống kê báo cáo tăng huyết áp (54,2%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 144 CBYT đang làm việc tại các TYT trên địa bàn huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, tỷ lệ nữ chiếm 86,1% và nam 13,9%, tuổi trung bình $40,8 \pm 9,0$. Nhóm tuổi 26-34; nhóm 35-44 và nhóm 45-54 có tỷ lệ tương đối bằng nhau, trừ nhóm 55-68 tuổi có tỷ lệ thấp nhất chiếm 7,6%. CBYT đang làm việc tại các TYT có tuổi trung bình là $40,8 \pm 9,0$.

Về kiến thức chung trong phòng chống bệnh THA, CBYT biết bệnh THA là bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,6%; Về các kiến thức khác như: Khởi phát bệnh âm thầm, tiến triển chậm, kéo dài; Nguyên nhân bệnh học phức tạp; Đa yếu tố nguy cơ kết hợp; Gây rối loạn chức năng cơ thể, tàn phế và điều trị lâu dài, thậm chí cả cuộc đời chiếm theo kết quả bảng Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế biết các kiến thức đạt từ 52,1%; 57,6%; 56,9% đến 84,7%, do vậy nhu cầu đào tạo về các kiến thức chung về bệnh THA cũng vẫn cần được quan tâm thực hiện cho cán bộ TYT.

Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về phòng chống THA chiếm 84% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới với $p=0,742$ theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hương. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị

Hương tỷ lệ đạt về xử trí THA còn thấp, 69,2% cán bộ có kiến thức chưa đạt. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về biểu hiện của THA là 56,9%; Kiến thức đúng về dự phòng bệnh THA ở mức dưới 35% (5). Như vậy từ kết quả của các nghiên cứu khác cho thấy nhu cầu đào tạo kiến thức về phòng chống bệnh THA cho cán bộ TYT ở các địa phương khác nhau, có thể cao hay thấp khác nhau, tuy nhiên cần được đào tạo vì vẫn còn tỷ lệ không nhỏ cán bộ TYT chưa đạt kiến thức về phòng chống bệnh THA.

Thực hành sàng lọc để phát hiện người bệnh THA là hoạt động rất quan trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực hiện đo HA cho người ≥ 18 tuổi đến TYT vẫn còn tỷ lệ 8,3% cán bộ TYT thực hiện với số ít đối tượng (dưới 50%) và 2,1% cán bộ không thực hiện. Đo huyết áp cho tất cả đối tượng từ 18 tuổi trở lên đến TYT là việc làm rất cần thiết, để thực hiện để phát hiện THA, vì thế mọi cán bộ y tế cần quan tâm đo huyết áp cho đối tượng từ 18 tuổi trở lên đến TYT, vì đo huyết áp là biện pháp để phát hiện được sớm người bệnh THA. Làm xét nghiệm đường máu cho đối tượng nguy cơ cao các cán bộ TYT thực hiện với số ít đối tượng, còn chiếm tỷ lệ cao 38,2% và 6,3% không thực hiện; thực hiện đánh giá nguy cơ THA bằng bảng kiểm thực hiện với số ít đối tượng chiếm 18,8% số CBYT và thăm hộ gia đình đánh giá nguy cơ THA thực hiện với số ít đối tượng còn cao tới 40,3% số CBYT. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ khảo sát 116 TYT các xã phường trên 63 tỉnh thành năm 2014, có 82,2% các xã thực hiện khám sàng lọc THA; 85% các xã thực hiện tư vấn; 80% TYT xã quản lý, điều trị và duy trì quản lý bệnh THA và trung bình có $1,77 \pm 1,07$ cán bộ được tập huấn về phòng chống THA (7). Như vậy có

thể thấy là các cán bộ TYT rất cần tăng cường thực hiện các hoạt động khám sàng lọc để phát hiện sớm người bệnh THA, như thể mới quản lý được tất cả người bệnh THA sớm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.6) cho thấy thực hành hỏi bệnh trong chẩn đoán THA của cán bộ TYT với tất cả các đối tượng về các câu hỏi liên quan đến THA như hỏi thông tin cá nhân, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, các triệu chứng và hỏi về các yếu tố nguy cơ đều đạt từ 73,6 đến 79,9%, không có cán bộ TYT nào không hỏi bệnh. Trong thực hành của cán bộ y tế về khám, xét nghiệm trong chẩn đoán THA (Bảng 3.8), CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về khám toàn thân và đo huyết áp; bắt mạch, nghe tim và nghe phổi, khám bụng chiếm tỷ lệ lần lượt là 77,1%; 75,7% và 73,6%. Để chẩn đoán THA thì khi khám hỏi bệnh việc hỏi khai thác tiền sử để phát hiện yếu tố nguy cơ, kết hợp với thăm khám toàn thân, đo huyết áp, khám tim phổi... là các hoạt động cần thiết để chẩn đoán THA, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn còn khoảng trên 20% cán bộ TYT chưa thực hiện đầy đủ các hoạt động thăm khám, xét nghiệm với tất cả các đối tượng, đây cũng là một thông tin đáng quan tâm nhắc nhở cán bộ TYT cần thực hiện đầy đủ hoạt động.

Thực hành của CBYT về chẩn đoán trong chẩn đoán THA, 71,5% CBYT thực hiện chẩn đoán THA (có phân độ) sau ít nhất 2 lần đo đúng quy trình với tất cả đối tượng và 75,7% CBYT thực hiện tất cả đối tượng trong phân tầng nguy cơ tim mạch cho người THA, như vậy hoạt động này cũng cần được cải thiện đối với các cán bộ TYT ở huyện Thạch Thất để làm thế nào tất cả các đối tượng được chẩn đoán THA đều có phân độ và phân tầng nguy cơ tim mạch, Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắng và cộng sự năm 2021 về Đánh giá năng lực của đội ngũ nhân lực y tế chỉ ra Việc chẩn đoán bệnh THA của các y bác sỹ tại TYT xã còn có nhiều hạn chế. Mặc dù thực hành chủ yếu dựa trên chỉ số huyết áp, nhưng chỉ có 12% số đối tượng mô tả được đúng các bước đo. Bên cạnh đó, rất ít y bác sỹ có hỏi bệnh và khám lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế, ví dụ như hỏi về các yếu tố nguy cơ gây bệnh, tiền sử gia đình, đo BMI, đo vòng bụng/vòng hông, khám phát hiện cơ quan tổn thương. Việc tư vấn chăm sóc của y bác sỹ với bệnh nhân THA và ĐTĐ mới chỉ tập trung vào hướng dẫn sử dụng thuốc, chưa chú ý đến giúp thay đổi lối sống của bệnh nhân. Kết quả cho thấy không có sự tương đồng về những gì y bác sỹ biết và thực tế họ làm, khi mà đánh giá kiến thức cho thấy có trên 80% số đối tượng trả lời

đúng các câu hỏi về yếu tố nguy cơ gây bệnh và các nội dung cần tư vấn điều chỉnh lối sống cho bệnh nhân (8).

Kết quả nghiên cứu đã được cập nhật kiến thức, kỹ năng về quản lý bệnh tăng huyết áp chưa cao, Chỉ có 48,6% CBYT được tập huấn, bồi dưỡng về phòng chống THA. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thu được cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hương thực hiện với 195 cán bộ TYT của tỉnh Hòa Bình đã chỉ ra, chỉ có 25,6% cán bộ y tế được đào tạo tập huấn về xử trí THA (5). Kết quả khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với của tác giả Trần Thị Hương có thể do nghiên cứu của chúng tôi mới thực hiện, còn nghiên cứu của Trần Thị Hương đã thực hiện 6 năm trước đây nên cán bộ TYT ở Hoà Bình ít được tham gia đào tạo, cũng có thể vào thời gian nghiên cứu ở tỉnh Hoà Bình chưa mở được nhiều lớp đào tạo cập nhật cho cán bộ TYT.

Các nội dung mà cán bộ TYT được tập huấn là: Sàng lọc nguy cơ, phát hiện, chẩn đoán tăng huyết áp (82,9%); Quản lý, điều trị tăng huyết áp (80,0%); Truyền thông, tư vấn giáo dục sức khỏe (75,7%) và Thống kê báo cáo tăng huyết áp (54,2%). Đây là các nội dung rất cần thiết về quản lý THA. So sánh với nghiên cứu của Đoàn Minh Cương tại Lâm Đồng giai đoạn 2012-2014 chỉ ra rằng có tới 43,5% cán bộ TYT đo huyết áp chưa đúng. Cán bộ thực hiện công tác phòng chống THA còn hạn chế về chuyên môn, rất cần được đào tạo để nâng cao kiến thức, cải thiện kỹ năng để thực hiện quản lý bệnh đáp ứng yêu cầu. Công tác đào tạo vẫn chưa được chú trọng. Hàng năm cử cán bộ đi tập huấn nhưng nội dung còn chung chung, không chuyên sâu (6).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 144 cán bộ TYT huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội cho thấy:

1. Về kiến thức: Kiến thức quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ trạm y tế xã chưa đầy đủ như mong đợi. Số cán bộ TYT được tập huấn, bồi dưỡng về phòng chống THA chưa cao, mới đạt 48,6%. 84% CBYT có kiến thức đúng về phòng chống THA; 89,6% CBYT biết THA là bệnh không lây nhiễm; khởi phát âm thầm, tiến triển chậm, kéo dài.

2. Về thực hành: 38,2% CBYT thực hiện với số ít đối tượng làm xét nghiệm đường máu cho đối tượng nguy cơ cao; 18,8% CBYT thực hiện với số ít thăm hộ gia đình đánh giá nguy cơ THA. Trên 73% CBYT thực



hiện với tất cả đối tượng hỏi bệnh trong chẩn đoán THA; Trên 73% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về khám, xét nghiệm trong chẩn đoán THA; Trên 71% CBYT thực hiện với tất cả đối tượng về chẩn đoán trong chẩn đoán THA.

3. Nâng cao kiến thức và thực hành về quản lý bệnh tăng huyết áp cho cán bộ TYT của huyện Thạch thất, thành phố Hà Nội là vấn đề mà Trung tâm y tế huyện Thạch Thất cần quan tâm thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Arima H, Barzi F, Chalmers J, Mortality patterns in hypertension. *Journal of hypertension*. 2011;29:S3-S7.
- [2] Nguyễn Lâm Việt, Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II/ ngày 14 – 15/5/2016/ suckhoedoisong.vn/thoi-su/ngay-14/5/20162016.
- [3] Ministry of health general department of preventive medicine, National survey on the risk factors of non-communicable diseases (steps) viet nam, 2015. 2016.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention. What is blood pressure?. Available from: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/about.htm>.
- [5] Trần Thị Hương, Kiến thức, thực hành về xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017 và một số yếu tố liên quan 2017.
- [6] Bộ Y tế, Chiến lược phòng chống tăng huyết áp quốc gia giai đoạn 2015-2025. 2015.
- [7] Nguyễn Thị Thi Thơ, Lưu Phương Dung, Tạ Ngọc Hà và cộng sự, Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*, 2015; Tập XXV, số 12(172-173).
- [8] Nguyễn Thị Thắng, Nguyễn Hoàng Giang, Nguyễn Thị Dung và cộng sự, Đánh giá năng lực của đội ngũ nhân lực y tế xã và các điều kiện cần thiết để quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế xã, Viện Chiến lược và chính sách y tế, 2021.

DISEASE PATTERNS OF INPATIENTS AND MEDICAL EXAMINATION ACTIVITIES AT BA VI DISTRICT GENERAL HOSPITAL, HANOI PERIOD 2017-2021

Nguyen Thanh Son^{1*}, Chu Van Thang², Dang Duc Hoan³, Nguyen Dinh Hung⁴,
Chu Van Thanh⁴

¹Ba Vi medical Center - Tay Dang, Ba Vi, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Viet Nam

³Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

⁴Hanoi Department of Health - No 04 Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Generally, the development of national programs on disease prevention and control is essential, especially when investment in health has not yet met the requirements of general development as well as the growing needs of health care in public. Therefore, the study of disease patterns helps the health sector focus on investing in common diseases and diseases with high mortality rates, helping the health sector to use resources effectively.

Objective: To describe disease patterns of inpatients at Ba Vi district general hospital, Hanoi in the period 2017-2021 and the results of medical examination and treatment activities at the above location in the period 2017-2021.

Methods: A cross-sectional descriptive study, using retrospective data.

Result: In the period of 2017-2021, the 5 most common disease chapters at Ba Vi district general hospital include: The respiratory chapter, pregnancy chapter, childbirth and postpartum chapter, digestive chapter, accident-injury-infection chapter. toxicity and clinical and laboratory symptoms not elsewhere classified. Infectious diseases tend to decrease, non-communicable diseases and accidents-injury-poisoning increase. Vaginal delivery and pneumonia are 2 of the 10 most common diseases. Bed occupancy tends to decrease. Both inpatient and outpatient referral rates decreased.

Keywords: Disease patterns; ICD1; inpatient.

*Corresponding author

Email address: drsonbavi@gmail.com

Phone number: (+84) 986 357 311



MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BA VÌ, HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2017-2021

Nguyễn Thanh Sơn^{1*}, Chu Văn Thăng², Đặng Đức Hoàn³, Nguyễn Đình Hưng⁴,
Chu Văn Thanh⁴

¹Trung tâm Y tế Ba Vì - Thị trấn Tây Đằng, Ba Vì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

⁴Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Việc xây dựng các chương trình quốc gia về dự phòng và kiểm soát bệnh tật là rất cần thiết, đặc biệt khi đầu tư cho y tế vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu của sự phát triển chung cũng như đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng của nhân dân. Vì vậy, việc nghiên cứu mô hình bệnh tật giúp ngành y tế đầu tư có trọng điểm vào các bệnh hay mắc, các bệnh có tỷ lệ tử vong cao, giúp ngành Y tế sử dụng hiệu quả các nguồn lực.

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh tật của người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì, Hà Nội giai đoạn 2017-2021. Mô tả kết quả hoạt động khám chữa bệnh tại địa điểm trên giai đoạn 2017-2021.

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của Người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì trong năm 2017-2021 (từ 01/1/2017 đến 31/12/2021). Sổ sách, báo cáo thống kê về hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện trong thời gian từ 01/01/2017 đến 31/12/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu hồi cứu.

Kết quả: Trong giai đoạn 2017-2021, 5 chương bệnh mắc cao nhất tại bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì bao gồm: chương hô hấp, chương chữa, đẻ và sau đẻ, chương tiêu hoá, chương tai nạn- chấn thương- ngộ độc và các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác. Bệnh truyền nhiễm có xu hướng giảm, bệnh không lây nhiễm và tai nạn- chấn thương- ngộ độc tăng. Đẻ thường và viêm phổi là 2 trong 10 bệnh mắc cao nhất. Công suất sử dụng giường bệnh có xu hướng giảm. Tỷ lệ chuyển viện nội trú và ngoại trú đều giảm.

Từ khoá: Mô hình bệnh tật; ICD 10, bệnh nhân nội trú.

*Tác giả liên hệ

Email: drsonbavi@gmail.com

Điện thoại: (+84) 986 357 311

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xây dựng các chương trình quốc gia về dự phòng và kiểm soát bệnh tật nói chung là rất cần thiết, đặc biệt khi đầu tư cho y tế vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu của sự phát triển chung cũng như đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng của nhân dân. Vì vậy việc nghiên cứu mô hình bệnh tật giúp ngành y tế đầu tư có trọng điểm vào các bệnh hay mắc, các bệnh có tỷ lệ tử vong cao, giúp ngành Y tế sử dụng hiệu quả các nguồn lực. Có nhiều phương pháp để nghiên cứu mô hình bệnh tật, trong đó phương pháp dựa vào thống kê những trường hợp bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại bệnh viện là một phương pháp có giá trị. Dựa trên các báo cáo thống kê theo ICD-10 giúp phân tích phân bố dịch tễ của bệnh thường gặp để điều chỉnh các hoạt động cung ứng dịch vụ y tế và đầu tư y tế có trọng điểm.

Bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì là bệnh viện hạng II tuyến huyện, tiếp nhận điều trị nội, ngoại trú với các kỹ thuật cơ bản, giải quyết các bệnh tật thông thường và cả chuyên khoa, chịu trách nhiệm khám và điều trị cho nhân dân trong huyện và một số vùng lân cận. Hiện nay vẫn chưa có công trình nghiên cứu về mô hình bệnh tật trên địa bàn huyện. Vì vậy, học viên tiến hành đề tài: **“Mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì, Hà Nội giai đoạn 2017-2021.”** Với mục tiêu:

1. *Mô tả mô hình bệnh tật của người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì, Hà Nội giai đoạn 2017-2021”.*

2. *Mô tả kết quả hoạt động khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan tại địa điểm trên giai đoạn 2017-2021.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án của Người bệnh nhập viện điều trị nội trú có lưu trữ tại phần mềm của bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì trong năm 2017-2021 (từ 01/1/2017 đến 31/12/2021).

- Sổ sách, báo cáo thống kê về hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện trong thời gian từ 01/01/2017 đến

đến 31/12/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị nội trú, được lập tại bệnh viện từ 01/01/2017 đến 31/12/2021.

- Hồ sơ bệnh án phải có đầy đủ các thông tin sau: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, thời gian nhập viện, chẩn đoán, mã bệnh theo ICD-10, được lưu trữ trên hệ thống quản lý phần mềm của bệnh viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án nhập viện ngoài thời gian nghiên cứu;
- Hồ sơ bệnh án không đủ các thông tin theo yêu cầu chọn mẫu, không được lưu trữ thông tin trên phần mềm của bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu hồi cứu kết hợp giữa định lượng và định tính phỏng vấn sâu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Mục tiêu 1: thu thập số liệu dựa trên hệ thống phần mềm của bệnh viện, kết xuất dữ liệu thành các files excel. Các trường dữ liệu còn thiếu sẽ bổ sung thông qua tra cứu hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ.

- Mục tiêu 2: khai thác số liệu sẵn có dựa vào các tài liệu, sổ theo dõi, các báo cáo tổng kết từ 01/01/2017 đến 31/12/2021 tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng tổ chức – hành chính và các khoa, phòng khác của bệnh viện. Để thực hiện phương pháp này, bộ công cụ được xây dựng bằng các bảng biểu.

- Bộ công cụ, biểu mẫu được thử nghiệm, sau đó chỉnh sửa và hoàn thiện trước khi tiến hành thu thập số liệu.

- Điều tra viên thu thập số liệu chính là học viên trực tiếp thực hiện thu thập số liệu trong quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu.

- Thực hiện phỏng vấn sâu với cán bộ lãnh đạo quản lý: Ban giám đốc, trưởng một số khoa, phòng, người bệnh về một số nội dung liên quan đến hoạt động khám chữa bệnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại BVĐK tỉnh Huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021



Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh từ 2017 - 2021 của 21 chương bệnh theo ICD-10

Chương	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019		Năm 2020		Năm 2021		Tổng 5 năm	
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
I	2861	15,0	1534	7,3	553	2,6	352	2,0	444	3,1	5744	6,1
II	317	1,6	298	1,4	334	1,6	247	1,4	266	1,8	1462	1,5
III	86	0,4	99	0,5	96	0,5	112	0,6	383	2,7	776	0,8
IV	112	0,6	219	1,0	22	0,1	85	0,5	79	0,6	517	0,6
V	112	0,6	82	0,4	85	0,4	67	0,4	93	0,7	439	0,5
VI	333	1,8	621	2,9	275	1,3	244	1,4	420	2,9	1893	2,0
VII	566	3,0	484	2,3	321	1,5	292	1,6	267	1,9	1930	2,1
VIII	532	2,8	735	3,5	816	3,9	679	3,8	188	1,3	2950	3,2
IX	856	4,5	972	4,6	812	3,8	743	4,1	524	3,7	3907	4,2
X	4727	24,8	4909	23,3	5176	24,5	3969	22,1	2561	17,9	21342	22,8
XI	1729	9,1	2766	13,1	2626	12,4	2869	16,0	2448	17,2	12438	13,3
XII	279	1,5	451	2,1	475	2,2	362	2,0	212	1,5	1779	1,9
XIII	564	3,0	845	4,0	710	3,4	603	3,4	534	3,7	3256	3,5
XIV	399	2,1	484	2,3	453	2,1	362	2,0	389	2,7	2087	2,2
XV	3327	17,5	3568	16,9	3831	18,1	2999	16,7	2477	17,4	16202	17,3
XVI	225	1,2	202	1,0	184	0,9	175	1,0	296	2,1	1082	1,2
XVII	52	0,3	21	0,1	14	0,1	16	0,1	46	0,3	149	0,2
XVIII	627	3,3	854	4,0	2320	11,0	1551	8,6	547	3,8	5899	6,3
XIX	914	4,7	1307	6,2	1364	6,4	1192	6,6	1244	8,7	6021	6,4
XX	296	1,6	121	0,6	55	0,3	68	0,4	87	0,6	627	0,7
XXI	139	0,6	535	2,5	627	2,9	958	5,3	771	5,4	3030	3,2
Tổng	19053	100,0	21107	100,0	21149	100,0	17945	100,0	14276	100,0	93530	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ mắc 21 chương bệnh theo ICD - 10 được ghi nhận tại BV huyện Ba Vì thì chương bệnh về hô hấp (chương X) có tỷ lệ mắc cao nhất là 22,8 %, sau đó đến chửa, đẻ và sau đẻ (chương XV) có tỷ lệ mắc thứ hai chiếm 17,3 %; đứng thứ ba là chương bệnh thuộc tiêu hóa (chương XI) là 13,3 %; thứ tư là chương bệnh tai nạn - chấn thương – ngộ độc chiếm

6,4 % (chương XIX); xếp thứ 5 là chương bệnh XVIII chiếm 6,3 %. Các chương bệnh có tỷ lệ mắc ít nhất là chương XVII: dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể, sau đó là chương nội tiết chuyên hóa (chương IV) và chương bệnh rối loạn tâm thần và hành vi (chương V).

Bảng 3.2. Mô hình bệnh tật phân theo nhóm tuổi năm 2017 - 2021 của 21 chương bệnh theo ICD-10 tại BVĐK huyện Ba Vì

Chương	Nhóm trẻ em < 15 tuổi						Nhóm người lớn ≥15 tuổi					
	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019	Năm 2020	Năm 2021	Tổng 5 năm	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019	Năm 2020	Năm 2021	Tổng 5 năm
I	1834	987	240	131	178	3370	1027	547	313	221	266	2374
II	55	35	33	25	37	185	262	263	301	222	229	1277
III	22	10	6	6	4	48	64	89	90	106	379	728
IV	15	12	5	27	6	65	97	207	17	58	73	452
V	22	4	2	2	5	35	90	78	83	65	88	404
VI	92	36	15	16	32	191	241	585	260	228	388	1702
VII	172	148	62	38	23	443	394	336	259	254	244	1487
VIII	186	61	77	116	54	494	346	674	739	563	134	2456
IX	161	8	3	15	8	195	695	964	809	728	516	3712
X	2679	3203	3589	2495	1306	13272	2048	1706	1587	1474	1255	8070
XI	844	1187	1050	1131	831	5043	885	1579	1576	1738	1617	7395
XII	140	235	200	199	93	867	139	216	275	163	119	912
XIII	81	85	35	42	36	279	483	760	675	561	498	2977
XIV	138	54	75	73	71	411	261	430	378	289	318	1676
XV	5	2	2	3	2	14	3322	3566	3829	2996	2475	16188
XVI	194	199	141	129	278	941	31	3	43	46	18	141
XVII	8	13	10	7	24	62	44	8	4	9	22	87
XVIII	268	544	1473	808	250	3343	359	310	847	743	297	2556
XIX	313	230	322	242	221	1328	601	1077	1042	950	1023	4693
XX	14	38	14	10	17	93	282	83	41	58	70	534
XXI	0	17	45	10	11	83	139	518	582	948	760	2947
Tổng	7243	7108	7399	5525	3487	30762	11810	13999	13750	12420	10789	62768

Nhận xét: Trẻ em có sự khác biệt với người lớn.

- Trẻ em tỷ lệ mắc cao nhất là chương các bệnh về hô hấp (chương X) với 43,1 % tổng số ca bệnh.

- Người lớn có tỷ lệ mắc cao nhất thuộc chương bệnh chương XV với 25.8 %.



Bảng 3.3. Mô hình bệnh tật phân theo 3 nhóm bệnh giai đoạn 2017 - 2021

Nhóm bệnh	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019		Năm 2020		Năm 2021		Tổng 5 năm	
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Lây nhiễm	7118	71,5	6095	65,1	5340	62,6	3975	58,2	2744	50,5	25272	63,0
Không lây nhiễm	1630	16,4	1834	19,6	1767	20,7	1596	23,4	1354	24,9	8181	20,4
Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	1210	12,1	1428	15,3	1419	16,7	1260	18,4	1331	24,6	6648	16,6
Tổng	9958	100	9357	100	8526	100	6831	100	5429	100	40101	100

Nhận xét: Bệnh lây nhiễm vẫn chiếm tỷ lệ cao 63,0%, bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ 20,4% và tỷ lệ tai nạn, ngộ độc, chấn thương chiếm 16,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ của 5 chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất của bệnh nhân nội trú nói chung tại BVĐK huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021

Chương bệnh	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019		Năm 2020		Năm 2021		Tổng 5 năm	
	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
X	4727	41,7	4909	36,6	5176	33,8	3969	31,6	2561	27,6	21342	34,5
XV	3327	29,4	3568	26,6	3831	25,0	2999	23,8	2477	26,7	16202	26,2
XI	1729	15,3	2766	20,6	2626	17,1	2869	22,8	2448	26,4	12438	20,1
XVIII	627	5,5	854	6,4	2320	15,2	1551	12,3	547	5,9	5899	9,5
XIX	914	8,1	1307	9,8	1364	8,9	1192	9,5	1244	13,4	6021	9,7
Tổng	11324	100	13404	100	15317	100	12580	100	9277	100	61902	100

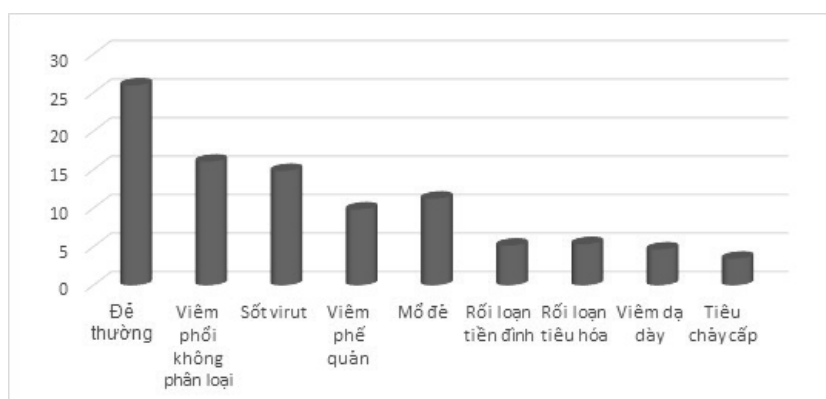
Nhận xét: 5 chương bệnh có số mắc cao nhất trong 5 năm thì chương X (bệnh hệ hô hấp) có số mắc cao nhất chiếm 34,5%, Chương XV và chương XI có số mắc gần bằng nhau lần lượt là 26,2% và 20,1%, chương XVIII và chương XIX mắc ít hơn và cũng gần tương đương nhau với 9,5% và 9,7%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ của 5 chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất của bệnh nhân nội trú là ở nhóm trẻ em <15 tuổi tại BVĐK huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021

Chương bệnh	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019		Năm 2020		Năm 2021		Tổng 5 năm	
	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
X	2679	45.1	3203	52.1	3589	53.8	2495	51.9	1306	46.9	13272	50.4
XI	844	14.2	1187	19.3	1050	15.7	1131	23.5	831	29.8	5043	19.1
I	1834	30.9	987	16.0	240	3.6	131	2.7	178	6.4	3370	12.8
XVIII	268	4.5	544	8.8	1473	22.1	808	16.8	250	9.0	3343	12.7
XIX	313	5.3	230	3.7	322	4.8	242	5.0	221	7.9	1328	5.0
Tổng	5938	100.0	6151	100.0	6674	100.0	4807	100.0	2786	100.0	26356	100

Nhận xét: 5 chương bệnh có số mắc cao nhất trong 5 năm ở nhóm < 15 tuổi thì chương X (bệnh hệ hô hấp) có số mắc cao nhất chiếm 50,4%, chương XI có số mắc là 19,1%, chương bệnh nhiễm trùng và KST (chương I) và chương XVIII tỷ lệ mắc gần tương tự nhau lần lượt là 112,8% và 12,7%.

Biểu đồ 3.1. 10 bệnh có số mắc cao nhất giai đoạn 2017 - 2021



Nhận xét: Trong 10 bệnh có số mắc cao nhất thì đẻ thường chiếm 25,9%, viêm phổi không phân loại 16,0%, sốt virus chiếm 14,8%, mổ đẻ chiếm 11,2%, các bệnh khác chiếm tỷ trọng thấp và tương đối bằng nhau.

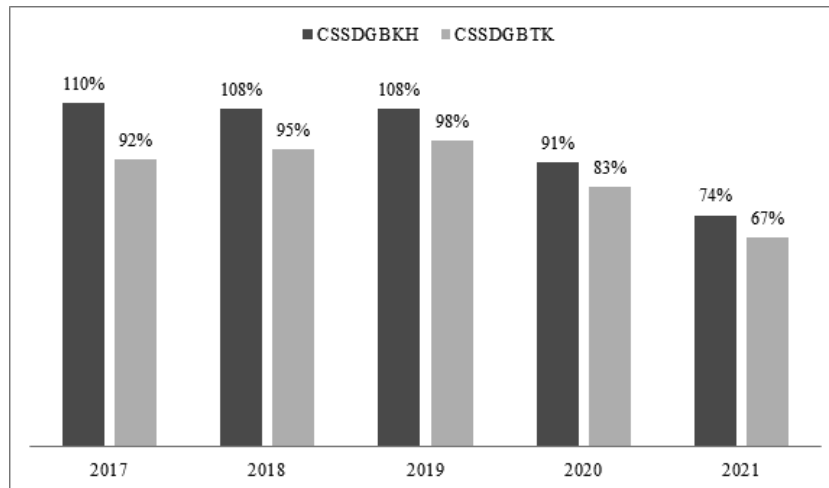
Bảng 3.6. 10 bệnh có số mắc cao nhất nhóm trẻ <15 tuổi giai đoạn 2017-2021

10 bệnh có số mắc cao nhất nhóm trẻ <15 tuổi giai đoạn 2017-2021	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019		Năm 2020		Năm 2021		Tổng 5 năm	
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Sốt virus	766	21,2	1321	27,6	1232	26,4	779	21,1	261	12,3	4359	23,1
Viêm phổi không phân loại	658	18,3	1482	31,0	1522	32,6	924	25,1	242	11,4	4828	25,6
Viêm phế quản	1219	33,9	648	13,5	461	9,9	567	15,4	602	28,3	3497	18,5
Rối loạn tiêu hóa	341	9,5	243	5,1	372	8,0	542	14,7	318	15,0	1816	9,6
Các bệnh về Amydan	198	5,5	351	7,3	176	3,8	143	3,9	48	2,3	916	4,9
Tiêu chảy cấp	103	2,9	161	3,4	260	5,6	217	5,9	242	11,4	983	5,2
Viêm mũi họng cấp	97	2,7	227	4,7	322	6,9	72	2,0	68	3,2	786	4,2
Mày đay dị ứng	85	2,4	194	4,1	138	2,9	112	3,0	52	2,4	581	3,1
Vàng da sơ sinh	106	2,9	91	1,9	124	2,7	267	7,2	259	12,2	847	4,5
Viêm thanh quản	25	0,7	64	1,3	58	1,2	63	1,7	32	1,5	242	1,3
Tổng	3598	100	4782	100,00	4665	100,00	3686	100,00	2124	100,00	18855	100,00

Nhận xét: 10 bệnh có số mắc cao nhất ở trẻ < 15 tuổi bao gồm bệnh viêm phổi không phân loại, sốt virus, viêm phế quản có số mắc cao nhất lần lượt chiếm 25,6%, 23,1% và 18,5%.

3.2. Hoạt động khám chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng

Biểu đồ 3.2. CSSDGBKH và CSSDGBTK của BVĐK huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021



Nhận xét: Công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch các năm 2017, 2018, 2019 vượt kế hoạch nhưng năm 2021 giảm chỉ còn 74%. Công suất sử dụng giường thực kê cả 5 năm đều không đạt, năm 2021 tỷ lệ thấp nhất với 67%.

Bảng 3.7. Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân nội trú tại BVĐK huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021

Năm	TS ngày ĐT của BN nội trú	TS BN ĐT nội trú	Ngày ĐTTB của BN NT
2017	113230	19053	5,9
2018	118769	21107	5,6
2019	122976	21149	5,8
2020	102663	17945	5,7
2021	83519	14276	5,9

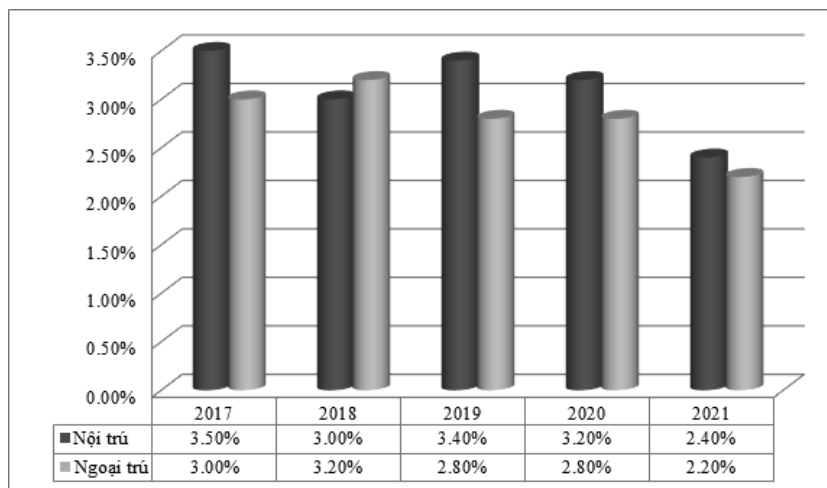
Nhận xét: Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân nội trú qua các năm gần như không thay đổi và xấp xỉ = 6 ngày

Bảng 3.8. Số lượt điều trị nội trú/1.000 người/năm (năm 2017 - 2021)

Năm	Dân số TB/năm (người)	Tổng số lượt điều trị nội trú	Số lượt điều trị nội trú /1.000 người/ năm (lượt)
2017	280801	19053	67,9
2018	284092	21107	74,3
2019	289648	21149	73,0
2020	297501	17945	60,3
2021	302940	14276	47,1

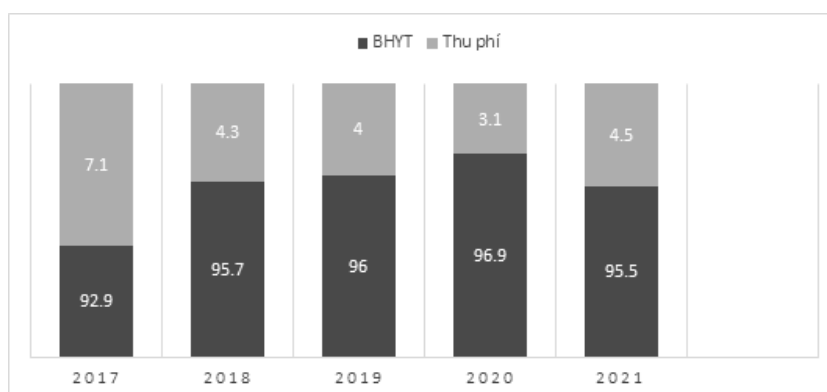
Nhận xét: Số lượt điều trị nội trú/1.000 người/năm của năm 2018 cao nhất với 74,3%, thấp nhất là năm 2021 với 47,1%.

Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ chuyển tuyến của BVĐK huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện ngoại trú giảm dần theo các năm; chuyển viện nội trú cao nhất năm 2017: 3,5% và thấp nhất là năm 2021: 2,4%.

Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân khám bệnh theo hình thức chi trả



Nhận xét: Bệnh nhân điều trị nội trú chi trả theo bảo hiểm y tế chiếm đa số, năm 2020 có tỷ lệ chi trả theo bảo hiểm cao nhất chiếm 96,9%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mô hình bệnh tật điều trị nội trú tại Bệnh viện đa huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021

Tỷ lệ mắc bệnh theo 21 chương bệnh của ICD - 10 được ghi nhận tại BV huyện Ba Vì thì chương bệnh về hô hấp (chương X) có tỷ lệ mắc cao nhất là 22,8%, sau đó đến chữa, đẻ và sau đẻ (chương XV) có tỷ lệ mắc thứ hai chiếm 17,3%; đứng thứ ba là chương bệnh thuộc tiêu hóa (chương XI) là 13,3%; thứ tư là chương bệnh tai nạn - chấn thương - ngộ độc (chương XIX) chiếm 6,4%;

xếp thứ 5 là chương bệnh XVIII chiếm 6,3%. Trong đó tỷ lệ mắc bệnh chương XV không thay đổi trong các năm, tỷ lệ bệnh hô hấp (chương X) có xu hướng giảm và các bệnh tiêu hoá, tai nạn - chấn thương - ngộ độc có xu hướng tăng. Các chương bệnh có tỷ lệ mắc ít nhất là chương XVII: dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể, sau đó là chương bệnh rối loạn tâm thần và hành vi (chương V) và chương nội tiết chuyển hóa (chương IV). Điều này tương đồng với nghiên cứu nghiên cứu của Đỗ Thị Lượng cho thấy bệnh hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất [1]. Số trẻ em mắc có khác biệt với người lớn. Trẻ em tỷ lệ mắc cao nhất là chương các bệnh về hô hấp (chương X) với 43,1% tổng số ca bệnh. Người lớn có tỷ lệ mắc cao nhất thuộc chương bệnh chương XV với 25,8%. Tỷ lệ bệnh lây nhiễm cao hơn so với không lây nhiễm tuy nhiên bệnh không lây nhiễm tăng theo từng năm từ chiếm tỷ trọng 16,4% năm 2017 lên 24,9% năm 2021. 5

chương bệnh có số mắc cao nhất trong 5 năm thì chương X (bệnh hệ hô hấp) có số mắc cao nhất chiếm 34,5%, tiếp theo là chương XV và chương XI có số mắc lần lượt là 26,2% và 20,1%, chương XVIII và chương XIX mắc ít hơn và cũng gần tương đương nhau với 9,5% và 9,7%. 5 chương bệnh có số mắc cao nhất trong 5 năm ở nhóm <15 tuổi thì chương X (bệnh hệ hô hấp) có số mắc cao nhất chiếm 50,4%, chương XI có số mắc là 19,1%, chương I và chương XVIII có tỷ lệ mắc gần bằng nhau lần lượt là 12,8% và 12,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Tố Uyên tại Hòa Bình năm 2014 thì chương bệnh chữa đê và sau đê lại chiếm tỷ lệ cao nhất [5]. Nghiên cứu của Phạm Minh Tuấn với kết quả cho thấy chương bệnh của hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 26,8%, sau đó là chương bệnh chữa, đê sau đê với 17,1% [2]; nghiên cứu tại Thái Bình và Vũng Tàu đều có tỷ lệ người mắc bệnh hệ hô hấp chiếm số lượng cao nhất lần lượt là 19,5 % và 18,9% [3] [4].

Trong 10 bệnh có số mắc cao nhất thì đê thường chiếm 25,9%, viêm phổi không phân loại 16,0%, sốt virus chiếm 14,8%, mô đê chiếm 11,2%, các bệnh khác chiếm tỷ trọng thấp và tương đối bằng nhau. 10 bệnh có số mắc cao nhất ở trẻ < 15 tuổi bao gồm bệnh viêm phổi không phân loại, sốt virus, viêm phế quản có số mắc cao nhất lần lượt chiếm 25,6%, 23,1% và 18,5%.

4.2. Hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện đa huyện Ba Vì giai đoạn 2017 - 2021

Bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện chủ yếu là các bệnh nhân khám bệnh theo hình thức chi trả là bảo hiểm y tế và tăng dần theo các năm, trong đó năm 2017 là thấp nhất với 92,9%, năm 2020 có tỷ lệ chi trả theo bảo hiểm cao nhất chiếm 96,9.

Công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch các năm 2017, 2018, 2019 vượt kế hoạch nhưng năm 2021 giảm chỉ còn 74%. Công suất sử dụng giường thực kê cả 5 năm đều không đạt, năm 2021 tỷ lệ thấp nhất với 67%. Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân nội trú qua các năm gần như không thay đổi và xấp xỉ =6 ngày. Số lượt điều trị nội trú/1.000 người/năm của năm 2018 cao nhất với 74,3 lượt/10000 dân, thấp nhất là năm 2021 với 47,1 lượt/10000 dân. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện ngoại trú cao và nội trú đều giảm dần theo các năm. Chuyển viện nội trú giảm từ 3,5% năm 2017 xuống còn 2,4% năm 2021, ngoại trú giảm từ 3,0% xuống 2,2%.

5. KẾT LUẬN

5 chương bệnh có tỷ lệ cao nhất là: chương bệnh về hô hấp (chương X); chữa, đê và sau đê (chương XV), chương bệnh thuộc tiêu hóa (chương XI); chương bệnh tai nạn - chấn thương - ngộ độc (chương XIX); chương bệnh XVIII, trong đó chương (chương X) chiếm tỷ lệ 22,8%. Các bệnh không lây nhiễm đang ngày càng tăng cao từ 16,4% năm 2017 lên 24,9% năm 2021. 10 bệnh có số mắc cao nhất: đê thường chiếm 25,9 %, viêm phổi không phân loại 16,0%. Công suất sử dụng giường bệnh giảm dần, thấp nhất là năm 2021 với 67%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện ngoại trú và nội trú đều giảm dần theo các năm.

KIẾN NGHỊ

-Tuyên y tế cơ sở cần ưu tiên khám và quản lý, điều trị các bệnh không lây nhiễm. Bệnh viện cần ưu tiên các bệnh lý về hô hấp, sản khoa, nhiễm khuẩn và ký sinh vật, nhi khoa.

-Tiếp tục nghiên cứu mô hình bệnh tật điều trị nội trú, ngoại trú tại bệnh viện trong thời gian dài để có mô hình bệnh tật đầy đủ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Thị Lương, Nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2015-2019, Luận văn Chuyên khoa II, 2021.
- [2] Phạm Minh Tuấn, Cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân nội trú và thực trạng nguồn nhân lực của Bệnh viện đa khoa huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2019, Luận văn Chuyên khoa II, 2021.
- [3] Nguyễn Thị Thu Dung và cộng sự, Mô hình bệnh tật của người dân tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 2015-2018, Tạp chí nghiên cứu y học, 123 (7), tr 181-191, 2019.
- [4] Đàm Quang Tùng, Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Lê Lợi, Thành phố Vũng Tàu từ năm 2017-2021, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, Số 54/2022, tr 118-124, 2022.
- [5] Phạm Thị Tố Uyên, Thực trạng nhân lực y tế và hoạt động khám chữa bệnh một số bệnh viện huyện thuộc tỉnh Hòa Bình năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.

IMPACT OF COVID-19 ON THE PSYCHOLOGY OF HEALTHCARE WORKERS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL AND THANH NHAN HOSPITAL

Hoang The Hung^{1*}, Le Minh Giang², Dang Quang Tan², Nguyen Thi Thuy Linh²,
Le Thi Quynh Trang³

¹Hanoi Department of Health - No 04 Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Viet Nam
²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam
³E Hospital - No87 Tran Cung, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023
Revised 13/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the impact of COVID-19 on the psychology of healthcare workers at Duc Giang General Hospital and Thanh Nhan Hospital.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted from April 2022 to April 2023

Results: The majority of the study subjects were between the ages of 31 and 40, with women accounting for 64.2% of the participants. Most of the study subjects were married (67.9%). 53.7% of the study subjects had college education, nursing accounted for the highest percentage with 76.5%; followed by doctors with 20.4% and 3.1% as technicians. The working experience of research subjects is mainly from 5-10 years (43.8%) and more than 10 years (41.4%). Regarding the impact of the COVID-19 epidemic on the psychology of medical staff after participating in COVID-19 prevention and control activities, the majority (80.9%) of health workers have normal mental health. 62.4% of health workers plan to quit their jobs after participating in epidemic prevention and control

Conclusion: Hospitals must raise the pay for medical staff, assign tasks to them with a suitable level of intensity, and have a system in place to entice talent with competitive pay.

Keywords: Impact, psychology, healthcare workers, COVID-19.

*Corresponding author
Email address: hoangthehungdt@gmail.com
Phone number: (+84) 968 303 663



TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH COVID-19 ĐẾN TÂM LÝ CÁN BỘ Y TẾ Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG VÀ BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Hoàng Thế Hùng^{1*}, Lê Minh Giang², Đặng Quang Tân², Nguyễn Thị Thùy Linh², Lê Thị Quỳnh Trang³

¹Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện E - 87 Trần Cung, cầu Giấy Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý cán bộ y tế sau khi tham gia hoạt động phòng chống dịch COVID-19 ở Bệnh viện đa khoa Đức Giang và Bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang và Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 04/2022 đến tháng 04/2023.

Kết quả nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn các đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 31 đến 40 tuổi; trong đó nữ giới chiếm đa số với 64,2%. Đa phần các đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (67,9%). Có 53,7% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao đẳng, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5%; tiếp theo là bác sĩ với 20,4% và 3,1% là kỹ thuật viên. Kinh nghiệm công tác của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5-10 năm (43,8%) và trên 10 năm (41,4%). Về tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý cán bộ y tế sau khi tham gia hoạt động phòng chống dịch COVID-19, phần lớn (80,9%) cán bộ y tế đều có sức khỏe tâm thần bình thường. Có 62,4% cán bộ y tế có dự định nghỉ việc sau khi tham gia phòng chống dịch.

Kết luận: Bệnh viện cần tăng mức thu nhập cho cán bộ y tế, phân bổ công việc cho cán bộ y tế với cường độ hợp lý và cần có chế độ thu hút nhân tài và đãi ngộ tốt.

Từ khóa: Tác động, tâm lý, cán bộ y tế, COVID-19.

*Tác giả liên hệ

Email: hoangthehungdt@gmail.com

Điện thoại: (+84) 968 303 663

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là bệnh lý truyền nhiễm đường hô hấp gây ra bởi virus SARS-CoV-2, xuất hiện đầu tiên tại thành phố Vũ Hán - Trung Quốc vào tháng 12 năm 2019¹ và được WHO công nhận là đại dịch ngày 11/03/2020.² Tính đến 23/09/2021, đại dịch COVID-19 đã lan trên 220 quốc gia và vùng lãnh thổ với hơn 229 triệu người nhiễm và hơn 4,7 triệu người tử vong.³ Tại Việt Nam, ca bệnh COVID-19 đầu tiên được ghi nhận vào ngày 23/1/2020.⁴ Việt Nam được ghi nhận là một trong những nước phòng chống dịch COVID-19 hiệu quả trên thế giới, với tổng số ca nhiễm kể từ đầu đến cuối tháng 4 năm 2021 là hơn 2800, 35 trường hợp tử vong.^{5,6} Đại dịch COVID-19 đã gây ảnh hưởng đến mọi lĩnh vực trong đời sống, trong đó y tế với vai trò là tuyến đầu chống dịch nên chịu ảnh hưởng trực tiếp và nặng nề. Đã có nhiều báo cáo về ảnh hưởng của COVID-19 đến sức khỏe của nhân viên y tế cả về sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần, nguyên nhân đến từ sự lây nhiễm trực tiếp từ người bệnh, thời gian làm việc quá tải, thiếu các phương tiện phòng hộ cá nhân.⁷ Từ thực tiễn tình hình phòng chống dịch COVID-19 ở Việt Nam thời gian qua, chúng tôi thực hiện bài báo này với mục tiêu:

Mô tả tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý cán bộ y tế sau khi tham gia hoạt động phòng chống dịch COVID-19 ở Bệnh viện đa khoa Đức Giang và Bệnh viện Thanh Nhàn.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 2 bệnh viện:

- Bệnh viện Thanh Nhàn
- Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ y tế tham gia phòng chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 04 năm 2022 đến tháng 04 năm 2023

2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Chọn chủ đích 2 bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Chọn tất cả cán

bộ y tế tham gia phòng chống dịch COVID-19 của hai bệnh viện nói trên tại thời điểm điều tra.

* *Biến số/chỉ số trong nghiên cứu*

- Phân bố cán bộ y tế theo nhóm tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, chức danh nghề nghiệp, số năm kinh nghiệm

- Tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý sau khi tham gia chống dịch

* *Công cụ và quy trình thu thập số liệu*

- Phương pháp thu thập số liệu: đối tượng nghiên cứu trả lời phiếu khảo sát

- Công cụ thu thập dữ liệu: Phiếu khảo sát đánh giá và dự báo nguồn nhân lực y tế ứng phó có hiệu quả với COVID-19 ở Việt Nam.

Tác động của đại dịch COVID-19 lên sức khỏe tâm thần: gồm những câu hỏi về ba nhân tố là sự ám ảnh, sự lảng tránh và sự phản ứng thái quá thông qua phân tích nhân tố từ 22 câu hỏi trong thang đo IES-R.

Tác động của qui mô dịch: theo 22 mục và phân tích thành bốn nhóm

- Dưới 24 điểm: bình thường

- Từ 24 điểm trở lên: có vấn đề về sức khỏe tâm thần cần quan tâm nhưng chưa chẩn đoán thành có căng thẳng do COVID-19

- Từ 33 điểm trở lên: chẩn đoán có căng thẳng do COVID-19

- Từ 37 điểm trở lên: ảnh hưởng cao tới hệ miễn dịch của cơ thể, có ảnh hưởng lâu dài trong nhiều năm.

* *Phân tích và xử lý số liệu*

- Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

- Thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ %.

- Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 17

* *Đạo đức trong nghiên cứu*

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được hoàn toàn phục vụ cho mục đích của đề tài.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 162)

Đặc điểm		Tổng	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	58	35,8
	31 - 40 tuổi	83	51,2
	≥ 41 tuổi	21	13
Giới tính	Nam	58	35,8
	Nữ	104	64,2
Tình trạng hôn thân	Độc thân	50	30,9
	Sống chung/không kết hôn	1	0,6
	Đã kết hôn	110	67,9
	Ly thân/ly hôn/ly dị	1	0,6
Trình độ học vấn	Trung cấp	2	1,2
	Cao đẳng	87	53,7
	Đại học	58	35,8
	Thạc sĩ/ CK1	15	9,3
	TS/CK2	0	0
	PGS/GS	0	0
Chức danh nghề nghiệp	Bác sĩ	33	20,4
	Giảng viên	0	0
	Điều dưỡng	124	76,5
	Kỹ thuật viên	5	3,1
	Hộ lý	0	0
Kinh nghiệm công việc	< 5 năm	24	14,8
	5-10 năm	71	43,8
	> 10 năm	67	41,4

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy, phần lớn các đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 31 đến 40 tuổi với tỷ lệ 51,2%; trong đó nữ giới chiếm đa số với 64,2%. Đa phần các đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (67,9%). Có 53,7% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao đẳng, còn lại 35,8% đối tượng có trình độ đại học và

9,3% là trình độ Thạc sĩ/CK1. Trong tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5%; tiếp theo là bác sĩ với 20,4% và 3,1% là kỹ thuật viên. Kinh nghiệm công tác của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5-10 năm (43,8%) và trên 10 năm (41,4%).

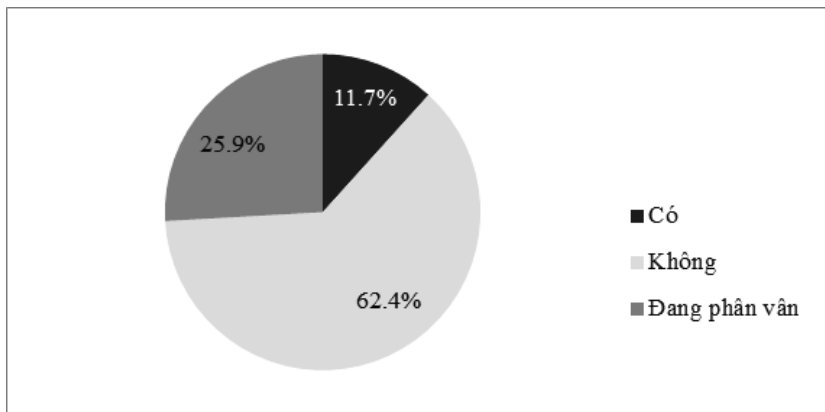
Bảng 3.2: Tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý cán bộ y tế sau khi tham gia chống dịch

Thang điểm IES-R	n	%
Bình thường (<24)	131	80,9
Có vấn đề tâm lý cần quan tâm nhưng chưa chẩn đoán căng thẳng (24-32)	14	8,6
Chẩn đoán có căng thẳng (33-36)	4	2,5
Ảnh hưởng lâu dài (>36)	13	8,0
Tổng	162	100

Trong số tất cả những người tham gia, phần lớn (80,9%) cán bộ y tế đều có sức khỏe tâm thần bình thường. Trong đó có 8,6% cán bộ y tế có vấn đề sức khỏe tâm thần cần quan tâm; 2,5% báo gặp phải tình trạng căng

thẳng; 8,0% báo cáo bị ảnh hưởng trầm trọng bởi tình trạng căng thẳng, tồn tại lâu dài có thể ngăn cản hoạt động của hệ thống miễn dịch.

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ dự định nghỉ việc của NVYT đã tham gia phòng chống dịch



Biểu đồ 3.1 cho thấy 62,4% cán bộ y tế có dự định nghỉ việc sau khi tham gia phòng chống dịch. Chỉ có 11,7% cán bộ y tế không có ý định nghỉ việc.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 162 cán bộ y tế tại hai bệnh viện đa khoa Đức Giang và Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021-2022. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 31 đến 40 tuổi với tỷ lệ 51,2%; kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài năm 2022 khi nghiên cứu về tác động của dịch COVID - 19 tới sức khỏe tâm thần của điều dưỡng bệnh viện Nhi trung ương năm 2021 và một số yếu tố liên quan.^[8] Bên cạnh đó kết quả cao hơn nghiên cứu của Trần Thanh Hương năm 2021, số nhân viên y tế có tuổi trên 35 chiếm 21%.^[9]

Kết quả nghiên cứu chúng tôi với nữ giới chiếm đa số với 64,2%, tương đồng với báo cáo Tổng quan quốc gia về nhân lực y tế Việt Nam về phân bố nguồn nhân lực trong hệ thống y tế, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam trong cơ cấu nhân lực chung của hệ thống y tế với 62,2% là nhân viên nữ.^[10] Nghiên cứu của Trần Thanh Hương năm 2021 cũng cho kết quả nữ giới chiếm 63,5%.^[9] Bên cạnh đó, kết quả này cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021 với tỷ lệ nữ giới là 93,6%.^[8] Điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương là điều dưỡng.

Đa phần các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã kết hôn (67,9%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài cho thấy cán bộ y tế đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 79,6%.^[8] Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền lại cho thấy chủ yếu các cán bộ y tế đã lập gia đình chiếm 89,9%.^[11]

Về trình độ học vấn, có 53,7% đối tượng nghiên cứu có trình độ cao đẳng; 35,8% đối tượng có trình độ đại học và 9,3% là trình độ Thạc sĩ/CK1. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài^[8], tỷ lệ cán bộ y tế có trình độ cao đẳng, đại học là 82,5% và sau đại học là 12,1% cho thấy sự tương đồng giữa hai nghiên cứu. Với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyền năm 2015 chỉ 17,8% trình độ đại học,^[12] có thể thấy tại hai bệnh viện trong nghiên cứu của chúng tôi, nhân lực được quan tâm chất lượng đào tạo và nâng cao năng lực.

Trong tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5%; tiếp theo là bác sĩ với 20,4% và 3,1% là kỹ thuật viên. Theo Trần Thanh Hương năm 2021, cán bộ y tế là bác sĩ chiếm 27%; điều dưỡng chiếm 47,7%.⁹ Theo Nguyễn Thanh Thảo năm 2021, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,1%; tiếp theo là bác sĩ với 27,9%; 8% là kỹ thuật viên.^[13]

Kinh nghiệm công tác của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5-10 năm (43,8%) và trên 10 năm (41,4%). Khá tương đồng với kết quả nghiên cứu năm 2022 về tác động của dịch COVID-19 tới sức khỏe tâm thần của Điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương với kinh nghiệm công tác 5-10 năm (45,4%), trên 10 năm chiếm 41,8%.^[8]

Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng bộ đánh giá IES-R (Impact of Event Scale - Revised). Điểm mạnh của bộ công cụ IES-R nằm ở chỗ đã được kiểm định qua nhiều nghiên cứu y khoa và phát huy được lợi ích từ bộ IES-R trước đó. Từ đó, IES-R được sử dụng trong nhiều nghiên cứu nhằm đánh giá sang chấn tâm lý do dịch COVID-19.^{[14], [15]} Sử dụng bộ đánh giá IES-R mức độ căng thẳng do COVID-19 theo các mức độ bình thường (<24), sang chấn mức độ nhẹ (24-32 điểm), sang chấn mức độ vừa (33-36 điểm) và sang chấn mức độ nặng (>36 điểm).

Kết quả cho thấy phần lớn (80,7%) cán bộ y tế đều có sức khỏe tâm thần bình thường. Trong đó có 8,7% cán bộ y tế có vấn đề sức khỏe tâm thần cần quan tâm; 2,5% báo gặp phải tình trạng căng thẳng; 8,1% báo cáo bị ảnh hưởng trầm trọng bởi tình trạng căng thẳng, tồn tại lâu dài có thể ngăn cản hoạt động của hệ thống miễn dịch. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Saied Ali và đồng nghiệp đánh giá tác động tâm lý của đại dịch COVID-19 trên 472 nhân viên y tế tại các bệnh viện cấp tính ở Đông Nam Ireland với tỷ lệ sang chấn tâm lý trong nhân viên y tế là 195 trường hợp (41,3%).^[16]

Hay kết quả nghiên cứu trên 994 nhân viên y tế và điều dưỡng làm việc tại Vũ Hán sử dụng công cụ IES-R cho kết quả 34,4% bị sang chấn nhẹ, 22,4% bị sang chấn trung bình và 6,2% bị sang chấn nặng.^[17]

Kết quả nghiên cứu trên điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho kết quả cao hơn kết quả của chúng tôi với 28,9% điều dưỡng có dấu hiệu của sang chấn mức độ nhẹ với 6,7%, mức độ vừa là 9,3% và 12,9% có sang chấn mức độ nặng.^[8] Điều này có thể lý giải do trong nghiên cứu trên, đối tượng nghiên cứu điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh với thời gian nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với kết quả 19,3% cán bộ y tế có dấu hiệu căng thẳng, phát hiện này thấp hơn tỷ lệ căng thẳng liên quan đến COVID-19 trong dân số Việt Nam nói chung (35,9%).^[18] So với tỷ lệ căng thẳng chung ở châu Á, con số này thấp hơn nữa (19,3% so với 41,3%).^[19] Đáng chú ý, con số này chưa bằng một phần ba tỷ lệ ở Trung Quốc theo báo cáo trong một nghiên cứu được thực hiện bởi Jianbo Lai và đồng nghiệp, nơi hơn 70,0% bị rối loạn căng thẳng trong thời gian bùng phát.^[15] Điều này có thể được giải thích là do tác động của đợt bùng phát ở Trung Quốc, nơi là tâm chấn ban đầu của COVID-19, nghiêm trọng và cấp tính hơn so với Việt Nam. Tỷ lệ này cũng thấp hơn nhiều so với ở Hoa Kỳ là 60,2%.^[19] Mặc dù Hoa Kỳ là quốc gia có thu nhập cao với hệ thống chăm sóc sức khỏe tiên tiến, nhưng CBYT nước này vẫn bị căng thẳng vì số ca và tử vong do COVID-19 quá lớn.

Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thảo với tổng số 1764 cán bộ y tế tuyến trung ương tham gia nghiên cứu, có 9,6% có vấn đề sức khỏe tâm thần cần quan tâm, 8,8% có ảnh hưởng lâu dài trong nhiều năm và 2,8% được chẩn đoán có tình trạng căng thẳng.^[13] Số người được cho là có vấn đề sức khỏe cần quan tâm thấp hơn so với nghiên cứu trên đối tượng điều dưỡng tại 42 bệnh viện của Trung Quốc của nhóm tác giả Su Hong.^[20] Tỷ lệ được chẩn đoán căng thẳng thấp hơn so với nghiên cứu của nhóm tác giả Zhou Zhu nghiên cứu tại Vũ Hán, Trung Quốc (29,8%).^[21] Sự khác biệt có thể được giải thích bởi thực tế Trung Quốc là trung tâm của dịch bệnh, và số ca nhiễm COVID-19 và số ca tử vong cao hơn nhiều so với Việt Nam, điều này có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng hơn về sức khỏe và kinh tế. Sự khác biệt về dụng cụ đo và cỡ mẫu cũng cần được xem xét.

Biểu đồ 3.1 cho thấy 62,4% cán bộ y tế có dự định nghỉ

việc sau khi tham gia phòng chống dịch. Điều này có thể lý giải do từ khi dịch COVID-19 bùng phát đến nay, cường độ làm việc của nhân viên y tế rất lớn khi hầu như không có ngày nghỉ, làm việc với cường độ cao trong thời gian kéo dài. Lý do thứ hai, do thu nhập thấp, lương và chế độ phụ cấp đối với viên chức y tế trong hệ thống y tế công lập thấp, nhất là tại các cơ sở y tế dự phòng và y tế cơ sở. Đây cũng là nguyên nhân lớn dẫn đến việc cán bộ y tế xin nghỉ việc hoặc bỏ việc tìm cơ hội việc làm với mức thu nhập cao hơn. Lý do thứ ba, do áp lực về việc thiếu điều kiện, cơ sở vật chất để thực hiện nhiệm vụ chuyên môn. Do ảnh hưởng của các vụ việc vi phạm quy định của pháp luật trong đấu thầu mua sắm thuốc, vật tư, trang thiết bị y tế trong thời gian qua, dẫn đến điều kiện môi trường làm việc của viên chức y tế bị ảnh hưởng. Lý do thứ tư, do áp lực của xã hội, gia đình và người thân. Các cán bộ viên chức y tế, cũng như những người lao động khác đều có nỗi lo về bảo đảm cuộc sống gia đình, bảo đảm điều kiện sống tối thiểu về ăn mặc ở, lo lắng các chi phí về điện nước, học hành ngày càng cao do sự gia tăng giá cả nên khi mức thu nhập đối với cán bộ y tế công lập thấp trong khi công việc lại quả tải, cường độ và thời gian lao động tăng; chế độ thu hút, đãi ngộ hạn chế hoặc không có nên dẫn đến tình trạng cán bộ y tế xin thôi việc, nghỉ việc tăng...

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn các đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 31 đến 40 tuổi; trong đó nữ giới chiếm đa số với 64,2%. Đa phần các đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (67,9%). Có 53,7% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao đẳng, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5%; tiếp theo là bác sĩ với 20,4% và 3,1% là kỹ thuật viên. Kinh nghiệm công tác của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5-10 năm (43,8%) và trên 10 năm (41,4%).

Về tác động của dịch COVID-19 đến tâm lý cán bộ y tế sau khi tham gia hoạt động phòng chống dịch COVID-19, phần lớn (80,9%) cán bộ y tế đều có sức khỏe tâm thần bình thường. Trong đó có 8,6% cán bộ y tế có vấn đề sức khỏe tâm thần cần quan tâm; 2,5% báo gặp phải tình trạng căng thẳng; 8,0% báo cáo bị ảnh hưởng trầm trọng bởi tình trạng căng thẳng, tồn tại lâu dài có thể ngăn cản hoạt động của hệ thống miễn dịch.

Có 62,4% cán bộ y tế có dự định nghỉ việc sau khi tham

gia phòng chống dịch.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng mức thu nhập cho cán bộ y tế bảo đảm cuộc sống gia đình, bảo đảm điều kiện sống tối thiểu do sự gia tăng giá cả
2. Phân bổ công việc cho cán bộ y tế với cường độ hợp lý.
3. Chế độ thu hút nhân tài và đãi ngộ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Chan JFW, Yuan S, Kok KH et al., A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*. 2020; 395 (10223):514-523
- [2] WHO, WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>.
- [3] WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <<https://covid19.who.int/>>.
- [4] Cuong LV, Giang HTN, Linh LK et al., The first Vietnamese case of COVID-19 acquired from China. *Lancet Infect Dis*. 2020; 20 (4): 408-409
- [5] Joins Hopkins Coronavirus Resoure Center, Johns Hopkins Coronavirus Resoure Center. Published 2021. Accessed August 28, 2021. <http://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- [6] Tran TPT, Le TH, Nguyen TNP et al., Rapis response to the COVID-19 pandemic: Vietnam government's experience and preliminary success. *J Glob Health*. 2020; 10(2):020502-020502.
- [7] De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ et al., A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare woekers: implications of supporting psychological well-being. *BMC Public*. 2021;21.



- [8] Nguyễn Thị Hoài, Tác động của dịch COVID-19 tới sức khỏe tâm thần của điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [9] Trần Thanh Hương và cộng sự, Một số yếu tố xã hội liên quan tới stress sau sang chấn ở nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc Việt Nam trong thời kỳ COVID-19, Tạp chí Y học Việt Nam số 2; 248-252, 2021.
- [10] WHO, Tổng quan quốc gia về nhân lực y tế Việt Nam, 2018:30-36.
- [11] Nguyễn Thị Minh Hiền, Kiến thức và sự ảnh hưởng của COVID-19 đến công việc, tâm lý đối với nhân viên y tế cơ sở tại thành phố Hà Nội năm 2020, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [12] Nguyễn Văn Tuyền, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến căng thẳng của điều dưỡng viên lâm sàng Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2015. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng; 2015.
- [13] Nguyễn Thanh Thảo và cộng sự, Tác động của đại dịch COVID-19 đến sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế tại một số bệnh viện tuyến trung ương năm 2020, Tạp chí Nghiên cứu y học 144(8), 361-369, 2021.
- [14] Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM et al., Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disorder.* 2020;19(2):1967-1978. doi:10.1007/s40200-020-00643-9
- [15] Lai J, Ma S, Wang Y et al., The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976-e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.397609:06
- [16] Ali S, Maguire S, Marks E et al., Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers at acute hospital settings in the South- East of Ireland: an observational cohort multicentre study. *BMJ Open.* 2020;10(12):e042930-e042930. doi:10.1136/bmjopen-2020-042930
- [17] Kang L, Ma S, Chen M et al., Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11-17. doi:10.1016/bbi.2020.03.028.
- [18] Ngoc Cong Duong K, Nguyen Le Bao T, Thi Lan Nguyen P et al., Psychological Impacts of COVID-19 during the first Nationwide Lockdown in Vietnam: Web-Based, Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Form Res.* 2020;4(12). doi:10.2196/24776
- [19] Batra K, Singh TP, Sharma M et al., Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23). doi: 10.3390/erph17239096
- [20] Hong S, Ai M, Xu X et al., Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing outlook.* Jul 19 2020;doi:10.1016/j.outlook.2020.07.007.
- [21] Zhu Zhou, Xu Shabei, Wang Hui et al., COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv.* 2020.

CONTINUOUS TRAINING DEMANDS ON EVIDENCE PREVENTION OF COMMUNE HEALTH STATIONS IN THACH THAT DISTRICT, HANOI CITY IN 2022

Nguyen Tuan Quang^{1*}, Nguyen Van Hien, Pham Bich Diep, Do Thi Thu Ha, Kieu Dang Quyen

¹Thach That District Health Center - Phu Binh, Thach That, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: The study describes the need for continuous training in epidemic prevention and control of commune health station staff in Thach That district in 2022.

Methods: A Cross-sectional descriptive study, using quantitative methods to collect information. Subjects are 147 health workers who are working at Commune Health Stations (CHS) in Thach That District, Hanoi.

Results: Among 147 CHS staff in Thach That district, male accounted for 14.3%, female accounted for 85.7%; average age 41.4 ± 9.8 and age group 30-40 (32.0%); the 41-50 group (26.5%) and the 51-60 group (24.5%), the under 30 year old group had the lowest rate, accounting for 17%. The majority of staff (82.6% in 2020, 93.1% in 2021, and 94% in 2022) were permanent employees, while a smaller percentage were on short contracts (17.4% in 2020, 6.9% in 2021, and 6.0% in 2022). All health workers at commune health stations expressed the need for training in epidemic prevention. Officers who want to train once a year accounted for 86.4%; organization time from 3-5 days accounts for 85%; The desired location for training is at the district health center, accounting for 85% and 100% of the staff want the training course to be fully funded.

Conclusions: Thach That district health center needs to develop a plan of continuous training with two contents, both on expertise and management on epidemic prevention and disease prevention in general, combined with training in communication skills, health education, and health education. health, in which it is necessary to consider the factors of location, time and cost in accordance with the needs and desires of the staff.

Keywords: The need for continuous training of medical staff, The need for continuous training in epidemic prevention and control of commune health station staff.

*Corresponding author

Email address: dr.quang123@gmail.com

Phone number: (+84) 912 703 880



NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ PHÒNG CHỐNG DỊCH CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ CỦA HUYỆN THẠCH THẮT, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Tuấn Quang^{1*}, Nguyễn Văn Hiến, Phạm Bích Diệp, Đỗ Thị Thu Hà, Kiều Đăng Quyền

¹Trung tâm y tế huyện Thạch Thất - Phú Bình, Thạch Thất, Hà Nội, Việt Nam
²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả nhu cầu đào tạo liên tục về phòng chống dịch của cán bộ trạm y tế (TYT) xã của huyện Thạch Thất năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp định lượng để thu thập thông tin. Đối tượng là 147 cán bộ y tế đang làm việc tại của 23 trạm y tế xã huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội.

Kết quả: Trong số 147 cán bộ TYT trên địa bàn huyện Thạch Thất, nam chiếm 14,3%, nữ chiếm 85,7%; tuổi trung bình $41,4 \pm 9,8$ và nhóm 30-40 tuổi (32,0%) và nhóm 41-50 (26,5%), nhóm 51-60 (24,5%); riêng nhóm tuổi dưới 30 tuổi có tỷ lệ thấp nhất chiếm 17%. Tỷ lệ cán bộ biên chế năm 2020, 2021 và 2022 lần lượt là 82,6%; 93,1% và 94% trong khi số hợp đồng ngắn chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,4%; 6,9% và 6,0%. Có 100% cán bộ TYT xã rất cần và cần được đào tạo/tập huấn về phòng chống dịch. Cán bộ muốn đào tạo một lần trong năm chiếm 86,4%; thời gian tổ chức từ 3-5 ngày chiếm 85%; địa điểm mong muốn tổ chức đào tạo là tại trung tâm y tế huyện chiếm 85% và 100% cán bộ muốn khoá đào tạo được hỗ trợ kinh phí hoàn toàn.

Kết luận: Trung tâm y tế huyện Thạch Thất cần xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục với hai nội dung cả về chuyên môn và quản lý về phòng chống dịch và phòng chống bệnh nói chung, kết hợp với đào tạo kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe, trong đó cần cân nhắc các yếu tố về địa điểm, thời gian và kinh phí phù hợp với nhu cầu và mong muốn của cán bộ.

Từ khóa: Nhu cầu đào tạo liên tục, Nhu cầu đào tạo liên tục phòng chống dịch cán bộ trạm y tế xã.

*Tác giả liên hệ
Email: dr.quang123@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912 703 880

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO): “Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe”. Theo đó, nhân lực y tế bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế bao gồm nhân viên y tế chính thức và nhân viên y tế không chính thức (như tình nguyện viên, thầy lang, bà đỡ...) kể cả những người làm trong ngành y tế và những ngành khác (như quân đội, trường học hay các doanh nghiệp) [1].

Nguồn nhân lực y tế không chỉ là các cán bộ chuyên môn được đào tạo về y tế, dược mà còn bao gồm cả đội ngũ kỹ sư, cử nhân, kỹ thuật viên, những người làm công tác quản lý và nhân viên... đang tham gia các hoạt động phục vụ y tế trong các cơ sở y tế. Nguồn nhân lực y tế bao gồm cả nhân viên y tế trong biên chế và nhân viên y tế hợp đồng đang làm việc tại các đơn vị y tế công lập và ngoài công lập [2]. Việc phát triển nguồn nhân lực y tế cần phải đi trước nhu cầu xã hội, dựa trên các dự báo về nhu cầu cũng như khả năng tài chính và kỹ thuật cung ứng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Hiện nay với sự phát triển nhanh chóng của các ngành khoa học kỹ thuật thì nhu cầu đào tạo được cập nhật, bổ sung chuyên môn cùng kỹ năng làm việc cho lực lượng lao động ngày càng trở lên quan trọng. Đặc biệt đối với lĩnh vực y tế là một ngành có những đặc thù riêng, liên quan trực tiếp đến sức khỏe con người, do vậy việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế nói chung và cán bộ trạm y tế xã, thị trấn về công tác phòng chống dịch nói riêng đang nhận được nhiều quan tâm và chú trọng đầy mạnh, nhất là tình hình dịch bệnh mới nổi, và dịch bệnh cũ bùng phát gây nguy cơ sự cố y tế công cộng toàn cầu rất cao [3]. Hầu hết cán bộ y tế trên thế giới đều bắt buộc phải bổ sung kiến thức liên tục, cập nhật những thông tin mới về kiến thức, kỹ năng chuyên môn, tổ chức quản lý công việc, nâng cao ý thức và nghiên cứu khoa học nhằm không ngừng nâng cao năng lực bản thân. Ở nước ta Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 về hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, trong quy định “Cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở y tế phải có nghĩa vụ tham gia các khóa đào tạo liên tục nhằm đáp ứng yêu cầu chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhiệm” [4]. Vì vậy đứng trước thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục về phòng chống dịch của cán bộ y tế xã thuộc huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ y tế đang làm việc tại tất cả 23 trạm y tế xã, thị trấn (TYT) thuộc huyện Thạch Thất, TP Hà Nội.

• *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Tất cả cán bộ y tế xã (bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh, dược sĩ, điều dưỡng,...) đang làm việc tại 23 TYT xã thị trấn của huyện Thạch Thất có biên chế chính thức và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

• *Tiêu chuẩn loại trừ:* Cán bộ y tế đang đi học dài hạn, nghỉ chế độ: nghỉ phép thường niên, nghỉ ốm, thương tật hoặc nghỉ thai sản trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm: Nghiên cứu triển khai tại 23 TYT huyện Thạch Thất, TP Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 5/2022 đến tháng 12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng để thu thập thông tin định lượng.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn tất cả cán bộ y tế trong biên chế của tất cả 23 TYT. Nghiên cứu đã thu thập được số liệu từ 151 cán bộ TYT.

Bộ công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi được xây dựng để thu thập số liệu, thu thập thông tin từ Trưởng trạm và cán bộ TYT.

Bộ câu hỏi gồm 2 phần:

• Phần 1 gồm những biến số về nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ văn hóa) và những biến số về vị trí việc làm và số năm công tác.

• Phần 2 gồm những biến số về nhu cầu đào tạo, nội dung đào tạo, và một số khía cạnh về tổ chức của khóa đào tạo cũng như thời gian đào tạo, địa điểm đào tạo, kinh phí.

Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng phương pháp phát vấn bộ câu hỏi định lượng có cấu trúc và hướng dẫn quy trình thu thập thông tin đến các TYT tham gia nghiên cứu. Phiếu điều tra do TTYT huyện gửi đến các TYT và thu thập qua đường email.

Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và nhập liệu bằng Epidata. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính số lượng, tỷ lệ % về nhu cầu đào tạo và các nội dung khác liên quan đến đào tạo.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=151)

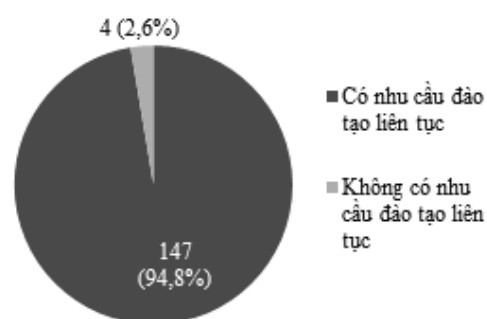
Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	22	14,6
	Nữ	129	85,4
Tuổi	< 40 tuổi	73	48,3
	≥ 40 tuổi	78	51,7
Độ tuổi trung bình		41,15 ± 17,85	
Năm công tác	< 10 năm	56	37,1
	≥ 10 năm	95	62,9
Trung bình năm công tác		15,26 ± 20,75	
Vị trí việc làm	Quản lý	32	21,2
	Nhân viên	119	78,8
Trình độ chuyên môn	Sau Đại học	3	6,8
	Đại học	21	13,9
	Cao đẳng	56	37,0
	Trung cấp	71	47,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,15 ± 17,85 tuổi trong đó nam (46,09 tuổi), nữ ít hơn (40,31 tuổi). Trung bình số năm công tác là 15,26 ± 20,75 năm; cấp nhân viên chiếm đa số với 78,15% và

trình độ học vấn nhiều nhất là Trung cấp chiếm 47,0%, sau đó là cao đẳng với 37,0%; trình độ Đại học là 13,9% và trình độ sau Đại học chỉ chiếm 6,8%.

3.2. Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ TYT

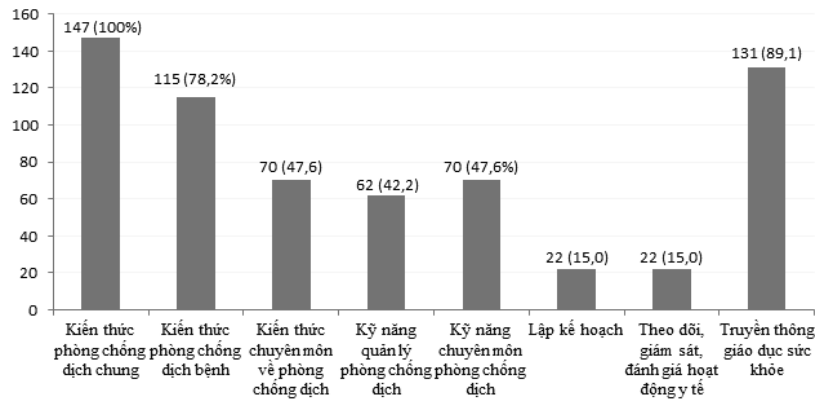
Biểu đồ 1. Tỷ lệ cán bộ y tế có mong muốn được đào tạo (n=151)



Nhận xét: Trong 151 cán bộ tham gia nghiên cứu, có 147 cán bộ y tế (97,35%) trả lời có nhu cầu được đào tạo liên tục về phòng chống dịch.

3.3. Nội dung, kiến thức cán bộ TYT có nhu cầu được đào tạo

Biểu đồ 2. Nội dung mong muốn được đào tạo (n= 147)



Nhận xét: Trong số 147 cán bộ mong muốn được đào tạo, tỷ lệ cán bộ muốn đào tạo về kiến thức phòng chống dịch chung là cao nhất (chiếm 100%) , sau đó là kiến thức về truyền thông giáo dục sức khỏe (chiếm 89,1%). Tỷ lệ cán bộ muốn được đào tạo về lập kế hoạch, theo

đổi, giám sát, đánh giá hoạt động y tế là thấp nhất (chiếm 15,0%).

3.4. Các nội dung khác liên quan đến nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế

Bảng 2. Nhu cầu đào tạo liên tục về phòng chống dịch của cán bộ TYT (n=147)

Nhu cầu đào tạo	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nội dung khóa học		
Quản lý phòng chống dịch	62	42,18
Chuyên môn phòng chống dịch	70	47,62
Nội dung khác	15	10,20
Địa điểm đào tạo		
Tại Đơn vị (TTYT/Bệnh viện huyện)	129	87,76
Tại Sở Y tế/Bệnh viện tỉnh	18	12,24
Thời gian khóa đào tạo		
Từ 1 đến 2 ngày	14	9,5
Từ 3 đến 5 ngày	133	90,5
Khác	0	0
Kinh phí đào tạo		
Được hỗ trợ toàn bộ	147	100
Được hỗ trợ một phần/ không được hỗ trợ	0	0



Nhận xét: Địa điểm đào tạo: Cán bộ y tế có nhu cầu được đào tạo tại đơn vị công tác là bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (87,76%)

Thời gian khoá đào tạo: Cán bộ y tế có nhu cầu được đào tạo trong thời gian từ 3-5 ngày cho một khoá đào tạo, chiếm tỷ lệ cao nhất là 90,5%.

Hỗ trợ kinh phí đào tạo: Tất cả cán bộ có nhu cầu đào tạo đều mong muốn cơ quan hỗ trợ toàn bộ chi phí đào tạo liên tục.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết cán bộ trạm y tế xã, thị trấn đều có nhu cầu đào tạo liên tục là 97,35%. Kết quả trong nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Lê Kim Tuyền năm (2020) [5] với 100% cán bộ y tế có nhu cầu đào tạo liên tục. Từ kết quả nghiên cứu này cho thấy cán bộ y tế TYT có nhu cầu được đào tạo liên tục là rất cao. Kết quả này cũng có thể xuất phát từ quy định công việc. Thông tư 26/2020/TT-BYT đã quy định rõ: cán bộ y tế đã được cấp chứng chỉ hành nghề và đang hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có nghĩa vụ tham gia đào tạo liên tục tối thiểu 48 tiết học trong 2 năm liên tiếp. Cán bộ y tế không thuộc quy định tại khoản I, điều 5 có nghĩa vụ tham gia đào tạo liên tục tối thiểu 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, trong đó mỗi năm tối thiểu 12 tiết học. Cán bộ y tế là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện đủ nghĩa vụ đào tạo trong 2 năm liên tiếp tại thông tư này còn bị thu hồi chứng chỉ hành nghề theo quy định của Pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh [6]. Như vậy theo quy định của Bộ Y tế, tất cả cán bộ y tế phải bắt buộc tham gia đào tạo liên tục.

Về nội dung đào tạo, cán bộ y tế mong muốn được đào tạo liên quan đến chuyên môn phòng chống dịch và truyền thông giáo dục sức khỏe. Tỷ lệ cao nhất là 97,35% cán bộ TYT có nhu cầu đào tạo về kiến thức phòng chống dịch chung; tiếp đến là chủ đề về kiến thức phòng chống dịch bệnh là 76,16%, kiến thức chuyên môn về phòng chống dịch là 46,36% và một số nội dung phòng chống dịch còn lại là từ 40% trở lên. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Nhung năm (2021) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ là 84,4% điều dưỡng viên mong muốn đào tạo liên quan đến chuyên môn

[7]. Như vậy cần xây dựng nội dung đào tạo liên tục phù hợp với chuyên ngành theo từng vị trí công tác của cán bộ y tế và phù hợp với nhu cầu và đặc thù công việc.

Ngoài ra có 86,75% cán bộ trạm y tế xã, thị trấn của huyện Thạch Thất có nhu cầu đào tạo về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe, kỹ năng mềm khi giao tiếp sẽ giúp đội ngũ cán bộ trạm y tế xã, thị trấn của huyện Thạch Thất có khả năng tương tác giúp cộng đồng đồng dễ hiểu hơn và thuận lợi trong việc phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng. Thêm vào đó các kỹ năng khác về kiến thức chuyên môn y dược sẽ tạo điều kiện quan trọng trong quá trình làm việc, giúp cán bộ TYT rèn luyện khả năng giải quyết vấn đề trong hoạt động phòng chống dịch bệnh nói chung tại địa phương.

Địa điểm đào tạo liên tục là một yếu tố quan trọng góp phần vào thành công của hoạt động đào tạo liên tục. Nghiên cứu cho thấy có 85,43% cán bộ trạm y tế xã, thị trấn của huyện Thạch Thất có mong muốn đào tạo liên tục tại Trung tâm y tế huyện. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Chử Văn Thắng và cộng sự tại Bệnh viện Thanh Nhân năm (2021) [8] là 87,40% điều dưỡng viên cũng mong muốn địa điểm đào tạo tại bệnh viện. Các khoá đào tạo liên tục được tổ chức tại địa phương sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho cán bộ trạm y tế xã, thị trấn khi tham gia được nhiều buổi tập huấn, chi phí đi lại không cao, cán bộ y tế trong huyện có điều kiện thuận lợi để trao đổi, tương tác chuyên môn về tình hình đặc thù dịch bệnh tại địa phương. Nhu cầu về địa điểm đào tạo này có thể do cán bộ cũng đã có những chương trình tập huấn tại trung tâm y tế huyện từ trước rồi. Hàng năm Trung tâm y tế phối hợp với chuyên khoa đầu ngành thành phố, một số các bệnh viện Trung ương đóng quân trên địa bàn thành phố Hà Nội thường xuyên tổ chức các đợt tập huấn, đào tạo liên tục cho cán bộ làm của trạm y tế xã, thị trấn về kiến thức chuyên môn nói chung và công tác phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng nói riêng. Điều này cũng thuận lợi cho cán bộ Trạm y tế xã, thị trấn sắp xếp công việc, thời gian để tham gia học tập, tập huấn. Đào tạo tại trung tâm y tế cũng hoàn toàn phù hợp với chức năng nhiệm vụ. Trung tâm y tế huyện Thạch Thất được Sở y tế giao nhiệm vụ là đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong huyện với nhiệm vụ là phòng chống dịch bệnh, triển khai các hoạt động y tế dự phòng,

công tác khám bệnh, chữa bệnh các bệnh thông thường và công tác dân số.

Về thời gian và kinh phí đào tạo liên tục, đa số các cán bộ trạm y tế xã, thị trấn muốn được học từ 3 đến 5 ngày (88,08%) và đào tạo trong giờ hành chính với sự hỗ trợ về kinh phí là 100%. Hỗ trợ kinh phí đào tạo là mong muốn chính đáng của cán bộ y tế tuyến cơ sở nói chung, cán bộ trạm y tế xã, thị trấn của huyện Thạch Thất nói riêng vì hiện nay hoạt động của trạm y tế xã, thị trấn là hoạt động công cộng đồng, các hoạt động y tế dự phòng để phòng chống dịch bệnh nói chung nên hàng năm Trung tâm y tế sử dụng nguồn kinh phí dự phòng được cấp trên đầu dân để thực hiện hoạt động tập huấn chuyên môn cho cán bộ trạm y tế xã, thị trấn trong huyện.

5. KẾT LUẬN

Nhu cầu được đào tạo liên tục về phòng chống dịch của cán bộ trạm y tế xã, thị trấn huyện Thạch Thất rất cao là 97,35%. Nội dung mong muốn được đào tạo đa dạng chủ yếu phục vụ cho chuyên môn về phòng chống dịch. Cán bộ y tế mong muốn được học khoảng từ 3 đến 5 ngày, tại Trung tâm y tế huyện, trong giờ hành chính và sự hỗ trợ kinh phí cao.

KIẾN NGHỊ

Trung tâm y tế xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục hai nội dung về phòng chống dịch và dịch bệnh kết hợp với tập huấn kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho cán bộ TYT. Để khoá học hiệu quả, trung tâm y tế nên tổ chức khoá học tại địa phương. Bên cạnh đó, các cơ quan cử cán bộ đi học nên hỗ trợ kinh phí đào tạo để cán bộ yên tâm học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Working together for Health - The World Health Report 2006. Geneva, Switzerland.2006.
- [2] Nguyễn Thị Hoài Thu, Đặng Thị Luyến, Nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng viên bệnh viện tuyến huyện tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2016 – 2017, Tạp chí nghiên cứu Y học. 2020;129 (5):14 – 22.
- [3] Hồ Phương Thúy, Khảo sát thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng lâm sàng khối nội tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang giai đoạn 2021 – 2022, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2021; Tập 4, số 2 (2021):28 -39.
- [4] Bộ Y tế, Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, 2013.
- [5] Lê Kim Tuyền, Lê Thị Thanh Hương, Thực trạng đào tạo liên tục của Điều dưỡng các khoa lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên giai đoạn 2019- 2020, Tạp chí Y học Cộng đồng, 2022;63(1).
- [6] Bộ Y tế, Thông tư 26/2020/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2020 sửa đổi, bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, 2020.
- [7] Trần Thị Tuyết Nhung, Thực trạng đào tạo liên tục nguồn nhân lực điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2020, Trường Đại học Y tế Công cộng, 2021.
- [8] Chử Văn Thắng, Nguyễn Thị Bình An, Mô tả thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; 516 (Số 1-2022).



THE STATUS OF PATIENT SATISFACTION ABOUT GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY SERVICE AT SON TAY GENERAL HOSPITAL, HANOI IN 2022

Ho Thi Xuan^{1*}, Ha Thi Minh Ngoc², Nguyen Huu Lien¹, Nguyen Thi Thuy Hanh³

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Viet Nam

²University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi - No144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the current situation of the patient's satisfaction with gastrointestinal endoscopy services at Son Tay General Hospital, Hanoi in 2022.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 360 patients using gastrointestinal endoscopy services without anesthesia at the Department of Endoscopy, Son Tay General Hospital, Hanoi from September to November 2022.

Results: The overall satisfaction rate for gastrointestinal endoscopy services without anesthesia at the Department of Endoscopy, Son Tay General Hospital, Hanoi is 68,9%. In which, the criterion of service delivery results has the highest satisfaction rate (86,4%), followed by the criterion of behavior, professional capacity of health workers (74,1%), the lowest is facilities criteria with 12,3%.

Conclusions: The patient satisfaction with gastrointestinal endoscopy service is not high, and varies widely according to the evaluation criteria. This result helps to give priority recommendations to focus on improving criteria with low patient satisfaction rate.

Keywords: Patient satisfaction, gastrointestinal endoscopy.

*Corresponding author

Email address: hoxuanbacsi@gmail.com

Phone number: (+84) 988 233 698

THỰC TRẠNG HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ DỊCH VỤ NỘI SOI TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY, HÀ NỘI NĂM 2022

Hồ Thị Xuân^{1*}, Hà Thị Minh Ngọc², Nguyễn Hữu Liễn¹, Nguyễn Thị Thúy Hạnh³

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Dược - ĐHQGHN - 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 15 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng mức độ hài lòng của người bệnh về dịch vụ nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022 và đưa ra các khuyến nghị nhằm cải thiện dịch vụ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 360 người bệnh sử dụng dịch vụ nội soi tiêu hóa dạ dày, đại tràng không gây mê tại khoa Nội soi, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội từ tháng 09 đến tháng 11 năm 2022.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung về dịch vụ là 68,9%. Trong đó, tiêu chí về kết quả cung cấp dịch vụ có tỷ lệ hài lòng cao nhất (86,4%), kế tiếp là tiêu chí thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT (74,1%), tiêu chí có tỷ lệ hài lòng thấp nhất là cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (12,3%).

Kết luận: Sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ nội soi tiêu hóa không cao, và rất khác nhau theo các tiêu chí đánh giá. Kết quả này giúp đưa ra các khuyến nghị ưu tiên tập trung cải thiện các tiêu chí có tỷ lệ người bệnh hài lòng thấp.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh, nội soi tiêu hóa.

*Tác giả liên hệ

Email: hoxuanbaesi@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 233 698



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng người bệnh là một tiêu chí quan trọng nhằm đánh giá hiệu quả của công tác quản lý chất lượng bệnh viện, với mục tiêu sau cùng các bệnh viện đang hướng tới là sự hài lòng của người bệnh chứ không chỉ dừng lại ở việc chữa đúng, chữa đủ, chữa khỏi cho người bệnh. Với chỉ thị của Bộ Y tế “đặt người bệnh lên hàng đầu” là một thách thức cũng như cơ hội vì điều này không những đòi hỏi sự thay đổi lớn trong tư duy mà còn phải thay đổi về hành động, với mục đích càng cải tiến trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tạo lợi thế cạnh tranh giữa các bệnh viện.

Sự hài lòng người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh nói chung và dịch vụ nội soi tiêu hóa nói riêng là một khái niệm đa chiều, trong đó mức độ hài lòng phụ thuộc nhiều vào sự kỳ vọng của người bệnh, nhận thức chủ quan và trải nghiệm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe [1]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh với tỷ lệ hài lòng tương đối cao. Nghiên cứu của Russell Loftus và cộng sự năm 2013 đã cho kết quả với 45% người bệnh đánh giá xuất sắc với dịch vụ nội soi. Một nghiên cứu khác ở Việt Nam năm 2021 cho thấy 67,4% người bệnh hài lòng với dịch vụ thăm khám hậu môn – trực tràng [2,3].

Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhất định người bệnh chưa hài lòng với dịch vụ y tế từ các nghiên cứu với tỷ lệ khác nhau. Nhiệm vụ của các nhà quản lý là phải tìm ra nguyên nhân và các dịch vụ mà người bệnh không hài lòng để có giải pháp cải thiện dịch vụ cung cấp của đơn vị nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, thu dung tốt bệnh nhân, đồng thời đem lại thu nhập cao hơn cho cán bộ nhân viên của đơn vị mình. Trong xu hướng chung của ngành, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây nói chung, khoa Nội soi tiêu hóa nói riêng đã và đang cố gắng từng bước cải thiện chất lượng cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh. Song song với cải thiện cơ sở vật chất, nâng cao năng lực cán bộ, phản hồi về sự hài lòng của người bệnh khi sử dụng dịch vụ y tế tại các khoa đang rất được quan tâm. Bài báo này nhằm mô tả thực trạng mức độ hài lòng của người bệnh về dịch vụ nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022 và đưa ra các khuyến nghị nhằm cải thiện dịch vụ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh sử dụng dịch vụ nội soi tiêu hóa dạ dày, đại tràng không gây mê tại khoa Nội soi, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Hà Nội từ tháng 09 đến tháng 11 năm 2022

Tiêu chuẩn chọn người bệnh: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên đến nội soi tiêu hóa dạ dày, đại tràng không; gây mê tại khoa nội soi bệnh viện đa khoa Sơn Tây và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không có khả năng trả lời, không có khả năng điền thông tin chính xác vào phiếu khảo sát hoặc không đồng ý tham gia khảo sát; Người bệnh mất năng lực hành vi; Bệnh nhân đồng ý nhưng người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ:

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

- n : Cỡ mẫu cần thiết, số bệnh nhân được chọn tham gia nghiên cứu.

- α : Mức ý nghĩa thống kê (Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95% thay vào bảng ta được $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

- p = 0,67: Tỷ lệ người bệnh hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh hậu môn - trực tràng tại bệnh viện năm 2020 trên 310 bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Tâm An, thành phố Thanh Hoá. [3]

- d: là sai số tuyệt đối (5%)

Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu n = 340 người bệnh. Trên thực tế, trong thời gian nghiên cứu đã thu thập số liệu trên 360 người bệnh đủ điều kiện.

Kỹ thuật và công cụ nghiên cứu

- Nghiên cứu đã thực hiện kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi được thiết kế dựa vào Thang đo sự hài lòng của người bệnh bao gồm 24 tiêu mục thuộc 5 lĩnh vực:

Khả năng tiếp cận; (2) Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; (3) Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; (4) Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; (5) Kết quả cung cấp dịch vụ

- Thang đo Likert về mức độ hài lòng của người bệnh đối với từng tiêu mục được áp dụng với thang điểm từ 1 điểm đến 5 điểm (1 điểm-Rất không hài lòng; 2 điểm-Không hài lòng; 3 điểm-Bình thường; 4 điểm-Hài lòng; 5 điểm-Rất hài lòng).

Phân tích số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2010, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

-Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch) được sử dụng để mô tả đặc điểm chung của và mức độ hài lòng của NB.

- Thống kê phân tích: Kiểm định Cronbach’s Alpha được dùng để đánh giá độ tin cậy của thang đo.

Tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh

- Cách tính điểm:

+ Điểm hài lòng chung là điểm trung bình của tổng điểm chia cho tổng số câu hỏi (theo toàn bộ các tiêu chí)

+ Điểm hài lòng cho từng nhóm là điểm trung bình của tổng điểm từng nhóm chia cho tổng số câu hỏi của mỗi nhóm.

- Đánh giá tỷ lệ hài lòng: Điểm trung bình ≥ 4 : hài lòng; Điểm trung bình <4 : không hài lòng. Tỷ lệ hài lòng được tính theo % của “Hài lòng” trên tổng số.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học:

người bệnh đồng ý tham gia khảo sát thì sẽ tiến hành phỏng vấn, nếu trong quá trình phỏng vấn người bệnh không muốn tiếp tục tham gia nữa thì cuộc phỏng vấn sẽ dừng lại.

Các thông tin cá nhân của người bệnh được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu.

Các thông tin, số liệu chỉ nhằm mục đích duy nhất phục vụ cho nghiên cứu này, kết quả nghiên cứu được đề xuất vào mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh nội trú, phản hồi đến ban lãnh đạo khoa và lãnh đạo bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh nằm ở nhóm dưới 60 tuổi (72,2%); độ tuổi trung bình là $46,8 \pm 19,1$. 53,9% người bệnh thuộc giới nữ; 69,4% người bệnh có nghề nghiệp là lao động chân tay; 31,9% người bệnh tốt nghiệp THPT; 81,9% người bệnh đã kết hôn; thu nhập bình quân đa số $\leq 7.000.000$ với 58,3%. Nơi cư trú chủ yếu là nông thôn với tỷ lệ 82,8%; hình thức thanh toán bằng BHYT chiếm tỷ lệ 92,5%; 65% người bệnh đã có trải nghiệm nội soi và 65,8% người bệnh không có bệnh mạn tính.

3.2. Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ nội soi tiêu hóa (n=360)

Bảng 1. Sự hài lòng của người bệnh với khả năng tiếp cận

Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm hài lòng trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ tìm		124 (34,5%)	236 (65,5%)	$3,05 \pm 0,28$	0,743
Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm		156 (43,3%)	204 (56,7%)	$3,06 \pm 0,27$	0,808
Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.		161 (44,6%)	199 (55,4%)	$3,08 \pm 0,28$	0,644
Thời gian chờ đợi được vào đăng kí khám và được khám hợp lý		276 (76,8%)	84 (23,2%)	$3,15 \pm 0,37$	0,260
Khả năng tiếp cận		146 (40,6%)	214 (59,4%)	$3,08 \pm 0,31$	
Độ tin cậy Cronbach’s Alpha					0,784



Tỷ lệ người bệnh hài lòng khá thấp (40,6%), tiêu chí “Thời gian chờ đợi được vào đăng kí khám và được khám hợp lý” có tỷ lệ hài lòng cao nhất (76,8%).

Bảng 2. Sự hài lòng của người bệnh với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Được gọi vào phòng soi theo thứ tự cầm giấy		297 (82,5%)	63 (17,5%)	3,35 ± 0,68	0,384
Được hướng dẫn chuẩn bị soi rõ ràng, đầy đủ		230 (63,9%)	130 (36,1%)	3,12 ± 0,48	0,720
Được giải thích về tình trạng bệnh, biện pháp can thiệp, chi phí phát sinh và dự kiến thời gian kiểm tra lại cẩn thận		268 (74,4%)	92 (35,6%)	3,24 ± 0,65	0,602
Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị		229 (63,5%)	131 (36,5%)	3,24 ± 0,61	
Độ tin cậy Cronbach's Alpha		0,729			

Đa số người bệnh hài lòng với nhóm tiêu chí (63,5%), đặc biệt là tiêu chí “Được gọi vào phòng soi theo thứ tự cầm giấy” (82,5%).

Bảng 3. Sự hài lòng của người bệnh với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Phòng nội soi khang trang, sạch sẽ		52 (14,5%)	308 (85,5%)	2,21 ± 0,46	0,430
Giường nằm soi và chờ soi sạch sẽ		88 (24,4%)	272 (75,6%)	2,23 ± 0,47	0,735
Nhà vệ sinh sạch sẽ, sử dụng tốt		48 (13,3%)	312 (86,7%)	2,19 ± 0,43	0,651
Được bảo vệ riêng tư như thay quần áo khi soi và sau khi soi		100 (27,8%)	260 (72,2%)	2,90 ± 0,50	0,700
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh		84 (23,3%)	276 (76,7%)	2,38 ± 0,55	
Độ tin cậy Cronbach's Alpha		0,798			

Phần lớn người bệnh không hài lòng với nhóm tiêu chí (76,7%), tỷ lệ không hài lòng của từng tiêu chí đều chiếm hơn 70%, đặc biệt 312/360 (86,7%) người bệnh

không hài lòng với tiêu chí “Nhà vệ sinh sạch sẽ, sử dụng tốt”.

Bảng 4. Sự hài lòng của người bệnh với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT

Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực		276 (76,6%)	84 (23,4%)	3,48 ± 0,51	0,609
Được NVYT tôn trọng, quan tâm, giúp đỡ, động viên tại phòng soi		273 (75,8%)	87 (24,2%)	3,42 ± 0,51	0,695
Bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt, xử lý nhanh không gây phiền hà trong công việc		295 (81,9%)	65 (18,1%)	3,53 ± 0,52	0,667
Được tư vấn chế độ ăn, sinh hoạt, vận động, theo dõi khi soi và làm thủ thuật		231 (64,3%)	129 (35,9%)	3,24 ± 0,61	0,458
NVYT không có biểu hiện gọi ý bồi dưỡng		302 (83,9%)	58 (16,1%)	3,70 ± 0,46	0,289
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT		274 (76,1%)	86 (23,9%)	3,48 ± 0,55	
Độ tin cậy Cronbach's Alpha	0,766				

Người bệnh có tỷ lệ hài lòng khá cao với nhóm tiêu chí “Được tư vấn chế độ ăn, sinh hoạt, vận động, theo dõi khi soi và làm thủ thuật” (64,3%).
 (76,1%): cao nhất là tiêu chí “NVYT không có biểu hiện gọi ý bồi dưỡng” (83,9%), thấp nhất là tiêu chí

Bảng 5. Sự hài lòng của người bệnh với kết quả cung cấp dịch vụ

Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Dịch vụ nội soi đáp ứng được nhu cầu của ông bà, đáp ứng được nguyện vọng điều trị		332 (92,2%)	28 (7,8%)	3,82 ± 0,38	0,531
Mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế		311 (86,5%)	49 (13,5%)	3,77 ± 0,43	0,535
Mức độ hài lòng về giá cả nội soi		278 (77,2%)	82 (22,8%)	3,27 ± 0,45	0,237
Kết quả cung cấp dịch vụ		311 (86,4%)	49 (13,6%)	3,62 ± 0,49	
Độ tin cậy Cronbach's Alpha	0,612				

Tỷ lệ người bệnh hài lòng với nhóm tiêu chí cao nhất trong các nhóm (86,4%), đặc biệt với tiêu chí “Dịch vụ nội soi đáp ứng được nhu cầu của ông bà, đáp ứng được nguyện vọng điều trị” (92,2%); tuy nhiên chỉ 77,2% hài lòng với “Mức độ hài lòng về giá cả nội soi”.



Bảng 6. Sự hài lòng của người bệnh với một số tiêu chí đặc thù khoa Nội soi tiêu hóa

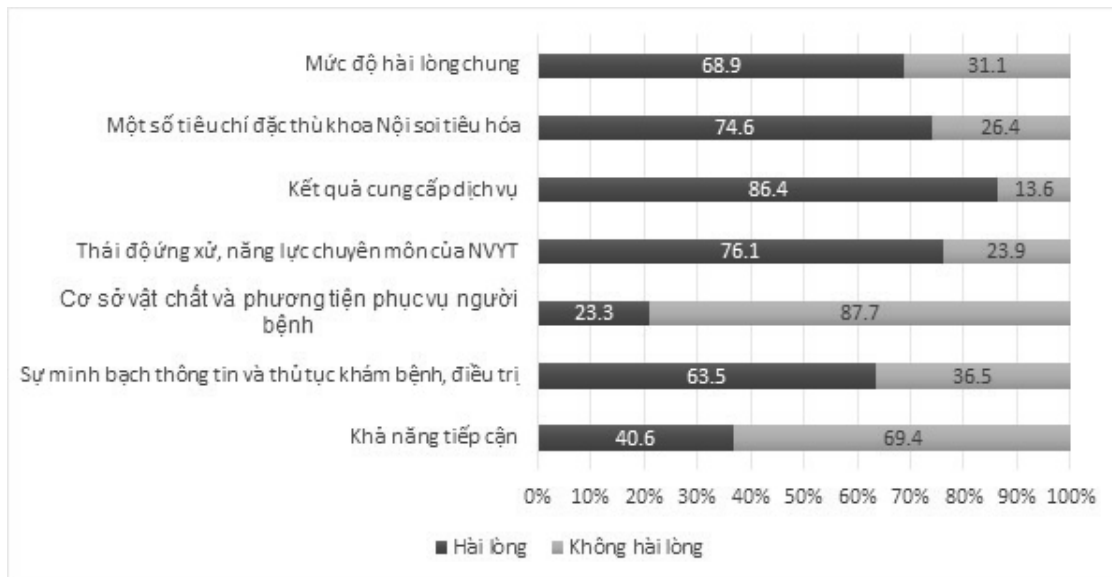
Tiêu chí	Mức độ hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Điểm trung bình	Hệ số tương quan biến tổng
Mức độ hài lòng về kỹ năng nội soi của bác sỹ nhanh, chẩn đoán, tư vấn kịp thời		296 (82,2%)	64 (17,8%)	3,62 ± 0,50	0,185
Mức độ hài lòng về sự thoải mái trong quá trình tiến hành nội soi		254 (70,5%)	106 (29,5%)	3,23 ± 0,61	0,546
Mức độ hài lòng về thời gian chờ đợi hoặc trì hoãn		274 (76,1%)	86 (23,9%)	2,79 ± 0,70	0,454
Mức độ hài lòng về mức độ đau khi soi		232 (64,4%)	128 (35,6%)	2,79 ± 0,68	0,566
Mức độ hài lòng về thời gian trả kết quả sau soi		263 (73,1%)	97 (26,9%)	3,42 ± 0,52	0,313
Một số tiêu chí đặc thù khoa nội soi tiêu hóa		268 (74,6%)	92 (25,4%)	3,18 ± 0,69	
Độ tin cậy Cronbach's Alpha					0,653

Đa số người bệnh hài lòng với một số tiêu chí đặc thù khoa nội soi tiêu hóa (74,6%), đặc biệt có 82,2% người bệnh hài lòng với mức độ hài lòng về “Kỹ năng nội soi

của bác sỹ nhanh, chẩn đoán, tư vấn kịp thời”.

So sánh tỷ lệ hài lòng giữa các tiêu chí được thể hiện bằng biểu đồ 1.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh



Kết quả nghiên cứu cho thấy 68,9% người bệnh hài lòng tính chung cho tất cả các tiêu chí. Mức độ hài lòng với từng nhóm tiêu chí khá khác nhau, trong đó tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” là cao nhất, với 86,4%, thấp nhất là tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ với 23,3%.

4. BÀN LUẬN

Nhìn chung, mức độ hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu này không cao, điều này có thể do bệnh viện đang trong quá trình sửa chữa, khiến người bệnh khó tiếp cận với các dịch vụ y tế cùng với tình trạng thiếu cơ sở vật chất, cơ sở hạ tầng của khoa vào thời điểm tiến

hành nghiên cứu, khiến việc phục vụ và đáp ứng nhu cầu của người bệnh trở nên khó khăn.

Sự hài lòng chung của người bệnh

Với mức độ hài lòng xét chung cho các tiêu chí là 68,9% với điểm hài lòng chung của nghiên cứu là $3,94 \pm 0,25$, được đánh giá là khá thấp so với nhiều nghiên cứu khác. Số liệu thống kê do Bộ Y tế thực hiện đến tháng 12/2020 về mức độ hài lòng với quy mô toàn quốc, tỷ lệ hài lòng chung đạt 93,13%, điểm hài lòng trung bình đạt 4,37/5 điểm [8]. Nghiên cứu của Lê Văn Cơ, 67,4% bệnh nhân rất hài lòng về dịch vụ nói chung; nghiên cứu của Russell Loftus với 45% người bệnh đánh giá xuất sắc với dịch vụ chung [2,3].

Khả năng tiếp cận

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về khả năng tiếp cận khá thấp (40,6%), đứng thứ 2 trong 6 nhóm tiêu chí. Tiêu chí “Thời gian chờ đợi được vào đăng kí khám và được khám hợp lý” có tỷ lệ hài lòng cao nhất (76,8%). Tiêu chí “Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ tìm” có điểm hài lòng thấp nhất $3,05 \pm 0,28$ và chỉ có 34,5% người bệnh hài lòng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu năm 2021 của Võ Tú Cường ở Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tiểu Cần, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng là 41,9%, điểm hài lòng của bệnh nhân về các tiêu chí của nhóm đều trên 3,55. Người bệnh hài lòng với thông tin các biển báo, chỉ dẫn đường đến các phòng khám của bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm là 60,8% [5]. Theo kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú quý II năm 2018 của Bệnh viện Đan Phượng, mức điểm trung bình chung của nhóm tiêu chí là 4.24, tiêu chí A2 “Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng” và A3 “Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm” đạt mức điểm cao nhất là 4.42. Tiêu chí A1 “Sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm” và A4 “Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi” đạt mức điểm thấp nhất với 4.19 điểm, tuy nhiên mức điểm này vẫn nằm trong khoảng hài lòng của người bệnh (4-5 điểm).[6]

Vấn đề về biển báo là vấn đề cần chú ý, vì biển báo rất giúp ích cho người bệnh biết, đến khám thuận tiện, và hài lòng hơn. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, hai tiêu chí này đều có mức độ hài lòng khá thấp, điều này có thể do bệnh viện đang trong quá trình xây dựng và sửa chữa, nên các biển báo và số hiệu các tòa nhà còn chưa hoàn thiện dẫn đến việc tỷ lệ hài lòng của người bệnh chưa cao.

Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

Tỷ lệ người bệnh hài lòng với các tiêu chí về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị khá cao (63,5%), đặc biệt là tiêu chí “Được gọi vào phòng soi theo thứ tự cầm giấy” (82,5%), tuy nhiên cũng có 36,1% người bệnh không hài lòng với tiêu chí “Được hướng dẫn chuẩn bị soi rõ ràng, đầy đủ”.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Võ Tú Cường, 47,7% người bệnh thấy hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám, chữa bệnh, điều trị, và 63% người bệnh hài lòng với việc công khai niêm yết quy trình khám chữa bệnh với điểm trung bình là 3,68 [5]. Nhưng lại thấp hơn khi so với kết quả khảo sát ở Bệnh viện Đan Phượng, kết quả hài lòng khá cao với điểm trung bình là 4,29. Sự khác biệt này có thể do việc thiếu cơ sở hạ tầng và thiết bị và NVYT khiến cho việc thực hiện các tiêu chí minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị khó khăn.[6]

Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

Phần lớn người bệnh không hài lòng với nhóm tiêu chí (76,7%), tỷ lệ không hài lòng với từng tiêu chí đều chiếm hơn 70%, đặc biệt 312/360 (86,7%) người bệnh không hài lòng với tiêu chí “Nhà vệ sinh sạch sẽ, sử dụng tốt”. Điểm hài lòng trung bình với tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là $2,38 \pm 0,55$ thấp hơn 3 và cũng thấp hơn so với các tiêu chí khác.

Trong 6 nhóm tiêu chí được đánh giá, nhóm tiêu chí này có mức độ hài lòng thấp nhất. Khi so với nghiên cứu của Võ Tú Cường và khảo sát của Bệnh viện Đan Phượng, điểm trung bình của tiêu chí này ở khoa Khám bệnh, Bệnh viện Tiểu Cần và Bệnh viện Đan Phượng lần lượt là 3,72 và 4,09 [5,6]. Thực tế Bệnh viện Đa



khoa Sơn Tây đang trong quá trình sửa chữa nên điều kiện cơ sở hạ tầng và cơ sở vật chất bị ảnh hưởng rất nhiều dẫn đến sự hài lòng của người bệnh về nhóm tiêu chí này còn rất thấp. Tuy nhiên tỷ lệ hài lòng còn thấp cũng đánh giá được điều kiện cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh của bệnh viện nói chung và khoa Nội soi nói riêng còn rất hạn chế và cần được đầu tư bổ sung.

Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT

Nhóm tiêu chí này có tỷ lệ hài lòng (76,1%) và điểm trung bình ($3,48 \pm 0,55$) cao thứ hai trong 6 nhóm tiêu chí. 2/3 tiêu chí có tỷ lệ người bệnh hài lòng cao nhất: “NVYT không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng” (83,9%) và “Bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt, xử lý nhanh không gây phiền hà trong công việc” (81,9%). Tỷ lệ hài lòng thấp nhất ở tiêu chí “Được tư vấn chế độ ăn, sinh hoạt, vận động, theo dõi khi soi và làm thủ thuật” với 64,3%.

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh khá cao, điều này có thể thấy thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT tại khoa Nội soi tiêu hóa nói riêng và NVYT bệnh nói chung khá tốt.

Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu, trong nghiên cứu của Võ Tử Cường với điểm trung bình là 3,96 với tỷ lệ “NVYT có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực” có tỉ lệ cao nhất 73,1%; hay kết quả khảo sát của Bệnh viện Đan Phượng, tất cả các tiêu chí đưa ra đều có điểm có hơn 4.[5,6]

Kết quả cung cấp dịch vụ

Đây là nhóm tiêu chí có tỷ lệ hài lòng và điểm hài lòng trung bình cao nhất với tỷ lệ là 86,4% và $3,62 \pm 0,49$. Đặc biệt với hai tiêu chí: “Dịch vụ nội soi đáp ứng được nhu cầu của ông bà, đáp ứng được nguyện vọng điều trị” (92,2%); “Mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế” (86,5%), tuy nhiên chỉ 77,2% hài lòng với “Mức độ hài lòng về giá cả nội soi. Điều này có thể do đa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ở nông thôn và có thu nhập thấp, nên việc hài lòng về giá cả nội soi vẫn còn khá thấp. Tuy nhiên trong khu vực, chỉ có Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây là bệnh viện công có dịch vụ nội soi tiêu hóa với người dân nên mức độ đáp ứng nhu cầu và sự tin tưởng về chất lượng y tế của người

bệnh khá cao.

Tại Bệnh viện Đan Phượng, hai tiêu chí “Mức độ tin tưởng chất lượng dịch vụ y tế” và “Mức độ hài lòng giá dịch vụ y tế” khá cao và đều có điểm hài lòng là 4,32.[6]

Một số tiêu chí hài lòng đặc thù khoa Nội soi tiêu hóa

Tỷ lệ người bệnh hài lòng với một số tiêu chí đặc thù khoa nội soi tiêu hóa khá cao (74,6%), đặc biệt có 82,2% người bệnh hài lòng với mức độ hài lòng về “Kỹ năng nội soi của bác sĩ nhanh, chẩn đoán, tư vấn kịp thời” và 76,1% người bệnh hài lòng với “Mức độ hài lòng về thời gian chờ đợi hoặc tri hoãn”. Tuy nhiên vẫn có 35,6% người bệnh không hài lòng với “Mức độ hài lòng về mức độ đau khi soi” và 29,5% người bệnh không hài lòng với “Mức độ hài lòng về sự thoải mái trong quá trình tiến hành nội soi”.

So sánh với nghiên cứu của Russell Loftus về sự hài lòng người bệnh với dịch vụ nội soi và sự sẵn sàng quay lại tại một trung tâm y tế ở miền trung Canada năm 2013, 42% người bệnh cảm thấy rất hài lòng với khu vực chờ và 37% rất hài lòng với thời gian chờ làm thủ thuật; 74% người bệnh đánh giá xuất sắc với trình độ của bác sĩ và 56% người bệnh đánh giá không đau khi soi [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có mức độ hài lòng người bệnh thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Nga tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, mức độ hài lòng của người bệnh nội soi đại tràng về thái độ của bác sĩ nội soi là 96,7%; về thời gian chờ để được soi là 80%; về kỹ năng thực hiện thủ thuật của bác sĩ nội soi là 93,3%. Tuy nhiên, chỉ có 24,7% người bệnh hài lòng về phòng chờ, phòng nội soi và nhà vệ sinh, và 0,7% người bệnh không hài lòng chung về quá trình nội soi đại tràng [7].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh đến khám đạt ở mức khá (68,9%). Điểm trung bình là $3,15 \pm 0,20$. Bệnh viện cần tổ chức các tổ công tác hướng dẫn người bệnh tiếp cận các dịch vụ y tế, đầu tư nâng cao hệ thống cơ sở hạ tầng và hướng dẫn, đào tạo NVYT phát triển kiến thức và kỹ năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Đức Long, Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật tỉnh Hải Dương giai đoạn 1998-2000, truy cập tại: <https://www.haiduongdost.gov.vn/2016-04-15-01-17-43/sa-4-2017/754-bao-va-mai-truang>, 2000.
- [2] Bộ Y tế (2014), Niên giám thống kê 2013, NXB Y học
- [3] Tống Viết Hiền, Cơ cấu bệnh tật bệnh nhân nội trú và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Phú Thọ năm 2015, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [4] Phùng Văn Tân, Nghiên cứu mô hình bệnh tật và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Châm cứu trung ương từ năm 2014-2018, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Châm cứu trung ương, 2019.
- [5] Tổng Cục thống kê (2014), y tế việt Nam qua tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính sự nghiệp 2012, Hà Nội.
- [6] Bệnh viện Đa khoa huyện Đan Phượng, Kết quả khảo sát hải lòng người bệnh 6 tháng đầu năm 2018, Available online: <http://benhviendakhoadanphuong.vn/ket-qua-khao-sat-hai-long-nguoi-benh-6-thang-daunam-2018.html> (accessed on: 25/3/2023), 2018.
- [7] Phạm Thị Nga, Đánh giá mức độ hải lòng của người bệnh nội soi đại tràng không gây mê có can thiệp điều dưỡng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, (4), tr.16-22, 2020.
- [8] Bộ Y tế, Khảo sát chất lượng bệnh viện, Available online: <https://hailong.chatluongbenhvien.vn/> (accessed on: 25/3/2023).



STRUCTURE OF ILLNESSES OF INPATIENTS TREATMENT AT SON TAY GENERAL HOSPITAL, HANOI CITY IN 2022

La Huu Luong^{1*}, Nguyen Minh Son², Hoang Manh Hung³

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam,
²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of disease structure among inpatients at Son Tay General Hospital in 2022

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, retrospectively available data to describe the status of disease structure performed on 20,300 inpatients at Son Tay General Hospital in the year 2022

Results: Inpatients at Son Tay General Hospital in 2022 have a higher rate of female hospitalized patients than men, but have not reached statistical significance; Age of concentrated inpatients <18 years old (39.44%); The highest rate of hospitalized patients was in November (2320 patients, accounting for 11.43%), the lowest was in February; The most common group of diseases in Chapter X: Respiratory system diseases according to ICD-10 classification (19.83%). Out of a total of 20,300 inpatients with 132 diseases, the 10 most common diseases had up to 11321 patients, accounting for 55.77%.

Conclusion: Disease patterns in inpatients at Son Tay General Hospital in 2022 are intertwined between infectious and non-infectious diseases.

Keywords: Disease model, inpatient, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author
Email address: luong071976@gmail.com
Phone number: (+84) 904 386 555

CƠ CẤU BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY, HÀ NỘI NĂM 2022

Lã Hữu Lượng^{1*}, Nguyễn Minh Sơn², Hoàng Mạnh Hùng³

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 08 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu sẵn có nhằm mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật thực hiện trên 20300 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022

Kết quả: Bệnh nhân nội trú tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022 có tỷ lệ Nữ giới nằm viện điều trị cao hơn nam giới nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê; Độ tuổi của bệnh nhân nội trú tập trung <18 tuổi (39,44%); Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện cao nhất là vào tháng 11 (2320BN chiếm 11,43%), thấp nhất là tháng 02; Nhóm bệnh phổ biến nhất thuộc Chương X: Bệnh hệ hô hấp theo phân loại ICD-10 (19.83%); Trong tổng số 20300 bệnh nhân điều trị nội trú với 132 mặt bệnh, 10 bệnh phổ biến nhất có đến 11321 bệnh nhân gặp phải chiếm 55,77%.

Kết luận: Mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022 đan xen giữa bệnh nhiễm trùng và không nhiễm trùng.

Từ khoá: Mô hình bệnh tật, bệnh nhân nội trú, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ cấu bệnh tật là cách sắp xếp một cách đặc trưng chủ yếu về tỷ lệ các loại hình bệnh và tật của con người trong một cộng đồng. Cơ cấu bệnh tật (CCBT) của một quốc gia, một địa phương hay một cộng đồng là sự phản ánh tình hình kinh tế, xã hội, thể chế chính trị của quốc gia hay cộng đồng đó. Theo Omran (1997) sự chuyển đổi của cơ cấu bệnh tật được phân chia thành 4 giai đoạn: Giai đoạn của dịch bệnh và đói kém; Giai

đoạn rút lui của các đại dịch; Giai đoạn các bệnh không lây nhiễm và giai đoạn của các bệnh thoái hoá chậm[1].

Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây được thành lập năm 1917 Qua báo cáo hàng năm thấy rằng số lượng bệnh nhân khám chữa bệnh tăng dần, Cơ cấu bệnh tật có nhiều sự thay đổi, câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là: cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện là Đa khoa Sơn Tây hiện như thế nào? Từ những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Cơ cấu bệnh tật**

*Tác giả liên hệ

Email: luong071976@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 386 555



của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022” với mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

+ Người bệnh nội trú từ ngày 01/01- 31/12/2022 tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

+ Sổ sách, các báo cáo khám chữa bệnh nội trú có liên quan và số liệu thống kê mạng HIS (Hospital Intelligence Solution) tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Hồ sơ bệnh án: Chọn bệnh án điều trị nội trú năm 2022. Bệnh án phải có đầy đủ thông tin: Họ và tên, tuổi, giới, địa chỉ, ngày vào viện, ngày ra viện, chẩn đoán theo YHHD, mã bệnh theo ICD-10.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh án tẩy xóa hoặc chẩn đoán không rõ ràng, thông tin bị mất, thông tin không phục vụ cho nghiên cứu, không nằm trong khoảng thời gian năm 2022.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu

Tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, 304 Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội .

Thời gian nghiên cứu

Từ 01/01/2022 – 31/12/2022. Thời gian thu thập số liệu: tháng 01-03/2023

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu sẵn có nhằm mô tả thực trạng cơ cấu bệnh tật

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu: Là kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ và theo các bước như sau:

Bước 1: Lập danh sách tất cả hồ sơ của bệnh nhân nội trú năm 2022

Bước 2: Chọn hồ sơ đủ tiêu chuẩn dựa trên số liệu báo cáo thống kê năm 2022 từ phần mềm quản lý bệnh viện HIS

Bước 3: Tiến hành thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, số liệu báo cáo và phần mềm HIS đã được chọn theo tiêu chuẩn.

Cỡ mẫu

Trong năm 2022, Toàn thể Hồ sơ bệnh án bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện quản lý. Ước tính (n = 20300) hồ sơ trong năm 2022

Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- *Kỹ thuật thu thập số liệu:*

Chiết xuất số liệu từ phần mềm chương trình HIS vào bảng mẫu thu thập thông tin với số liệu từ hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân nội trú năm 2022.

- *Công cụ thu thập số liệu:*

+ Các bảng checklist

+ Các bảng trống điền số liệu sẵn có

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu

Số liệu chiết xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện HIS được kiểm tra kỹ trước khi đưa vào phân tích.

Số liệu từ các báo cáo, thống kê sẽ được làm sạch, kiểm tra kỹ trước khi nhập số liệu, các phiếu không rõ ràng do thiếu thông tin, bỏ sót đều phải được kiểm tra lại nguồn, nếu không phù hợp sẽ loại bỏ.

Số liệu được nhập trên phần mềm Excel

Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích các biến số định lượng với các test thống kê so sánh T-test, test khi bình phương (χ^2).

3. KẾT QUẢ

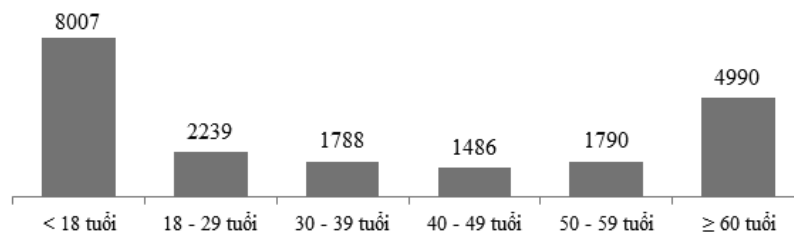
Nghiên cứu tiến hành ở 342 bệnh nhân ngoại trú điều trị tại phòng khám huyết áp của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây thu được một số kết quả như sau:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân nội trú theo giới (n = 20300)

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	9840	48,47
Nữ	10460	51,53
Tổng	20300	100

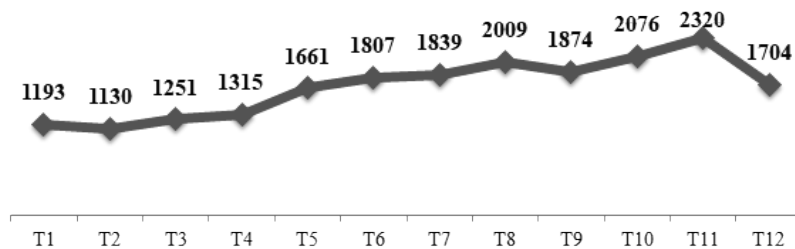
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nội trú là nữ tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nội trú là nam có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (51,53% so với 48,47%).

Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân nội trú theo nhóm tuổi (n = 20300)



Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh nhân nội trú là <18 tuổi chiếm 39,44%.

Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân nội trú theo 12 tháng của năm 2022 (n = 20300)



Nhận xét:

Tháng có số lượng bệnh nhân nội trú cao nhất là tháng 11, với $p < 0,05$ (có 2320 bệnh nhân chiếm 11,43%).

Tháng 2 là tháng có số lượng bệnh nhân nội trú thấp nhất, với 1130 bệnh nhân chiếm 5,57%.



Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân nội trú phân loại theo ICD-10 (n = 20300)

Chương bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chương X: Bệnh hệ hô hấp	4025	19,83
Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa	2903	14,30
Chương XXI: Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế	1994	9,82
Chương XV: Chứa, đẻ và sau đẻ	1935	9,53
Chương IX: Bệnh của hệ tuần hoàn	1874	9,23
Chương XXI: Mã dành cho những mục đích đặc biệt	1249	6,15
Chương I: Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	1060	5,22
Chương XIX: Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bệnh ngoài	986	4,86
Chương XIII: Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết	845	4,16
Chương XVIII: Triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác	596	2,94
Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	552	2,72
Chương XIV: Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục	528	2,60
Chương II: Khối u (Bướu tân sinh)	488	2,40
Chương VIII: Bệnh tai và xương chũm	325	1,60
Chương VII: Bệnh mắt và phần phụ	272	1,34
Chương VI: Bệnh của hệ thần kinh	196	0,97
Chương III: Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch	173	0,85
Chương XII: Bệnh da và mô dưới da	131	0,65
Chương V: Rối loạn tâm thần và hành vi	75	0,37
Chương XVI: Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ sơ sinh	56	0,28
Chương XVII: Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể	29	0,14
Chương XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong	8	0,04
Tổng	20300	100

Nhận xét:

Trong 21 chương bệnh theo phân loại ICD-10, các bệnh nhân nội trú thuộc Chương X: Bệnh hệ hô hấp, chiếm tỷ lệ cao nhất với 4025 bệnh nhân, chiếm 19,83%.

Chương bệnh có số lượng bệnh nhân nhiều thứ 2 là

Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa, thứ 3 là Chương XXI: Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế.

Chương bệnh có số lượng bệnh nhân ít nhất là Chương XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong, chỉ 8 bệnh nhân.

Bảng 3.3. Tỷ lệ 10 bệnh nội trú phổ biến nhất trong năm 2022

Mười bệnh có số BN điều trị cao nhất trong năm (theo thứ tự giảm dần)

Tên bệnh	Số BN	%
Những người đến cơ quan y tế về các vấn đề liên quan đến sinh sản	1847	16,31
Cuộc đẻ	1673	14,78
Cúm và viêm phổi	1479	13,06
Mã tạm thời cho một số bệnh mới chưa rõ bệnh nguyên hoặc sử dụng trong tình huống khẩn cấp	1218	10,76
Nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp khác	1156	10,21
Bệnh lý tăng huyết áp	1037	9,16
Nhiễm trùng hô hấp trên cấp	871	7,69
Bệnh đường ruột khác	817	7,22
Sốt vi rút và xuất huyết vi rút do tiết túc truyền	641	5,66
Bệnh khác của hệ tiêu hoá	582	5,14
Tổng số	11321	100

Nhận xét:

Trong tổng số 20300 bệnh nhân điều trị nội trú với 132 mặt bệnh, 10 bệnh phổ biến nhất có đến 11321 bệnh nhân gặp phải chiếm 55,77%.

4. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung đối tượng**

Với 20300 bệnh nhân nội trú, tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam (51.53% so với 48.47%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ nhập viện điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao hơn nam [2].

Khi phân chia bệnh nhân nội trú theo các nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, bệnh nhân nằm viện chủ yếu ngoài độ tuổi lao động (<18, chiếm hơn 39.44% và ≥ 60 chiếm 24.58%). Điều này có thể giải thích bằng một số lý do như sau. Do là bệnh viện đa khoa, có khoa Nhi và khoa Sản phát triển khi mà bệnh viện quân y 105 cùng thị xã Sơn Tây chưa có khoa Nhi và khoa Sản nên số lượng bệnh nhân dưới 18 tuổi được sử dụng phương pháp này nhiều nhất. Một lý do khác đó là do những người dưới 18 tuổi thường nằm viện nhiều hơn do có nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn phù

hợp với các nghiên cứu trước đây[2],[3].

Tất cả các tháng trong năm đều có bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú, số lượng bệnh nhân nội trú tăng dần từng thán. Tháng có số lượng bệnh nhân nội trú cao nhất là tháng 11 (với 2320 BN chiếm 11,43% của cả năm) với đa phần bệnh nhân nhập viện vì Viêm phổi, trẻ sau sinh. Tháng 01, 02, 03 là tháng có số lượng bệnh nhân nội trú thấp nhất, với với từ 1193-1251 BN. Có thể do đặc thù đầu năm 2022 khi mà dịch bệnh Covid-19 chưa được kiểm soát nên nhiều người bệnh còn e ngại nhập viện điều trị. Kết quả này sẽ giúp chúng tôi có kế hoạch chuẩn bị tốt hơn về trang thiết bị y tế, thuốc chữa bệnh và cả nhân lực để phù hợp với nhu cầu nhập viện điều trị của bệnh nhân.

4.2. Cơ cấu bệnh tật người bệnh nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, Hà Nội năm 2022

Theo bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), chia làm 21 chương bệnh tật khác nhau, kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được như sau: tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022, các bệnh nhân nội trú thuộc Chương X: Bệnh hệ hô hấp, chiếm tỷ lệ cao nhất với 4025 bệnh nhân, chiếm 19.83%). Số lượng bệnh nhân được phân loại xếp thứ 2 là thuộc nhóm Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa, thứ 3 là Chương XXI: Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế; Chương bệnh có số lượng bệnh nhân ít nhất là Chương

XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong, chỉ 8 bệnh nhân.

Phân chia bệnh nhân nội trú theo giới và nơi sinh sống, ở một số chương bệnh có thể nhận thấy sự tương đồng về tỷ lệ bệnh nhân nội trú, tuy nhiên ở một số chương bệnh thì nhận thấy sự khác biệt rõ ràng giữa 2 nhóm. Cụ thể hơn, Chương X: Bệnh hệ hô hấp, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới (27.40% so với 11.26%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trái lại, Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa, nữ giới gặp nhiều hơn nam giới (3,53% so với 2.00%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các chương bệnh còn lại, tỷ lệ nam giới mắc bệnh và nữ giới mắc bệnh khá tương đồng. Các chương bệnh còn lại, tỷ lệ nam giới mắc bệnh và nữ giới mắc bệnh khá tương đồng.

Khi phân chia bệnh nhân nội trú theo nơi cư trú là thành thị hay nông thôn, có sự khác biệt khá rõ ràng ở một số chương bệnh như: Chương I: Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng và Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa bệnh nhân sống ở nông thôn mắc gấp bốn so với bệnh nhân ở thành thị, lần lượt là (8.54% so với 16,89%), và 19.76% so với 8,82; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chương X: Bệnh hệ hô hấp và Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa thì ngược lại, bệnh nhân sống ở thành thị có tỷ lệ mắc gấp đôi so với bệnh nhân sống ở nông thôn, lần lượt là 29.46%% so với 10,22% và 3.80%% so với 1,64%%; cả 2 sự khác biệt này đều rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số bệnh chiếm tỷ lệ cao hơn các bệnh khác, đây có thể phản ánh được sự phân bố các bệnh mà người dân đang gặp phải, để từ đó cần đề ra các kế hoạch dự trù về nguồn lực và trang thiết bị tốt hơn, nhằm đảm bảo chất lượng điều trị cao nhất. Ngoài ra, cũng cần có những biện pháp để giảm thiểu số lượng bệnh nhân nhập viện vì tai nạn lao động.

Trong tổng số 20300 bệnh nhân điều trị nội trú với 132 mặt bệnh, 10 bệnh phổ biến nhất có đến 11321 bệnh nhân gặp phải chiếm 55,77%. Trong số 10 bệnh phổ biến nhất, Những người đến cơ quan y tế về các vấn đề liên quan đến sinh sản chiếm tỷ lệ cao nhất với 1847 bệnh nhân (16,31%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cuộc đẻ xếp thứ 2 về mức độ phổ biến với 1673 bệnh nhân (14,78%); Xếp thứ 3 là các bệnh

về Cúm và viêm phổi; xếp thứ 4 và thứ 5 là các Mã tạm thời cho một số bệnh mới chưa rõ bệnh nguyên hoặc sử dụng trong tình huống khẩn cấp và Nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp khác. Xếp thứ 10 về mức độ phổ biến là Bệnh khác của hệ tiêu hoá với 582 bệnh nhân (5,14%). Như vậy mười bệnh thường gặp chủ liên liên quan đến trẻ em.

5. KẾT LUẬN

- Nữ giới nằm viện điều trị cao hơn nam giới trong năm 2022 nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê.
- Độ tuổi của bệnh nhân nội trú tập trung <18 tuổi (39,44%).
- Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện cao nhất là vào tháng 11 (2320BN chiếm 11,43%), thấp nhất là tháng 02. Khoa Nhi có số lượng bệnh nhân nội trú cao nhất (19.35%).
- Nhóm bệnh phổ biến nhất thuộc Chương X: Bệnh hệ hô hấp theo phân loại ICD-10 (19.83%);
- Mười bệnh phổ biến nhất gặp ở 11.321 bệnh nhân trong tổng số 20.300 bệnh nhân chiếm 55,77%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Đức Long, Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật tỉnh Hải Dương giai đoạn 1998-2000, truy cập tại: <https://www.haiduongdost.gov.vn/2016-04-15-01-17-43/sa-4-2017/754-bao-va-mai-truang,2000>.
- [2] Bộ Y tế (2014), Niên giám thống kê 2013, NXB Y học
- [3] Tống Viết Hiền, Cơ cấu bệnh tật bệnh nhân nội trú và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Phú Thọ năm 2015, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [4] Phùng Văn Tân, Nghiên cứu mô hình bệnh tật và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Châm cứu trung ương từ năm 2014-2018, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Châm cứu trung ương, 2019.
- [5] Tổng Cục thống kê (2014), y tế việt Nam qua tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính sự nghiệp 2012, Hà Nội.

SITUATION AND SOLUTIONS ON THEORETICAL ADVERSE DRUG INTERACTIONS FROM THE LIST OF DRUGS OF SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2020

Nguyen Thi Huyen Thuong^{1*}, To Hoai Nam², Nguyen Van Quang, Pham Tien Dung¹,
Hoang Manh Hung¹

¹Son Tay General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Department of Health - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To develop a list of serious drug interactions that need attention in clinical practice at the hospital as a basis for searching.

Methods: Check the Merative Micromedex interactive lookup software consensus from the hospital formulary with the Drug Interaction Facts 2015 document and product fact sheet.

Results: 33 drug interactions, of which 17 (51.3%) had “contraindicated” interactions and 16 (48.5%) “serious” interactions.

Surveying 20% of medical records, there were 11/82 medical records (13.4%) with 14 interactions, of which 6 were recorded that are common and need attention.

Key words: Drug interaction; Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: bsthuongbvst@gmail.com

Phone number: (+84) 916 324 917



THỰC TRẠNG VÀ CÁC GIẢI PHÁP VỀ TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI TRÊN LÝ THUYẾT TỪ DANH MỤC THUỐC CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2020

Nguyễn Thị Huyền Thương^{1*}, Tô Hoài Nam², Nguyễn Văn Quang, Phạm Tiến Dung¹,
Hoàng Mạnh Hùng¹

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Sở Y tế Hà Nội - số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng danh mục tương tác thuốc nghiêm trọng cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện để làm cơ sở tra cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ danh mục thuốc của bệnh viện, kiểm tra sự đồng thuận phần mềm tra cứu tương tác Merative Micromedex với tài liệu Drug Interaction Facts 2015 và tờ thông tin sản phẩm.

Kết quả: 33 tương tác thuốc, trong đó 17 (51,3%) tương tác “chống chỉ định” và 16 (48,5%) tương tác “nghiêm trọng”.

Khảo sát 20% số lượng bệnh án có 11/82 bệnh án (13,4%) có 14 lượt tương tác, trong đó có 6 tương tác ghi nhận thường gặp và cần chú ý.

Từ khóa: Tương tác thuốc; Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương tác thuốc là một vấn đề nóng, cấp thiết và đang được quan tâm trong thời gian hiện nay. Hậu quả của tương tác thuốc ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và sức khỏe của người bệnh, bao gồm xuất hiện độc tính hoặc phản ứng có hại trong quá trình sử dụng, thất bại điều trị, thậm chí có thể gây tử vong cho bệnh nhân [1], [2]. Trên thực tế lâm sàng, bác sĩ và dược sĩ có thể tra cứu tương tác thuốc trên rất nhiều cơ sở dữ liệu có uy tín khác nhau, tuy nhiên việc không thống nhất trong

nhận định mức độ tương tác, gây khó khăn trong việc tra cứu và tổng hợp thông tin.

Nhằm nâng cao việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả và kinh tế; đồng thời mong muốn xây dựng và áp dụng được quy trình quản lý tương tác thuốc tại bệnh viện, kiểm soát tối đa các tương tác thuốc bất lợi trong thực hành lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành đề tài nghiên cứu “*Thực trạng và các giải pháp về tương tác thuốc bất lợi trên lý thuyết từ danh mục thuốc của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020*” với

*Tác giả liên hệ

Email: bsthuongbvst@gmail.com

Điện thoại: (+84) 916 324 917

mục tiêu: (1) Xây dựng danh mục tương tác thuốc dựa trên lý thuyết từ danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020 và (2) Khảo sát các tương tác thuốc hay gặp tại một số khoa điều trị nội trú dựa trên danh mục tương tác thuốc đã xây dựng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Danh mục hoạt chất có trong danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020
- Bệnh án tháng 9/2021 của 3 khoa Hồi sức cấp cứu, Nội tim mạch và Nội tổng hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Xây dựng danh mục

Danh mục hoạt chất được xây dựng dựa trên các tiêu chí như sau:

Tiêu chí lựa chọn: hoạt chất nằm trong danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020.

Tiêu chí loại trừ: (1) Vitamin và khoáng chất, (2) Dịch truyền, dung dịch thẩm phân, (3) Máu, chế phẩm từ máu, (4) Thuốc có nguồn gốc dược liệu, thuốc y học cổ truyền, (5) Thuốc dùng ngoài.

Quy trình chọn lọc các cặp tương tác thuốc:

- *Bước 1:* Các hoạt chất đã chọn được đưa vào phần mềm Merative Micromedex (MM) [3]. Các thuốc ở dạng phối hợp không sẵn có trong phần mềm MM được tách riêng từng hoạt chất và tra cứu theo từng thành phần hoạt chất. Các hoạt chất thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nhưng không có trong MM được kiểm tra bằng một số tên khác. Các tương tác được ghi nhận sau khi tra cứu trên phần mềm MM là các tương tác “chống chỉ định” và “nghiêm trọng”.

- *Bước 2:* Các cặp tương tác “chống chỉ định” và “nghiêm trọng” đã được lựa chọn từ tra cứu trên phần mềm MM tiếp tục được tra cứu trong hai tài liệu Drug Interaction Facts 2015 [4] và các tờ HDSĐ thuốc đang sử dụng trong bệnh viện, thông tin sản phẩm trên trang www.medicines.org.uk, www.drugbank.vn, dailymed.nlm.nih.gov (sau đây gọi chung là TTTSP) [5], [6], [7].

Các tương tác thuốc được ghi nhận ở bước này khi có sự đồng thuận của ít nhất 02 cơ sở dữ liệu. Trường hợp các hoạt chất không tra cứu được trên phần mềm MM, hoạt chất sẽ được tra cứu trên TTTSP và ghi nhận các tương tác thuốc “chống chỉ định”.

Thông nhất ghi nhận tương tác thuốc giữa các cơ sở dữ liệu như sau:

- Đối với TTTSP, tương tác được ghi nhận là tương tác thuốc “chống chỉ định” đồng thuận với tương tác “chống chỉ định” tra cứu trên phần mềm MM.

- Đối với tài liệu Drug Interaction Facts 2015, những cặp tương tác có mức độ “chống chỉ định” trong MM đồng thời có mức độ “nghiêm trọng” trong DIF được ghi nhận có mức độ “chống chỉ định”. Những cặp tương tác có mức độ “nghiêm trọng” trong MM đồng thời có mức độ “nghiêm trọng” trong DIF được ghi nhận có mức độ “nghiêm trọng”.

b. Khảo sát các tương tác thuốc hay gặp tại một số khoa điều trị nội trú

- Lựa chọn ngẫu nhiên 20% số lượng bệnh án tháng 9/2021 của 3 khoa Hồi sức cấp cứu, Nội tim mạch và Nội tổng hợp.

- Từ danh mục tương tác thuốc đã xây dựng ở mục tiêu 1, rà soát các tương tác thuốc gặp phải trong các bệnh án đã chọn, từ đó đánh giá mức độ thường gặp của các tương tác.

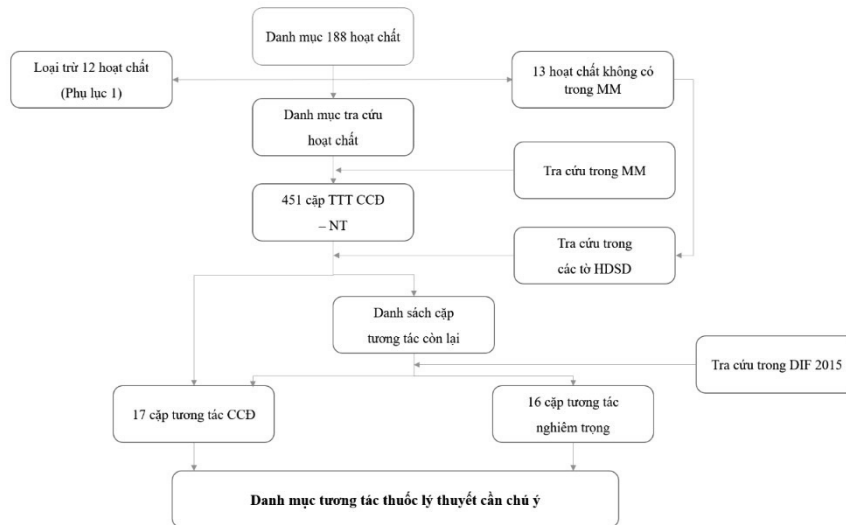
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc dựa trên lý thuyết

188 hoạt chất được lấy từ danh mục danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020, trong đó 12 hoạt chất bị loại trừ, 13 hoạt chất không tra cứu được trên phần mềm MM. 451 cặp tương tác thuốc “chống chỉ định” và “nghiêm trọng” được tra cứu trên phần mềm MM. Tiếp tục tra cứu trên tài liệu Drug Interaction Facts 2015 và TTTSP, 33 cặp tương tác thuốc được ghi nhận, trong đó, 17 (51,3%) tương tác “chống chỉ định” và 16 (48,5%) tương tác “nghiêm trọng”. Quy trình xây dựng và danh mục các cặp tương tác thuốc được trình bày trong hình 3.1 và bảng 3.2.



Hình 3.1. Quá trình xây dựng danh mục TTT lý thuyết cần chú ý



Bảng 3.1. Đặc điểm các cặp tương tác theo mức độ nặng

Mức độ nặng của tương tác			Tỷ lệ cặp tương tác (n, %) N = 33
MM	Tờ HDS	DIF	
CCĐ	CCĐ		13 (39,4%)
CCĐ	CCĐ	Nghiêm trọng	4 (12,1%)
Nghiêm trọng		Nghiêm trọng	16 (48,5%)

Nhận xét: Trong 17 cặp tương tác chống chỉ định được ghi nhận, có 13 cặp chống chỉ định được ghi nhận ở 2 tài liệu MM và TTTSP (39,4%), 4 cặp chống chỉ định được ghi nhận ở cả 3 tài liệu (12,1%). 16 cặp tương tác được ghi nhận mức độ nghiêm trọng theo đồng thuận của MM và DIF (48,5%).

Bảng 3.2. Danh mục các cặp TTT bất lợi được đồng thuận giữa các tài liệu

STT	Cặp tương tác		Mức độ nghiêm trọng			Mức độ nghiêm trọng đồng thuận
			MM	Tờ HDS	DIF	
1	Amiodaron	Sulfamethoxazol/ Trimethoprim	CCĐ	CCĐ		CCĐ
2	Alfuzosin	Clarithromycin	CCĐ	CCĐ		CCĐ
3	Alfuzosin	Itraconazol	CCĐ	CCĐ		CCĐ
4	Aspirin	Ketorolac	CCĐ	CCĐ	NT	CCĐ
5	Clarithromycin	Ivabradin	CCĐ	CCĐ		CCĐ
6	Dabigatran	Enoxaparin	CCĐ	CCĐ		CCĐ
7	Dabigatran	Itraconazol	CCĐ	CCĐ		CCĐ
8	Diclofenac	Ketorolac	CCĐ	CCĐ		CCĐ

STT	Cặp tương tác		Mức độ nghiêm trọng			Mức độ nghiêm trọng đồng thuận
			MM	Tờ HDSĐ	DIF	
9	Dobutamin	Linezolid	CCĐ	CCĐ		CCĐ
10	Dopamin	Linezolid	CCĐ	CCĐ	NT	CCĐ
11	Itraconazol	Ivabradine	CCĐ	CCĐ		CCĐ
12	Itraconazol	Midazolam	CCĐ	CCĐ	NT	CCĐ
13	Ketorolac	Meloxicam	CCĐ	CCĐ		CCĐ
14	Ketorolac	Pentoxifyllin	CCĐ	CCĐ		CCĐ
15	Ketorolac	Piroxicam	CCĐ	CCĐ		CCĐ
16	Linezolid	Methyldopa	CCĐ	CCĐ		CCĐ
17	Linezolid	Sertraline	CCĐ	CCĐ	NT	CCĐ
18	Allopurinol	Captopril	NT		NT	NT
19	Allopurinol	Enalapril/ Hydrochlorothiazid	NT		NT	NT
20	Amikacin	Furosemid	NT		NT	NT
21	Amikacin	Rocuronium	NT		NT	NT
22	Amiodaron	Clarithromycin	NT		NT	NT
23	Amiodaron	Digoxin	NT		NT	NT
24	Amiodaron	Fentanyl	NT		NT	NT
25	Amiodaron	Levofloxacin	NT		NT	NT
26	Aspirin	Clopidogrel	NT		NT	NT
27	Aspirin	Diclofenac	NT		NT	NT
28	Aspirin	Piroxicam	NT		NT	NT
29	Clarithromycin	Digoxin	NT		NT	NT
30	Clopidogrel	Esomeprazol	NT		NT	NT
31	Diclofenac	Enoxaparin	NT		NT	NT
32	Fenofibrat	Rosuvastatin	NT		NT	NT
33	Perindopril	Spirolacton	NT		NT	NT

3.2. Khảo sát các tương tác thuốc hay gặp tại một số khoa điều trị nội trú dựa trên danh mục tương tác thuốc đã xây dựng

Khảo sát ngẫu nhiên 20% số lượng bệnh án trong tháng 9/2021 của 3 khoa Hồi sức cấp cứu, Nội tim mạch và Nội tổng hợp. Kết quả khảo sát trên 82/411 bệnh án,

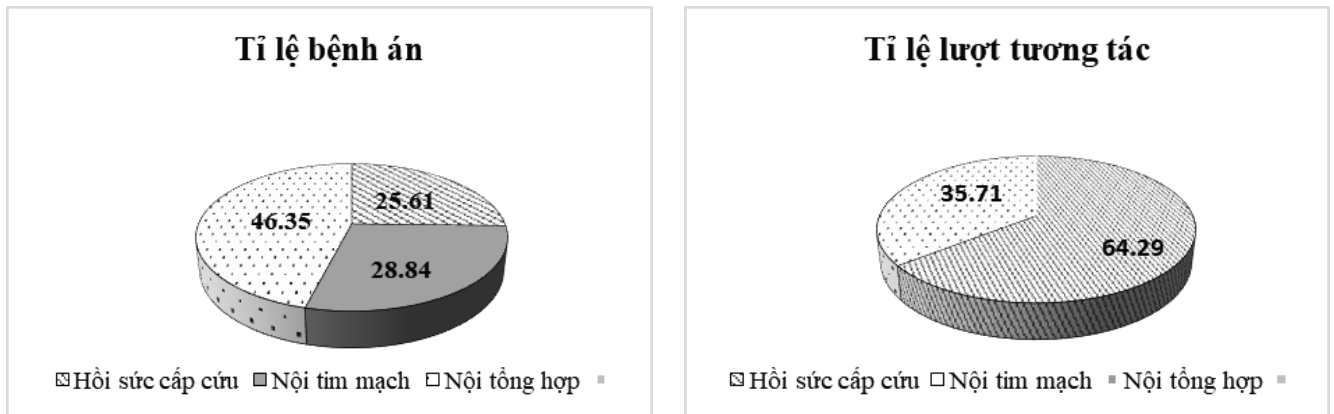
trong đó có 21/105 bệnh án của khoa Hồi sức cấp cứu, 23/115 bệnh án của khoa Nội tim mạch và 38/191 bệnh án của khoa Nội tổng hợp. Tỷ lệ bệnh án gặp tương tác là 13,4% (11 bệnh án) với 14 lượt tương tác. Đặc điểm tương tác thuốc gặp tại các khoa được trình bày trong hình 3.2 và bảng 3.3.



Bảng 3.3. Đặc điểm số lượng và tỉ lệ bệnh án được khảo sát

	Hồi sức cấp cứu	Nội tim mạch	Nội tổng hợp
Số bệnh án	21 (25,61%)	23 (28,04%)	38 (46,35%)
Số lượt tương tác	9 (64,29%)	5 (35,71%)	0 (0%)

Hình 3.2. Biểu đồ tỉ lệ số lượng bệnh án và lượt tương tác tại các khoa



Nhận xét: Khoa Hồi sức cấp cứu có 21 trong tổng số 82 bệnh án (25,61%) được rà soát chiếm số lượt lớn nhất (9 lượt) trong tổng số 14 lượt tương tác (64,29%). Khoa Nội tổng hợp có số lượng bệnh án được rà soát nhiều nhất (38 bệnh án, chiếm 46,35%) nhưng lại không ghi nhận lượt tương tác nào. Khoa Nội tim mạch có số bệnh án được rà soát là 23 (28,04%) ghi nhận 5 lượt tương tác thuốc (35,71%).

Trong số các tương tác gặp phải có 1 cặp CCD là Dobutamin và Linezolid, 5 cặp tương tác nghiêm trọng là Amikacin và Furosemid, Amiodaron và Fentanyl, Clopidogrel và Esomeprazol, Perindopril và Spironolacton, Aspirin và Clopidogrel. Tương tác chống chỉ định của Dobutamin và Linezolid (7,1%), cặp tương tác giữa Amikacin và Furosemid gặp nhiều nhất (28,6%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc dựa trên lý thuyết

Tương tác thuốc vẫn luôn là vấn đề mà bác sĩ và dược sĩ cần lưu tâm tới khi sử dụng thuốc trên bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân sử dụng nhiều thuốc cùng một lúc. Tuy nhiên sự không thống nhất về nhận định

mức độ tương tác thuốc giữa cơ sở dữ liệu cũng như có quá nhiều thông tin cần tổng hợp và đánh giá gây khó khăn rất lớn trong việc cân nhắc sử dụng thuốc trên bệnh nhân. Do đó nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích xây dựng danh mục ngăn gọn, dễ nhớ về những tương tác thuốc thực sự nghiêm trọng và cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện để làm cơ sở tra cứu cũng như cảnh báo đến bác sĩ, hướng tới việc sử dụng thuốc hợp lý, hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một số lượng rất lớn (451) cặp tương tác thuốc “chống chỉ định” và “nghiêm trọng” được ghi nhận từ việc kiểm tra tương tác trên phần mềm MM với 176 hoạt chất được chọn từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020, chúng tôi đã rút gọn và ghi nhận 33 tương tác thuốc. Với danh mục đã rút gọn như vậy, việc áp dụng danh mục để tra cứu tương tác đã thuận lợi và tiết kiệm thời gian hơn rất nhiều cho bác sĩ và dược sĩ. Sự thuận tiện trong tra cứu cũng khiến cho việc sử dụng thuốc an toàn, tránh các tương tác thuốc bất lợi hoặc xử trí tương tác thuốc kịp thời có thể tăng hiệu quả đáng kể.

4.2. Khảo sát các tương tác thuốc hay gặp tại một số khoa điều trị nội trú dựa trên danh mục tương tác thuốc đã xây dựng

Sau khi xây dựng danh mục tương tác thuốc, chúng tôi tiến hành khảo sát tương tác thuốc đã xây dựng để

đánh giá tỷ lệ thường gặp của các tương tác. Qua khảo sát cho thấy rằng, tuy có số lượng bệnh án được khảo sát ít nhất là 21 bệnh án (25,61%) nhưng khoa Hồi sức cấp cứu ghi nhận được lượt tương tác nhiều nhất. Mặt khác, khoa Nội tổng hợp chiếm đa số các bệnh án được khảo sát (46,35%) nhưng không ghi nhận lượt tương tác nào. Kết quả này cho thấy tính chất phức tạp trong sử dụng thuốc tại khoa, các bệnh nhân hồi sức và tim mạch thường phải phối hợp nhiều nhóm thuốc điều trị, phải sử dụng thuốc dài ngày khiến cho số lượng tương tác thuốc của các bệnh nhân các khoa này tăng cao so với nhóm bệnh nhân điều trị nội chung.

Do vấn đề về quy mô của nghiên cứu, chúng tôi mới chỉ thực hiện được khảo sát trên một số ít bệnh án tại 3 khoa phòng. Do đó việc ghi nhận các tương tác thường xuyên gặp phải có thể còn chưa đầy đủ. Do đó chúng tôi kiến nghị tiếp tục khảo sát danh mục đã xây dựng để có thể đưa ra cảnh báo về các tương tác thuốc “chống chỉ định” và “nghiêm trọng” đầy đủ hơn cho bác sĩ và dược sĩ.

Một số nguyên nhân khách quan có thể ảnh hưởng đến quyết định của bác sĩ điều trị tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây. Tình trạng bệnh là yếu tố quan trọng có ảnh hưởng đến mức độ đồng thuận của bác sĩ. Trong một số trường hợp cụ thể, mặc dù bác sĩ nắm rõ tương tác thuốc nhưng vẫn kê đơn, bác sĩ đã đánh giá lợi ích và nguy cơ trên bệnh nhân cụ thể khi phối hợp thuốc, hoặc bệnh nhân này buộc phải phối hợp thuốc như vậy mới cải thiện được tình trạng. Mặt khác, việc điều trị theo kinh nghiệm của bác sĩ còn rất phổ biến trên thực hành lâm sàng.

Qua ý kiến của bác sĩ cho thấy kết quả của quá trình tư vấn của dược sĩ lâm sàng tới bác sĩ thành công hay không còn phụ thuộc một số yếu tố vừa khách quan, vừa chủ quan. Từ đó cũng thấy trong quá trình thực hiện nhiệm vụ của người dược sĩ lâm sàng còn gặp nhiều khó khăn, người dược sĩ phải không ngừng cập nhật kiến thức mới, đổi mới phương thức làm việc, đồng thời bắt kịp với xu hướng phát triển mới của thời

đại, mục đích cuối cùng vì sự an toàn của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Từ danh mục thuốc bệnh viện, 33 cặp tương tác thuốc được ghi nhận, trong đó 17 cặp tương tác “chống chỉ định” và 16 cặp tương tác “nghiêm trọng”. 33 cặp tương tác được xây dựng thành “Danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng” cho Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

Từ danh mục tương tác thuốc đã xây dựng, chúng tôi khảo sát ngẫu nhiên 82 bệnh án (20% tổng số bệnh án của viện) của 3 khoa Hồi sức cấp cứu, Nội tim mạch, Nội tổng quát trong tháng 9/2021. Từ đó để rút gọn danh mục tương tác thuốc thường gặp tại bệnh viện và nâng mức độ cảnh báo để các bác sĩ có đầy đủ thông tin, thận trọng và cân nhắc hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Dược lâm sàng, tr. 66-71, NXB Y học, Hà Nội, 2011. Bộ Y tế (2014), Dược lý học lâm sàng, tr. 63-70, NXB Y học, Hà Nội.
- [2] Bộ Y tế, Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định, tr. 10-30, NXB Y học, Hà Nội, 2014.
- [3] Truven Health Analytics, “Micromedex 2.0”, from <http://www.micromedexsolutions.com>.
- [4] David S.T, Drug Interaction Facts, Wolters Kluwer Health, 2015.
- [5] Compendium Electronic Medicines, Retrieved, from <https://www.medicines.org.uk/emc/>.
- [6] Dailymed, Retrieved, from <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/index.cfm>
- [7] Bộ Y tế, “Ngân hàng dữ liệu ngành Dược”, <https://drugbank.vn/>, 2019



THE SITUATION OF HEALTH EDUCATION OF NURSES FOR INPATIENT TREATMENT AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Hoang Thi Van Anh*, Hoang Manh Hung, Hoang Tien Thang, Nguyen Thi Thanh Thuy

Son Tay district General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: To describe some characteristics and practice knowledge of nurses about health education for inpatients at Son Tay General Hospital in 2022.

Methods: A cross-sectional descriptive study was carried out at Son Tay General Hospital from March 1, 2022 to September 1, 2022.

Research subjects: Nurses, midwives, medical technicians (referred to as nurses) who directly take care of inpatients at 12 clinical departments and agreed to participate in the study.

Research results: Correct knowledge of health education of nurses for inpatients at the Hospital accounted for 93.6%; correct knowledge of familiarization skills is 95%; correct knowledge of observation skills is 91.5%; correct knowledge of listening skills is 90.6%; correct knowledge of questioning skills is 89.9%; correct knowledge of interpretation skills is 97.6%; correct knowledge of skills in using health education materials is 97.3%; correct knowledge of skills to encourage, motivate and praise is 96.3%

Conclusion: Hospitals need to strengthen the active role of nurses in health care for patients through checking, monitoring, motivating, rewarding and encouraging nurses to do their jobs well.

Keywords: Health education knowledge, nursing, inpatient treatment, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: Vananhbvst@gmail

Phone number: (+84) 989 177 957

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN CHO NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2022

Hoàng Thị Vân Anh*, Hoàng Mạnh Hùng, Hoàng Tiến Thắng, Nguyễn Thị Thanh Thúy

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm và thực trạng kiến thức của điều dưỡng viên về công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 01/03/2022 đến 01/09/2022.

Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y (gọi tắt là điều dưỡng) trực tiếp chăm sóc người bệnh điều trị nội trú tại 12 khoa lâm sàng và đồng ý tham gia nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu: Kiến thức đúng về Giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện chiếm 93,6%; kiến thức đúng về kỹ năng làm quen là 95%; kiến thức đúng về kỹ năng quan sát là 91,5%; kiến thức đúng về kỹ năng lắng nghe là 90,6%; kiến thức đúng về kỹ năng đặt câu hỏi là 89,9%; kiến thức đúng về kỹ năng giải thích là 97,6%; kiến thức đúng về kỹ năng sử dụng tài liệu GDSK là 97,3%; kiến thức đúng về kỹ năng khuyến khích động viên khen ngợi là 96,3%

Kết luận: Bệnh viện cần tăng cường vai trò chủ động của điều dưỡng trong công tác chăm sóc GDSK cho người bệnh thông qua kiểm tra, giám sát, động viên, khen thưởng kịp thời, khích lệ điều dưỡng làm tốt công việc.

Từ khóa: Kiến thức giáo dục sức khỏe, điều dưỡng, điều trị nội trú, Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục sức khỏe (GDSK) là một hoạt động y tế quan trọng nhằm làm thay đổi hành vi sức khỏe cho người bệnh. GDSK có vai trò to lớn trong việc góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho con người. Nếu giáo dục sức khỏe đạt hiệu quả, sẽ giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh,

tỷ lệ tàn phế và tỷ lệ tử vong, nhất là ở các nước đang phát triển¹.

Trong quá trình đi buồng, giám sát, kiểm tra chúng tôi thấy có nhiều rào cản giữa người bệnh và điều dưỡng trong quá trình tư vấn GDSK cho người bệnh. Đặc biệt là tư vấn giáo dục sức khỏe chưa phù hợp với từng nhu cầu của người bệnh. Bên cạnh đó các nội dung tư

*Tác giả liên hệ

Email: Vananhbvst@gmail

Điện thoại: (+84) 989 177 957



vấn GDSK chủ yếu bằng lời nói, không có văn bản để người nhà và người bệnh nhớ. Nhân viên y tế tư vấn GDSK chưa thống nhất về nội dung, hình thức, thứ tự tư vấn. Bên cạnh đó Bệnh viện đa khoa Sơn Tây chưa có đề tài nghiên cứu nào về công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh điều trị nội trú. Vì vậy chúng tôi làm đề tài **“Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng viên cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022”** với mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm và thực trạng kiến thức của điều dưỡng viên về công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 12 khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y trực tiếp chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01/3/2022 đến tháng 01/9/2022

2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cơ mẫu nghiên cứu:*

a. Cỡ mẫu:

- Dựa vào công thức của Taro Yamane (1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$= \frac{133}{1 + (133 * 0.05 * 0.05)} = 99,8$$

- Trong đó

n: cỡ mẫu

N: quần thể nghiên cứu = 133

e: Khoảng sai lệch cho phép giữa tỉ lệ thu được từ mẫu = 0,05

- Từ công thức trên nhóm nghiên cứu tính được n= 99,8

- Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 99,8 điều dưỡng. Nhóm nghiên cứu quyết định chọn cỡ mẫu là 100 điều dưỡng.

b. Phương pháp chọn mẫu:

- Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng, ngẫu nhiên đơn bằng cách bốc thăm dựa vào danh sách điều dưỡng chăm sóc của 12 khoa lâm sàng.

Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá

Bộ công cụ được thiết kế dựa trên các nội dung về các kỹ năng GDSK cơ bản trong giáo trình Khoa học hành vi và Giáo dục sức khỏe¹ và tham khảo bộ câu hỏi của Trần Thị Hằng Nga trong nghiên cứu “Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Quảng Trị năm 2018”³.

Bộ công cụ: gồm bảng thu thập thông tin chung của điều dưỡng và bộ câu hỏi tự điền về kiến thức GDSK cho người bệnh của điều dưỡng. Bộ công cụ gồm các phần sau:

- Thông tin chung gồm các câu hỏi về: năm sinh, giới tính, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn, đào tạo GDSK, số người bệnh chăm sóc/ngày.

- Bộ câu hỏi về kiến thức GDSK của điều dưỡng gồm 30 câu, cụ thể:

+ Kỹ năng làm quen	03 câu
+ Kỹ năng quan sát	04 câu
+ Kỹ năng lắng nghe	03 câu
+ Kỹ năng đặt câu hỏi	08 câu
+ Kỹ năng giải thích	06 câu
+ Kỹ năng sử dụng tài liệu	03 câu
+ Kỹ năng khuyến khích, động viên, khen ngợi	03 câu

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của điều dưỡng (n= 100)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 30 tuổi	24	24%
	Từ 30-50 tuổi	73	73%
	>50 tuổi	3	3%
Giới	Nam	13	13%
	Nữ	87	87%
Trình độ học vấn	Đại học	31	31%
	Cao đẳng	58	58%
	Trung học	11	11%
Thâm niên công tác	< 5 năm	12	12%
	5-10 năm	28	28%
	≥ 10 năm	60	60%
Đào tạo về GDSK năm 2022	Có	47	47%
	Không	53	53%
Số NB chăm sóc/ngày/điều dưỡng	< 5 NB	10	10%
	Từ 5-10 NB	52	52%
	>10 NB	38	38%

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ ĐD nữ chiếm chủ yếu (87%) và đa phần (73%) ĐDV có độ tuổi từ 30-50 tuổi. Về trình độ chuyên môn, hầu hết ĐDV có trình độ cao đẳng và đại học, có tỷ lệ lần lượt là 58% và 31%. Về thâm niên công tác, những người đã công tác tại bệnh viện trên 10 năm có tỷ lệ cao nhất (60%), Số

lượng người bệnh trung bình một điều dưỡng chăm sóc trong 01 từ 5-10 người bệnh/ ngày chiếm tỷ lệ cao 52%. Đối tượng trong nghiên cứu không được đào tạo về GDSK năm 2022 chiếm tỷ lệ 53%.

3.2. Kiến thức về GDSK của điều dưỡng



Bảng 3.2. Thực trạng kiến thức đúng về kỹ năng làm quen, quan sát và lắng nghe của điều dưỡng (n=100)

Nội dung kiến thức	Số lượng ĐD trả lời đúng (n)	Tỷ lệ ĐD trả lời đúng %
Kỹ năng làm quen		
Điều dưỡng thực hiện chào hỏi thân mật đối tượng GDSK	95	95%
Điều dưỡng nêu rõ lý do, ý nghĩa của buổi GDSK để đối tượng hiểu rõ	97	97%
Điều dưỡng nên quan tâm đến các đặc điểm, các vấn đề liên quan đến người bệnh và gia đình khi mở đầu buổi nói chuyện	93	93%
Kỹ năng quan sát		
Điều dưỡng nên có sự quan sát tổng thể các sự kiện hiện tượng liên quan đến các vấn đề, các chủ đề sức khỏe mà chúng ta chuẩn bị nói chuyện	95	95%
Điều dưỡng nên quan sát bao quát để biết được mức độ quan tâm, chú ý của người bệnh với mình	95	95%
Điều dưỡng nên yêu cầu gia đình mô tả hoặc thực hiện một số hành động liên quan đến các hoạt động nâng cao sức khỏe để nắm được tình hình hiểu biết của người bệnh về vấn đề	84	84%
Điều dưỡng có thể trao đổi ngay với người bệnh khi phát hiện được những vấn đề có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe để có hướng giải quyết	92	92%
Kỹ năng lắng nghe		
Kỹ năng lắng nghe nghĩa là nghe một cách chủ động, nhìn vào mắt người nói và biểu hiện sự thân thiện, khích lệ người nói	97	97%
Thể hiện sự lắng nghe còn ở sự đồng cảm, sự thấu hiểu thể hiện qua cử chỉ, dáng điệu	80	80%
Điều dưỡng không nên đột ngột ngắt lời người nói, làm việc khác, hoặc nhìn đi nơi khác và thể hiện sự sốt ruột, khó chịu.	95	95%

Nhận xét:

+ Trong kỹ năng làm quen: kiến thức đúng của điều dưỡng đạt tỷ lệ từ 93% trở lên.

+ Kiến thức đúng của điều dưỡng về kỹ năng quan sát chiếm tỷ lệ cao nhất 95%, thấp nhất 84%

+ Kiến thức về kỹ năng lắng nghe bao gồm nghe một cách chủ động biểu hiện sự thân thiện, điều dưỡng không đột ngột ngắt lời người nói, làm việc khác và lắng nghe còn ở sự đồng cảm, thấu hiểu thể hiện qua cử chỉ ...thì tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng lần lượt là 97%; 95% và 80%.

Bảng 3.3. Thực trạng kiến thức về kỹ năng đặt câu hỏi, kỹ năng giải thích, kỹ năng sử dụng tài liệu GDSK và kỹ năng khuyến khích động viên khen ngợi của điều dưỡng (n=100)

Nội dung kiến thức	Số lượng ĐD trả lời đúng (n)	Tỷ lệ ĐD trả lời đúng %
Kỹ năng đặt câu hỏi		
Sự cần thiết của việc đặt câu hỏi	99	99%
Điều dưỡng sử dụng câu hỏi đóng để đánh giá nhanh, để biết được tình hình chung của NB	52	52%
ĐD sử dụng câu hỏi mở là để đánh giá quan điểm, thái độ của NB về một vấn đề, các nguyên nhân, yếu tố ảnh hưởng, cách giải quyết, các đề xuất cho một việc cụ thể.	95	95%
ĐD cần đặt câu hỏi có liên quan với chủ đề GDSK không nên hỏi lan man gây mất tập trung, ảnh hưởng đến kết quả.	96	96%
ĐD không nên hỏi kiểu kiểm tra kiến thức hoặc hỏi liên tục gây ức chế cho NB	95	95%
ĐD nên kết hợp các dạng câu hỏi tùy thuộc và ý đồ và tình huống	88	88%
Khi phát hiện NB có những thiếu hụt kiến thức hoặc hiểu sai vấn đề người ĐD cần cung cấp thông tin bổ sung thích hợp, giải thích, làm rõ cho NB	96	96%
ĐD cần đặt câu hỏi rõ ràng, ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với NB, để giúp NB có câu trả lời đúng trọng tâm, có đủ thông tin	98	98%
Kỹ năng giải thích		
Yêu cầu về nội dung khi giải thích cho NB	99	99%
Yêu cầu về trình tự khi giải thích	99	99%
Yêu cầu về ngôn ngữ khi giải thích	99	99%
Sử dụng phương tiện	97	97%
Sử dụng thời gian	94	94%
Thể hiện sự tôn trọng người bệnh	98	98%
Kỹ năng sử dụng tài liệu GDSK		
Chuẩn bị tài liệu	99	99%
Mục đích của các nguồn tài liệu GDSK	96	96%
Nguồn gốc của tài liệu	97	97%
Kỹ năng khuyến khích động viên khen ngợi		
Thời điểm khen ngợi	96	96%
Việc phê phán người bệnh	96	96%
Cần hỗ trợ người bệnh	97	97%

Nhận xét: Với kết quả thu được ở bảng 3.3 về kiến thức đúng của điều dưỡng về kỹ năng đặt câu hỏi trong GDSK chiếm tỷ lệ từ 52% đến 99%. Kiến thức đúng về kỹ năng sử dụng tài liệu GDSK của điều dưỡng: chuẩn bị tài liệu,

nguồn gốc và mục đích của tài liệu chiếm tỷ lệ lần lượt là 99%; 97% và 96%. Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng về cách hỗ trợ người bệnh thời, điểm khen ngợi, phê phán người bệnh và lần lượt là 97%; 96% và 96%.



Bảng 3.4. Điểm trung bình chung kiến thức về GDSK của điều dưỡng

Trung bình	Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Độ lệch chuẩn
28,09	15	30	2,412

Nhận xét: Điểm trung bình chung kiến thức về GDSK của điều dưỡng là 28,09 (đạt tỷ lệ 93,6%) với điểm cao nhất là 30 điểm (đạt tỷ lệ 100%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của điều dưỡng tham gia nghiên cứu:

Điều dưỡng viên tham gia trong nghiên cứu này chủ yếu là nữ 87% tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Trần Ngọc Trung (2012) nữ giới 83,3%^[5]. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với ngành nghề điều dưỡng chủ yếu là nữ.

Độ tuổi từ 30-50 tuổi (73%) và thâm niên công tác trên 10 năm (60%), về nhân sự trình độ của ĐDV trong nghiên cứu này đại học (31%), trình độ cao đẳng chiếm 58% khác biệt so với các nghiên cứu khác, cụ thể: kết quả nghiên cứu của Phùng Thị Phương (2013), nhóm tuổi từ 30-50 có tỷ lệ 53,6%; điều dưỡng trung cấp 95,6%⁶. Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu, thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu là khác nhau. Gần đây theo quy định của Bộ Y tế, điều dưỡng hệ trung cấp phải chuẩn hoá vì vậy đã có nhiều điều dưỡng trung cấp đi học nâng cao trình độ. Điều dưỡng lớn tuổi họ có kinh nghiệm tốt hơn trong năm bắt tình trạng bệnh và mức độ tiếp thu của người bệnh đó cũng là điểm thuận lợi của bệnh viện.

4.2. Thực trạng kiến thức thái độ GDSK của điều dưỡng

Trong các kỹ năng giáo dục sức khỏe thì kỹ năng làm quen và kỹ năng quan sát là các kỹ năng đầu tiên đạt tỷ lệ từ 93%, giúp người điều dưỡng tạo mối quan hệ gần gũi với người bệnh và gia đình người bệnh, để từ đó nâng cao hiệu quả của buổi truyền thông giáo dục sức khỏe. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu Casey (2007) đã chỉ ra điều dưỡng phải có kỹ năng nâng cao sức khỏe^[7].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy kỹ năng lắng nghe của điều dưỡng đạt khá cao, có tới 97% kết quả này là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Fitzpatrick (2005) đã chỉ ra, điều dưỡng cần phải có thái độ đúng

và luôn mong muốn người bệnh tăng cường sức khỏe của họ^[9].

Thực trạng kiến thức về kỹ năng đặt câu hỏi và giải thích của điều dưỡng tại bảng 3.3 ở mức cao đạt từ 95%.

Điều dưỡng trả lời đúng yêu cầu về nội dung khi giải thích cho người bệnh trình tự giải thích, ngôn ngữ trong quá trình giải thích, kiến thức về kỹ năng sử dụng tài liệu và kỹ năng khuyến khích động viên khen ngợi chiếm tỷ lệ cao trên 94% kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Modupe Olusola Oyetude (2015) là có 82% người được hỏi cho rằng sử dụng tài liệu hỗ trợ GDSK sẽ giúp cho người bệnh nắm bắt và ghi nhớ thông tin tốt hơn^[8].

Khi xét điểm trung bình kiến thức về kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại bảng 3.4 thì thấy kết quả đạt được khá tốt với kết quả điểm trung bình đạt 28,09 với điểm cao nhất là 30 trên tổng 30 điểm. Mặc dù không phải cứ kiến thức tốt thì thực hành sẽ tốt nhưng kiến thức tốt sẽ tạo tiền đề để thực hành đạt được hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

* Một số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ điều dưỡng có độ tuổi 30-50 chiếm tỷ lệ 73%, đa số là nữ chiếm 87%, trình độ cao đẳng là 58%; thâm niên công tác >10 năm là 60%

- Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về GDSK năm 2022 là 47%

* Kiến thức của điều dưỡng về công tác GDSK cho người bệnh điều trị nội trú

- Tỷ lệ kiến thức đúng về GDSK của điều dưỡng cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là 93,6% trong đó:

- Tỷ lệ kiến thức đúng về kỹ năng giải thích, khuyến khích và khen ngợi làm quen, quan sát lần lượt là 97,3%, 96,3%, 95%, 90,6%.

- Kiến thức về kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây đạt tỷ lệ 93,6%

khẳng định trong tương lai chất lượng chăm sóc của người bệnh tại bệnh viện sẽ được tăng cao. Và điều dưỡng nữ có trình độ chuyên môn cao trong độ tuổi 30-50 với thời gian công tác trên 10 năm thì kiến thức và kỹ năng giáo dục sức khỏe cho người bệnh càng cao. Đó cũng là một thuận lợi trong thực hành giáo dục sức khỏe cho người bệnh trước khi nhập viện, trong khi nằm viện, khi ra viện và cách phòng bệnh tại nhà.

KHUYẾN NGHỊ

Đội ngũ điều dưỡng viên có kiến thức rất tốt về GDSK, cần chủ động thực hiện nhiệm vụ GDSK cho người bệnh bằng nhiều hình thức; Từ đó đưa ra những can thiệp cụ thể với từng đối tượng người bệnh để đạt hiệu quả chất lượng chăm sóc tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế - Vụ Khoa học đào tạo (2005), Kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 5-85.
- [2] Nguyễn Văn Hiến, Khoa học hành vi và Giáo dục sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.141-146, 2006.
- [3] Phùng Thị Phương, Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2013, Tạp chí Y học lâm sàng, tr 67-71, 2013.
- [4] Trần Ngọc Trung, Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2012, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, tr 20-28, 2012.
- [5] Huỳnh Thanh Phong, Khảo sát yếu tố liên quan đến chất lượng chăm sóc của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2014, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, trang 92-99, 2014.
- [6] Casey D, Using action research to change health-promoting practice, Nursing and Health Sciences, vol. 9 (pg. 5-13), 2007.
- [7] Modupe Olusola Oyetunde, Atinuke Janet Akinmeye, Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan. Journal of Nursing, 5: 500-507, 2015.
- [8] Fitzpatrick A and Hyde A (2005).What Characterizes the “Usual” Preoperative Education in Clinical Contexts. Nursing and Health Sciences, 7, pp. 251-258.



CURRENT STATUS OF EQUIPMENT, FACILITIES AND KNOWLEDGE, ATTITUDE OF MEDICAL STAFF IN IMPLEMENTING SOME STANDARD PREVENTIVE MEASURES AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2020

Dang Duc Hoan*, Nguyen Van Quang, Nguyen Thi Nhu Hoa, Phung Thi My Anh, Vu Duc Minh

Son Tay district General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current state of equipment and facilities in the standard prevention at Son Tay General Hospital in 2020 and describe the knowledge and attitude of medical staff in implementing a number of standard preventive measures at the hospital. Son Tay General Hospital from March 1, 2020 to September 30, 2020.

Research subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on health workers including doctors, nurses, Midwives, Medical Technician (hereinafter referred to as nurses), midwives who are directly treating and taking care of patients in clinical departments. are directly treating and caring for patients in clinical departments that practice standard precautions.

+ Working continuously at Son Tay General Hospital for ≥ 12 months;

+ Agree to participate in the study

Results: *Actual situation of equipment and facilities for Standard prevention work:* Regarding the means of hygiene and sanitation in the faculties: enough soap accounted for 78.5%, enough antiseptic solution and clean water, however hand towels in the basin area washing only 14.28%, accounting for 100%, the hand hygiene instruction table reached 21.4%. Regarding facilities and equipment for waste classification and collection: There is a temporary waste concentration place: 100%, the right color waste container: 100%, there is a poster instructing garbage collection. Waste is only 35.7%. About personal protective equipment, 100% guaranteed.

Knowledge and attitude of health workers in Standard Prevention: In terms of knowledge, general knowledge about Standard prevention reached 77%; hand hygiene knowledge reached 90.7%; Knowledge about rehabilitation reached 83%. Regarding attitudes in Standard Prevention: Attitudes of health workers in general Standard prevention compliance: Positive 96.2%; Attitude to Standard prevention compliance of health workers 98.5%, washing hands many times a day will reduce the rate of hospital infection, agree 85.7%

Keywords: Standard prevention, nosocomial infection, Son Tay General Hospital.

*Corresponding author

Email address: DrDang@gmail

Phone number: (+84) 912 126 506

THỰC TRẠNG TRANG THIẾT BỊ, CƠ SỞ VẬT CHẤT VÀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG THỰC HIỆN MỘT SỐ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA CHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2020

Đặng Đức Hoàn*, Nguyễn Văn Quang, Nguyễn Thị Như Hoa, Phùng Thị Mỹ Anh, Vũ Đức Minh

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất trong phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2020 và mô tả kiến thức, thái độ của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây từ 01/3/2020 đến 30/9/2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những Nhân viên y tế bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, NHS, KTV (sau đây gọi chung là điều dưỡng), hộ lý đang trực tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng 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 Sơn Tây ≥ 12 tháng;

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

Kết quả: *Thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất cho công tác PNC:* Về phương tiện VST tại các khoa: đủ xà phòng chiếm 78,5%, đủ dung dịch sát khuẩn và nước sạch, tuy nhiên khăn lau tay ở khu vực bồn rửa chỉ có 14,28% chiếm 100%, Bảng hướng dẫn vệ sinh tay đạt 21,4%. Về cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ công tác Phân loại và thu gom chất thải: Có nơi tập trung chất thải tạm thời: 100%, thùng đựng chất thải đúng màu sắc: 100%, có poster hướng dẫn thu gom rác thải chỉ đạt 35,7%. Về trang thiết bị phòng hộ cá nhân đảm bảo 100%.

Kiến thức, thái độ của nhân viên y tế trong công tác Phòng ngừa chuẩn: Về kiến thức: Kiến thức chung về PNC đạt 77%; Kiến thức về VST đạt 90,7%; Kiến thức về PHCN đạt 83%; Về thái độ trong Phòng ngừa chuẩn: Thái độ NVYT trong việc tuân thủ PNC chung: Tích cực chiếm 96,2%; Thái độ với tuân thủ PNC của NVYT 98,5%, việc rửa tay nhiều lần trong ngày sẽ làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, đồng ý chiếm 85,7%.

Kết luận: Cơ sở vật chất, trang thiết bị của bệnh viện cơ bản đáp ứng đủ phục vụ công tác PNC, kiến thức và thái độ của nhân viên y tế còn chưa đồng đều đồng thời còn hạn chế cần tăng cường thường xuyên tập huấn và đào tạo liên tục.

Từ khóa: Phòng ngừa chuẩn; nhiễm khuẩn bệnh viện; Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

*Tác giả liên hệ

Email: DrDang@gmail

Điện thoại: (+84) 912 126 506

https://doi



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa chuẩn là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho mọi người bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm khám, điều trị, chăm sóc dựa trên nguyên tắc coi máu, chất tiết và chất bài tiết của người bệnh đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Đây là biện pháp quan trọng nhất, nhằm hạn chế sự lây truyền từ người sang người cũng như từ người sang môi trường¹.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2005, mỗi ngày có 147 người chết tại Mỹ là kết quả của một bệnh nhiễm trùng liên quan đến y tế. 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. Chi phí xấp xỉ 7 tỷ USD hàng năm. Ở nước ta, công tác phòng ngừa chuẩn vẫn còn đối đầu rất nhiều trở ngại như nguồn ngân sách còn hạn chế, cơ sở vật chất còn thiếu thốn, phần lớn NVYT và các nhà quản lý chưa nhận thức tầm quan trọng của công tác này².

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là bệnh viện hạng II tuyên thành phố.

Mỗi ngày có gần 300 bác sỹ và điều dưỡng, hộ lý trực tiếp tiếp xúc với người bệnh, với khoảng 3000 lượt người bệnh đến khám và điều trị, chăm sóc 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 nên cấp thiết đối với bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất và kiến thức, thái độ của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020”** với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất trong phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2020.

2. Mô tả kiến thức, thái độ của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây từ 01/3/2020 đến 30/9/2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế bao gồm các bác sỹ, điều dưỡng, NHS, KTV (sau đây gọi chung là điều dưỡng), hộ lý đang trực

tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng.

Tiêu chí lựa chọn:

+ Nhân viên y tế 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 Sơn Tây ≥ 12 tháng;

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhân viên y tế không trực tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân (NVYT làm hành chính, nghỉ thai sản đi học)

- Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu

Địa điểm tiến hành nghiên cứu:

Tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, 304 Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội .

Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 01/ 03/2020 đến tháng 30/09/2020

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

+ Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu cho mục tiêu 1:

- Chọn toàn bộ 14 khoa lâm sàng trong bệnh viện

Cỡ mẫu cho mục tiêu 2: Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu xác định tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

Z: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha=0,05$ ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

p: Tỷ lệ có kiến thức đúng là 0.5.

d: độ sai lệch mong muốn giữa giá trị của mẫu và giá trị thực của quần thể, chọn $d = 0,08$

Cỡ mẫu nghiên cứu theo tính toán tối thiểu là 151 đối tượng, thực tế điều tra toàn bộ 210 NVYT của 14 khoa lâm sàng.

Các tiêu chuẩn đánh giá:

* Biến số nền:

- Giới: Biến định tính gồm 2 giá trị nam và nữ.
- Tuổi: Biến định lượng
- Trình độ học vấn: Biến định tính
- Thâm niên: định lượng
- Vị trí công tác: Biến định tính

* Biến số thực trạng điều kiện trang thiết bị, cơ sở vật chất của bệnh viện trong công tác PNC

Biến số kiến thức của nhân viên y tế:

* Biến số về thái độ:

Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

Sử dụng bảng kiểm được xây dựng dựa theo hướng dẫn phòng ngừa chuẩn của Bộ Y tế.

Bộ câu hỏi được phát cho cán bộ y tế tại các khoa lâm sàng

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Điều kiện đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác VST

Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho VST	Khối Nội		Khối ngoại		Chuyên khoa		Tổng	
	(n=6)	%	(n=4)	%	(n=4)	%	(n=14)	%
Các khoa đạt tỷ lệ 1 bồn rửa tay/10 giường bệnh	3	50	3	75	2	50	8	57,1
Bồn VST có nước sạch được cung cấp liên tục	6	100	4	100	4	100	14	100
Có sẵn xà phòng tại mỗi bồn rửa tay	4	66,6	4	100	3	75	11	78,5
Có hộp đựng khăn và khăn lau tay một lần	1	16,6	1	25	0	0	2	14,28
Có poster hướng dẫn quy trình VST	4	66,6	2	50	4	100	10	71,4
Có poster hướng dẫn chỉ định VST	1	16,6	1	25	1	25	3	21,4
Dung dịch sát khuẩn tay có còn ở các địa điểm quy định	6	100	4	100	4	100	14	100
Phương tiện VST đầy đủ tại tất cả các phòng thủ thuật, phòng chuẩn bị dụng cụ, phòng BN nặng	2	33,3	2	50	0	0	4	28,6

Nhận xét: Nhìn chung phương tiện VST tương đối đầy đủ tại các khoa phòng, tuy vậy vẫn còn một số bất cập như bồn rửa tay ngoại khoa chưa đủ tại các khoa, Hộp đựng khăn và khăn lau tay một lần các khoa đều còn

thiếu. Tiếp đến là Phương tiện VST tại tất cả các phòng thủ thuật, phòng chuẩn bị dụng cụ, phòng BN nặng chỉ đạt 28.6%.



Bảng 2. Điều kiện đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác phòng hộ cá nhân

Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho VST	Khối Nội (n=6)		Khối ngoại (n=4)		Chuyên khoa (n=4)		Tổng (n=14)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khẩu trang được cung cấp đầy đủ cho nhu cầu CSBN ở mỗi khoa.	6	100	4	100	4	100	14	100
Găng tay y tế được cung cấp đầy đủ cho nhu cầu CSBN mỗi khoa.	6	100	4	100	4	100	14	100
Các phương tiện PHCN như mũ, kính, áo choàng được cung cấp đầy đủ tại các khoa	6	100	4	100	4	100	14	100

Nhận xét: 100% các khoa được cung cấp đầy đủ khẩu trang, găng tay và các phương tiện phòng hộ cá nhân.

Bảng 3. Kiến thức của NVYT hiểu đúng về phòng ngừa chuẩn chung

STT	Kiến thức	Kiến thức đúng							
		Bác sĩ n=50		Đ D (n=150)		Hộ lý (n=10)		Chung (n=210)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Hiểu đúng đối tượng áp dụng PNC	50	100	148	92.5	9	90%	207	98.6
2	Hiểu đúng đường lây chính NKBV	49	98	146	91,2	8	80	203	96.7
3	Hiểu đúng phòng ngừa lây qua đường không khí	33	66%	96	60	4	40	133	63.3
4	Hiểu đúng phòng ngừa lây qua đường giọt bắn	32	64	94	58,7	3	30	129	61.4
5	Hiểu đúng lây qua đường tiếp xúc	33	66	99	61,8	4	40	136	64.8

Nhận xét: Kiến thức chung của ĐTNC về PNC chiếm tỷ lệ cao nhất là đối tượng áp dụng PNC (98,6%), trong đó bác sĩ chiếm tỷ lệ trả lời đúng là 100%, Thấp nhất là hiểu biết đúng về lây truyền qua đường giọt bắn (61,4%) trong đó bác sĩ có kiến thức đúng chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, thấp nhất là hộ lý 30%.

Bảng 3.4. Kiến thức của NVYT về thời điểm VST phù hợp nhất

STT	Trường hợp/ thời điểm cần VST	Dung dịch phù hợp nhất			
		Nước và xà phòng		Cồn/ dung dịch chứa cồn	
		n	%	n	%
1	VST trước khi tiêm	19	9	191	91
2	VST ngay sau khi bàn bị rủi ro do vật sắc nhọn	201	95.7	9	4.3
3	VST sau bất cứ thời điểm nào khi bàn tay NVYT nhiễm bẩn	173	82.4	37	17.6
4	VST sau khi di chuyển từ vùng bẩn sang vùng sạch trên cùng một người bệnh	40	19	170	81
5	VST trước khi đi găng	10	4,8	200	95,2
6	VST trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân	31	14.8	179	85.2
7	VST sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ, dịch máu, dịch và chất bài tiết của người bệnh	184	87.6	26	12.4
8	Diệt tốt nhất vi khuẩn bàn tay	33	15,7	84,3	36.2

Nhận xét: Kết quả Cho thấy VST ngay sau khi bàn tay tỷ lệ cao nhất 95,7%, VST trước khi đi găng bằng dung bị rủi ro do vật sắc nhọn bằng nước và xà phòng chiếm dịch chứa còn là cao nhất 95,2%.

Bảng 3.5 Kiến thức về thực hiện quy trình và hình thức vệ sinh tay

STT	Đặc điểm	Kiến thức đúng							
		Bác sỹ (n=50)		Đ D (n = 150)		Hộ lý (n=10)		Chung (n=210)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Quy trình vệ sinh tay 6 bước	41	82	90	60	4	40	135	64,2
2	Hình thức rửa tay diệt vi khuẩn tốt nhất	50	100	150	93,75	9	90	209	99.5

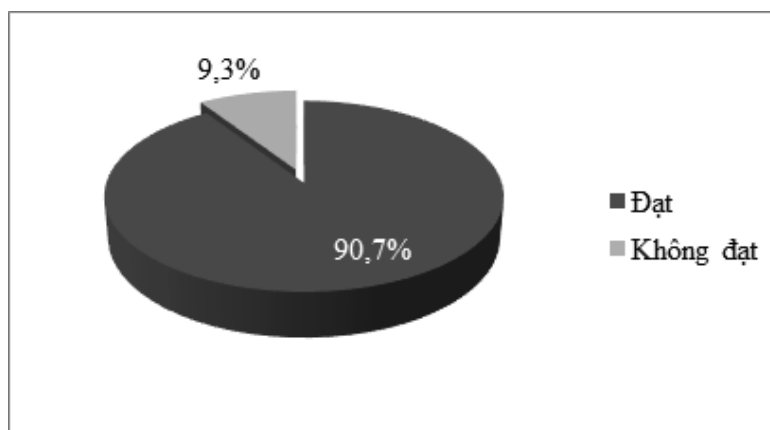
Nhận xét: Tỷ lệ NVYT có kiến thức về quy trình vệ sinh tay chiếm 64,2% và rửa tay diệt vi khuẩn tốt nhất đạt 99,5%.

Bảng 3.6. Phân loại kiến thức chung về VST của NVYT theo vị trí công tác

Kiến thức	Bác sỹ (n=50)		Đ D (n = 150)		Hộ lý (n=10)		Chung (n=210)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đạt	30	60	101	63,1	3	30	137	65,2
Chưa đạt	20	40	49	36,8	7	70	73	34,8
Tổng	50	100	160	100	10	100	210	100

Nhận xét: Bảng trên cho thấy tỷ lệ đạt về kiến thức vệ sinh tay ở NVYT đạt 65,2%. Trong đó ở điều dưỡng là cao nhất 63,1%, tiếp đến là bác sỹ 60%, thấp nhất là hộ lý chỉ chiếm có 30%.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đạt về kiến thức vệ sinh tay



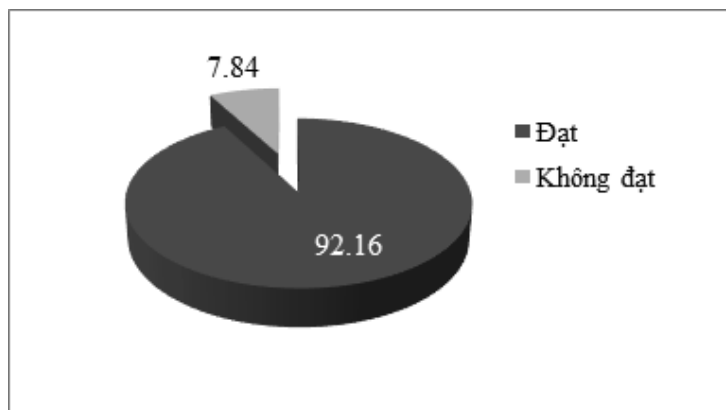
Nhận xét: Tỷ lệ đạt về kiến thức VST chiếm 90,7% trong khi kiến thức không đạt là 9,3%.



Bảng 3.7. Kiến thức chung của NVYT hiểu đúng về phòng hộ cá nhân

STT	Kiến thức chung	Kiến thức đúng							
		Bác sỹ (n=50)		Đ D (n = 150)		Hộ lý (n=10)		Chung (n=210)	
		n =50	%	n = 150	%	n =10	%	n = 210	%
1	Số lần VST khi mang phương tiện phòng hộ	34	68	117	78	6	60	157	74.8
2	Số lần VST khi tháo phương tiện phòng hộ	38	76	124	82.7	7	70	169	80.5
3	Các trường hợp bắt buộc VST	37	74	124	82.7	8	80	169	80.5
4	Mục đích mang PTPHCN	40	80	129	86	8	80	177	84.3
5	Nhận biết phương tiện phòng hộ	49	98	149	99.3	9	90	207	98.6

Nhận xét: Kiến thức nhận biết về phương tiện phòng hộ là cao nhất: 98,6%, Điều dưỡng có tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đạt chung về thái độ trong phòng ngừa chuẩn

Nhận xét: Đạt về thái độ trong PNC chiếm 92,16 có thái độ tích cực, không tích cực chiếm 7,84%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất cho công tác PNC

Đánh giá tại các khoa cho thấy tỷ lệ đủ xà phòng chiếm 78,5% số khoa, Tỷ lệ các khoa đạt tiêu chuẩn bồn rửa tay thường quy là 57,1%. Số khoa đủ dung dịch sát khuẩn chiếm 100%, được cung cấp nước sạch đạt 100% tuy nhiên khăn lau tay ở khu vực bồn rửa tay thiếu rất nhiều chỉ đạt 14,28% , Bảng hướng dẫn vệ sinh tay tại bồn rửa tay đạt ở 21,4% số khoa phòng. Có poster hướng dẫn thu gom rác thải tại mỗi điểm chỉ đạt 35,7%.

Thực tế bệnh viện luôn có cơ sở đầy đủ cho các khoa

phòng về các hoá chất như xà phòng, dung dịch rửa tay và khăn lau tay cũng như cơ sở phương tiện PNC cho các NVYT. Nhất là trong giai đoạn hiện nay bệnh viện đang áp dụng các tiêu chí của bệnh viện an toàn phòng chống dịch bệnh COVID – 19 nên bệnh viện luôn cung cấp đầy đủ PNC theo quy định. Tuy nhiên, bệnh viện đang trong giai đoạn nâng cấp, sửa chữa, các khoa phải chuyển địa điểm nhiều lần nên chưa cung cấp lại đầy đủ Hướng dẫn VST, cũng như số bồn vệ sinh tay theo tiêu chuẩn. Vấn đề này tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây cũng đã đưa vào kế hoạch đảm bảo công tác kiểm soát nhiễm khuẩn khi chuyển địa điểm ổn định.

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT trong một số công tác phòng ngừa chuẩn

Kiến thức chung của NVYT về phòng ngừa chuẩn: Hiểu được mắt xích trong vòng tròn lây nhiễm là có

thể hiểu đúng về kiến thức cơ bản của việc phòng ngừa chuẩn. Phá được các mắt xích lây truyền nghĩa là phòng ngừa được nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi kiến thức của NVYT hiểu đúng về đối tượng áp dụng PNC là 98,6%, hiểu đúng đường lây truyền chính 96,7%, hiểu đúng phòng ngừa lây qua đường không khí 63,3%, hiểu đúng phòng ngừa lây qua đường giọt bắn 61,4%, hiểu đúng lây qua đường tiếp xúc 64,8%.

Nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới. Tại nhiều quốc gia, kiến thức về PNC và phòng ngừa cách ly của NVYT còn nhiều hạn chế. Chỉ có 35% trong số 115 sinh viên đại học y năm thứ 4 và thứ 5 của Venezuela nhận thức đúng nguy cơ phơi nhiễm, máu dịch ở NVY³. Tại Trung Quốc, do thiếu kiến thức cơ bản về PNC, 90% trong số 149 NVYT được phỏng vấn bày tỏ lo ngại khi phải chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS⁴.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trước đây của Lê Thị Thanh Thủy và cộng sự (2008), trong 100 NVYT được phỏng vấn ở 10 bệnh viện đại diện khu vực phía bắc, không có NVYT nào hiểu đầy đủ về PNC⁵

Kiến thức của nhân viên y tế đối với rửa tay trong phòng ngừa chuẩn:

** Đánh giá chung về kiến thức vệ sinh tay*

Tỷ lệ đạt về kiến thức VST chiếm 90,7%, trong khi kiến thức VST không đạt là 9,3%. So với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) cho thấy kiến thức về VST đạt chiếm 55% trước can thiệp và 73,7% sau can thiệp⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Phùng Văn Thủy tại bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc với tỷ lệ 40,1%⁷, và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Anh tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là 56,5%⁸.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng (2008), tại một số bệnh viện khu vực phía bắc năm 2005, tỷ lệ NVYT trả lời đúng tất cả các câu hỏi về VST⁹.

Tỷ lệ đạt VST tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây cao là nhờ bệnh viện thực hiện tốt công tác tập huấn thường xuyên, việc giám sát cũng được thực hiện hàng tuần tại các khoa/phòng. Hàng năm Bệnh viện cũng thường xuyên tổ chức các phong trào về vệ sinh tay ở các khoa phòng qua đó nâng cao kiến thức, kỹ năng và văn hoá an toàn tại bệnh viện. Tuy nhiên tỷ lệ đạt là không

đồng đều giữa các nhóm NVYT theo vị trí công tác trong đó ở điều dưỡng là cao nhất 63,1%, tiếp đến là bác sĩ 60%, thấp nhất là hộ lý chỉ chiếm có 30%. Điều này cho thấy công tác tập huấn kiểm tra giám sát chưa thực sự được tốt.

** Đánh giá chung về kiến thức sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân*

Kiến thức của NVYT về phòng hộ cá nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi NVYT có kiến thức đúng về việc VST khi mang phương tiện phòng hộ chiếm 74,8% kiến thức đúng về số lần VST khi tháo phương tiện phòng hộ chiếm 80,5%, kiến thức đúng về các trường hợp bắt buộc VST chiếm 80,5% kiến thức đúng về mục đích mang phương tiện phòng hộ chiếm 84,3% kiến thức đúng về nhận biết phương tiện phòng hộ chiếm 98,6%. So sánh nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Nhi Na và cộng sự (2017) cho thấy nghiên cứu ở NVYT tại khoa Ngoại Tổng hợp, Ngoại Chấn Thương bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam, kết quả 80% NVYT có kiến thức đúng về sử dụng phương tiện PHCN, trong đó điều dưỡng/nữ hộ sinh là 81,8%¹⁰.

Trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt kiến thức về phương tiện phòng hộ cá nhân chiếm 86,1% trong khi không đạt chiếm 13,9%. Như vậy, kết quả này cho thấy tỷ lệ kiến thức về phương tiện phòng hộ cá nhân khá cao. Điều này phản ánh rõ thực tế hiện nay tại bệnh viện việc kiểm tra, giám sát các hoạt động phòng hộ cá nhân được thực hiện tốt. Mặt khác Cục quản lý khám chữa bệnh và Bộ y tế đã ban hành các quy định, bảng kiểm đánh giá, vì deo hướng dẫn sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân. Qua kết quả này cho thấy Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây thực hiện tốt việc sử dụng phòng hộ cá nhân, cần duy trì công tác tập huấn kiến thức, giám sát hỗ trợ việc sử dụng các phương tiện cá nhân tại các khoa/phòng.

Thái độ NVYT trong việc tuân thủ PNC: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thái độ của NVYT trong công tác phòng ngừa chuẩn cho thấy thái độ chung của NVYT với PNC đạt 82,3% trong đó thái độ về sử dụng phương tiện phòng hộ giúp giảm nhiễm khuẩn liên quan đến cơ sở y tế, phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế mức độ đồng ý là 97,1% không đồng ý là 2,9%; Thái độ của NVYT với việc nếu tỷ lệ tuân thủ PNC của nhân viên y tế tăng lên thì tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh giảm xuống, mức độ đồng ý chiếm 98,5%, mức độ không đồng ý là 1,5%; Thái độ của NVYT với việc rửa tay nhiều lần



trong ngày làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và ảnh hưởng đến sức khỏe điều trị bệnh nhân, mức độ đồng ý là 6,1% và mức độ không đồng ý là 94,9%. Thái độ của NVYT với việc rửa tay nhiều lần trong ngày sẽ làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, đồng ý chiếm 85,7% và không đồng ý là 13,8%, không ý kiến là 0,47.

5. KẾT LUẬN

Thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất cho công tác PNC của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây cơ bản đầy đủ tuy nhiên còn một số hạn chế do điều kiện khách quan bệnh viện đang trong giai đoạn sửa chữa, nâng cấp.

Kiến thức chung về PNC đạt 77 %, Kiến thức về VST đạt 90,7%, Kiến thức về PHCN đạt 83%.

Thái độ NVYT trong việc tuân thủ PNC chung; Thái độ NVYT trong việc tuân thủ VST và mang PTPH đều đạt trên 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn, 2011.
- [2] WHO, who guidelines on hand hygiene in health care (Advanced draft): A summary WHO (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide, 12-20.
- [3] WHO, Standard precautions in health care, 2007
- [4] Anderson AF, Qingsi Z, Guanglin W, Human Immunodeficiency Virus Knowledge and Attitudes Among Hospital-Based Healthcare Professionals in Guangxi Zhuang Autonomous Region, People's Republic of China. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 24 (2), 128–131, 2003.
- [5] Lê Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Minh Châu, Nguyễn Việt Hùng, Kiến thức và nhận thức của nhân viên y tế dự phòng toàn diện tại một số bệnh viện các tỉnh phía bắc. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, Số chuyên đề (6/2008)*, 104–106, 2008.
- [6] Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Tấn Thuận, Nguyễn Phú Ngọc Hân, Đánh giá hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh năm 2017. *Thời Sự Y Học*, 2017
- [7] Phùng Văn Thủy, Đánh giá thực trạng tuân thủ rửa tay thường quy và các yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014, *Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng*, 2014.
- [8] Nguyễn Thị Hồng Anh, Thực trạng và các yếu tố liên quan đến rửa tay thường quy của điều dưỡng viên lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, *Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng*, 2012.
- [9] Nguyễn Việt Hùng, Lê Thị Thanh Thủy, Thực trạng phương tiện vệ sinh bàn tay, nhận thức và thực hành vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc năm 2005, *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, 6, 136–141, 2008.
- [10] Hồ Thị Nhi Na, Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Văn Thành và cộng sự, Kiến thức và thái độ của nhân viên y tế về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân trong phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2015. *Tạp chí Y học dự phòng*, 27 (1), 175, 2017.

THE SITUATIONS AND SOME FACTORS RELATED TO THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION KNOWLEDGE OF HEALTHCARE WORKERS IN SOME DEPARTMENTS OF SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Nhu Hoa*, Dang Duc Hoan, Phung Thi My Anh, Nguyen Thi Thu Phuong, Hoang Manh Hung

Son Tay district General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the situations regarding the prevention of surgical site infection knowledge of healthcare workers in some departments of Son Tay General Hospital in 2022.

- Analysis of some factors related to the prevention of surgical site infection knowledge of healthcare workers.

Research subjects and methods: Cross-sectional descriptive study, performed on 161 healthcare workers who are doctors and nurses in 8 departments.

Research results: The percentage of healthcare workers with the knowledge that meets the requirements for the prevention of surgical site infection is 79.5%. The proportion of the surgery block that meets knowledge requirements is 85.7%, and that of internal medicine is 75.5%. The rate of doctors who meet the knowledge requirements for the prevention of surgical site infection is 83.7%, and the rate for nurses is 78%. The working block is an independent factor affecting surgical site infection prevention knowledge. The group of healthcare workers working in the surgery block has higher knowledge than those working in the internal medicine block.

Keywords: Prevention knowledge, surgical site infection, healthcare workers.

*Corresponding author
Email address: nhuhoa.bvst@gmail.com
Phone number: (+84) 389 363 788



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ MỘT SỐ KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2022

Nguyễn Thị Như Hoa*, Đặng Đức Hoàn, Phùng Thị Mỹ Anh, Nguyễn Thị Thu Phương, Hoàng Mạnh Hùng

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế một số khoa tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 161 nhân viên y tế là bác sĩ và điều dưỡng ở 8 khoa.

Kết quả: Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về phòng ngừa NKVM là 79,5%. Khối ngoại có tỷ lệ kiến thức đạt là 85,7%, khối nội có tỷ lệ đạt kiến thức là 75,5% Tỷ lệ bác sĩ đạt kiến thức là 83,7% tỷ lệ điều dưỡng đạt kiến thức là 78%. Khối công tác là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Nhóm nhân viên y tế công tác tại khối ngoại có kiến thức cao hơn so với nhóm nhân viên y tế công tác tại khối nội.

Từ khóa: Kiến thức phòng ngừa, nhiễm khuẩn vết mổ, nhân viên y tế.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong bốn loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất trong các cơ sở khám chữa bệnh chiếm 20% - 30% các nhiễm khuẩn bệnh viện. NKVM gây những hậu quả nặng nề cho người bệnh. NKVM là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh tật sau phẫu thuật; những nhiễm trùng này góp phần kéo dài thời gian phục hồi,

chậm xuất viện và tăng chi phí cho cả bệnh nhân và dịch vụ y tế. NKVM có thể kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân phẫu thuật thêm khoảng 14 ngày và làm tăng gánh nặng chi phí trực tiếp lên 10,232 đô la cho mỗi bệnh nhân. Tình trạng vi khuẩn gây NKVM đa kháng kháng sinh đang là vấn đề thời sự hiện nay. NKVM ngày nay đã trở thành thách thức mang tính thời đại và toàn cầu. Theo nghiên cứu cho thấy từ năm 2018 đến tháng 6/2019 bệnh viện đã thực hiện 3700 ca

*Tác giả liên hệ

Email: nhuhoa.bvst@gmail.com

Điện thoại: (+84) 389 363 788

phẫu thuật, trong đó 2300 ca mổ mở. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân mổ mở là 2,67%, khối ngoại là 9,7%, khoa Hồi sức tích cực là 16,6%. Tại bệnh viện đã có những nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn nhưng nghiên cứu về nhiễm khuẩn vết mổ lại rất ít, đặc biệt là những đề tài liên quan đến nhân viên y tế và kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

Do đó, để tìm hiểu trình độ kiến thức của nhân viên y tế về phòng ngừa NKVM tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây. Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “**Thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế một số khoa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022**” với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế một số khoa tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của nhân viên y tế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế là bác sĩ và điều dưỡng của 8 khoa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây bao gồm:

Khối ngoại: Ngoại Chấn thương, Ngoại Tổng hợp, Khoa Sản, Khoa Gây mê hồi sức;

Khối nội: Hồi sức cấp cứu, Nội Tim mạch, Nội Tổng hợp, Truyền nhiễm.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:

1. Đối tượng đang làm việc và có mặt tại khoa khi khảo sát;
2. Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu;
3. Đối tượng liên quan đến công việc chăm sóc, phẫu thuật bệnh nhân;
4. Đối tượng có thâm niên công tác tại bệnh viện từ 1 năm trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng:

1. NVYT làm công việc hành chính, không liên quan đến công việc chăm sóc, phẫu thuật bệnh nhân;

2. NVYT nghỉ chế độ, thai sản, đi học;
3. NVYT không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu

2. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

3. Địa chỉ: Số 304A phố Lê Lợi, Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2022 đến tháng 09/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu và cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ với độ tin cậy 95%

$p = 0.71$ (Tỷ lệ DDV có kiến thức tốt về phòng ngừa NKVM)²⁴

$\alpha = 0.05$ (Mức ý nghĩa thống kê)

$\epsilon = 0,2$ (Khoảng sai lệch tương đối mong muốn)

Cỡ mẫu tính được là 117 người. Dự tính thêm 10% cỡ mẫu cho trường hợp đối tượng bỏ cuộc là 129 người.

Trên thực tế tổng số nhân viên y tế tham gia nghiên cứu là 161 người

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện các bác sĩ và điều dưỡng ở 8 khoa đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 161 nhân viên y tế tại 8 khoa tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây thu được các kết quả sau:



Bảng 1. Đặc điểm chuyên môn của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	20	12,4
	Đại học	78	48,4
	Cao đẳng	53	32,9
	Trung cấp	10	6,2
Thâm niên công tác	Tại bệnh viện	<10 năm	46,6
		≥ 10 năm	53,4
		Trung bình	11,07 ± 7,43(1-37 năm)
	Tại khoa hiện tại	<10 năm	56,5
		≥ 10 năm	43,5
		Trung bình	8,85 ± 7,32 (1-33 năm)
Số bệnh nhân chăm sóc/ngày	< 8 người	37,3	
	8-15 người	42,2	
	>15 người	20,5	

Tỷ lệ nhân viên y tế có trình độ đại học là 48,4%. Thâm niên công tác tại bệnh viện trung bình 11 năm.

Bảng 2. Phân bố nhân viên y tế của khối nội, khối ngoại

Khoa	Chức danh	Bác sĩ		Điều dưỡng		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Khối ngoại	Ngoại chấn thương	4	33,3	8	66,7	12	7,5
	Ngoại tổng hợp	4	26,6	11	73,4	15	9,3
	Phụ Sản	5	31,6	13	68,4	19	11,8
	Gây mê hồi sức	4	17,6	14	82,4	17	10,6
	Tổng	17	26,9	46	73,1	63	39,1
Khối nội	Tim mạch	4	25,0	12	75,0	16	9,9
	Tổng hợp	5	21,7	18	78,3	23	14,3
	Truyền nhiễm	4	26,7	11	73,3	15	9,3
	Hồi sức cấp cứu	10	22,7	34	77,3	44	27,3
	Tổng	23	23,5	75	76,5	98	60,9

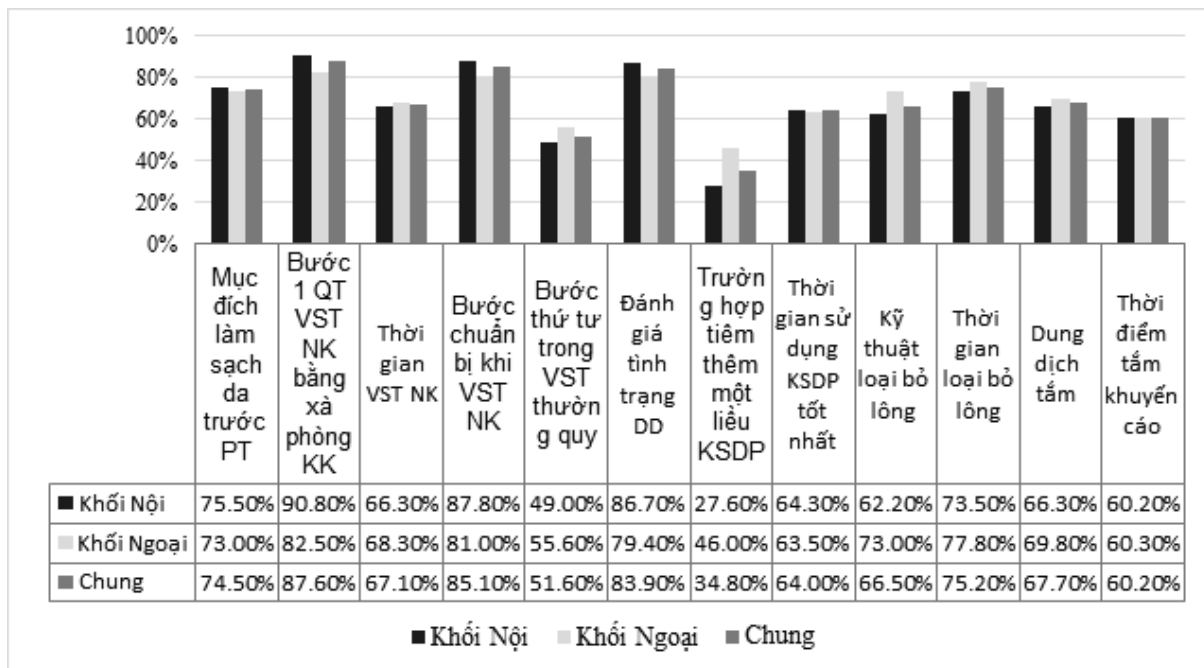
Tỷ lệ NVYT là bác sĩ chiếm 24,8%, còn lại điều dưỡng chiếm 75,2%. Tỷ lệ NVYT thuộc khối ngoại là 39,1%. Khối Nội là 60,9%.

Bảng 3. Thực trạng đào tạo về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đào tạo về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ	Không	12	7,5
	Có	149	92,5
Hình thức đào tạo (n=149)	Môn học/học phần	56	37,6
	Cầm tay chỉ việc	93	62,4
Tham gia tập huấn/đào tạo về phòng ngừa NKVM năm 2022	Không	45	28,0
	Có	116	72,0

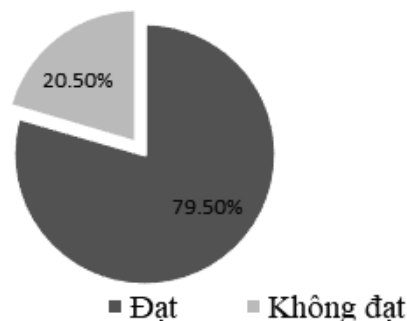
Tỷ lệ NVYT được đào tạo về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là 92,5%.

Hình 1. Kiến thức đúng về phòng ngừa NKVM trước phẫu thuật



11/13 nội dung kiến thức về phòng ngừa NKVM trước phẫu thuật có tỷ lệ trả lời đúng từ 60% trở lên.

Hình 2. Kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của NVYT



Tỷ lệ NVYT có kiến thức về NKVM ở mức đạt là 79,5%. Điểm trung bình kiến thức của nhóm đạt là 18,9 ($\pm 3,9$)/30 điểm.

Bảng 4. Liên quan giữa kiến thức với đào tạo về phòng ngừa NKVM

Yếu tố		Đánh giá	Chưa đạt		Đạt		OR (95%CI)
			SL	%	SL	%	
Đào tạo về phòng ngừa NKVM	Không		6	50,0	6	50,0	4,52 (1,35-15,1)
	Có		27	18,1	122	81,9	
Hình thức đào tạo (n=149)	Liên tục		7	12,5	49	87,5	0,52 (0,21-1,33)
	Cầm tay chỉ việc		20	21,5	73	78,5	
Tham gia đào tạo phòng ngừa NKVM năm 2022	Chưa tham gia		16	35,6	29	64,4	3,21 (1,45-7,14)
	Có tham gia		17	14,7	99	85,3	

Tỷ lệ kiến thức về phòng ngừa NKVM chưa đạt của nhóm NVYT không được đào tạo về phòng ngừa NKVM cao hơn.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức chưa đạt với đặc điểm của NVYT

Yếu tố		OR	95%CI	p
Tuổi	<30 tuổi*	1,62	0,42-6,18	0,480
	≥ 30 tuổi			
Khối công tác	Khối nội*	0,61	0,25-1,49	0,274
	Khối ngoại			
Thâm niên công tác tại khoa	<10 năm*	1,11	0,46-2,63	0,821
	≥ 10 năm			
Số bệnh nhân chăm sóc/ngày	<8*	1	-	-
	8-15	3,40	1,14-10,16	0,028
	>15	2,26	0,84-6,09	0,107
Đào tạo về phòng ngừa NKVM	Không*	0,18	0,04-0,74	0,018
	Có			

Nhóm được đào tạo về phòng ngừa NKVM có tỷ lệ kiến thức ở mức chưa đạt thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được đào tạo. Ngoài ra nhóm

NVYT chăm sóc từ 8-15 người bệnh/ngày có tỷ lệ kiến thức chưa đạt cao hơn so với nhóm NVYT chăm sóc <8 người bệnh/ngày.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung và kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các nhân viên y tế có thâm niên công tác từ 01 năm trở lên tại 8 khoa lâm sàng thuộc khối nội và khối ngoại của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

Trình độ học vấn của đối tượng thấy tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn là Đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%). Trình độ Cao đẳng chiếm 32,9 Trung cấp là 6,2%, Sau Đại học là 12,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu về kiến thức và thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của Nguyễn Thị Huệ, tỷ lệ đại học chiếm 33,7%, không có điều dưỡng sau đại học¹⁹. Điều này có thể lý giải là do những năm gần đây bệnh viện đa khoa Sơn Tây rất quan tâm phát triển nhân lực y tế có trình độ cao để nâng cao chất lượng bệnh viện và đề án nâng hạng bệnh viện lên hạng I.

Về thâm niên công tác của đối tượng, số năm công tác của đối tượng tại bệnh viện và tại khoa là (1-33 năm). Thâm niên công tác ít nhất là 1 năm và nhiều nhất là 33 năm. Nhóm đối tượng có thâm niên công tác lớn hơn 10 năm tại bệnh viện chiếm 53,4; tại khoa hiện tại là 43,5. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Loan về kiến thức và thực hành về phòng ngừa nhiễm trùng vết mổ, tỷ lệ đối tượng có thâm niên công tác lớn hơn 10 năm là 27,5%¹². Có thể lý giải tỷ lệ này là do đối tượng tham gia nghiên cứu này có cả bác sĩ và điều dưỡng, hơn nữa độ tuổi của đối tượng cũng lớn hơn, tính ổn định công việc của các nhân viên y tế tại bệnh viện rất tốt, ít ai chuyển công tác.

Trong 161 đối tượng nghiên cứu, có 116 đối tượng (72,0%) đã được đào tạo về nhiễm khuẩn vết mổ. Hình thức đào tạo theo môn học/học phần chiếm 37,6%, đào tạo theo hình thức “Cầm tay chỉ việc” chiếm 62,4%. Kết quả này tương đương với kết quả của nghiên cứu kiến thức và thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của Nguyễn Thị Huệ.

Đối với phần kiến thức chung về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ cho thấy đa số các đối tượng biết đúng về khái niệm nhiễm khuẩn vết mổ (88,9%), kết quả này cao gấp 3,8 lần nghiên cứu của Albishi (23,5%), (54,%) nhân viên y tế nhận biết đúng các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ. Khoảng gần một phần ba nhân viên y tế biết về biến chứng của nhiễm khuẩn vết mổ (37,3%) và nhận định đúng tiêu chuẩn phân loại của

ASA 4 điểm (59,0%).

Các biện pháp phòng ngừa trong phẫu thuật rất quan trọng trong nhóm biện pháp ngăn ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. (60,9%) nhân viên y tế biết các biện pháp phòng ngừa trong phẫu thuật trong khi đó chỉ có (16,1%) NVYT nhận biết đúng kỹ thuật mổ. Hơn một phần ba(34,8%) nhân viên y tế biết đúng dung dịch vệ sinh tay của người trực tiếp phẫu thuật và chỉ 9,3% đối tượng biết áp lực buồng phẫu thuật là áp lực dương. Trong quá trình làm việc, chỉ có một số ít bác sĩ và điều dưỡng công tác tại phòng mổ nên sẽ nắm rõ các biện pháp tại phòng mổ còn những nhân viên y tế khác chưa có cơ hội trải nghiệm nên có thể đã được cập nhật nhưng không nhớ các nội dung.

Chăm sóc sau phẫu thuật không đúng cũng làm cho bệnh nhân tăng nguy cơ mắc nhiễm khuẩn vết mổ. Chỉ 29,8% nhân viên y tế nhận biết đúng các biện pháp chăm sóc vết mổ đúng sau phẫu thuật. Có 86,3% nhân viên y tế nhận biết đúng các dấu hiệu của vết mổ bị nhiễm trùng.

Theo kết quả của nghiên cứu này, tỷ lệ kiến thức đạt về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của đối tượng là 79,5%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Loan khi nghiên cứu về kiến thức và thực hành của điều dưỡng về nhiễm trùng vết mổ; tỷ lệ kiến thức đạt của điều dưỡng là 60%¹². Có sự chênh lệch kết quả của hai nghiên cứu là do chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế của các khoa lâm sàng lớn trong bệnh viện, trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Thanh Loan chỉ có điều dưỡng.

4.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức phòng ngừa NKVM của NVYT

Tỷ lệ kiến thức chưa đạt ở nhóm NVYT công tác ở khối nội cao hơn khối ngoại, ở điều dưỡng cao hơn bác sĩ, điều này cũng xuất phát từ thực tế là khối ngoại thường phải chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật hơn khối nội. Tuy nhiên các sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ngoài ra trong nghiên cứu này cũng chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kiến thức NKVM chưa đúng giữa nhóm NVYT trên và dưới 30 tuổi, nam và nữ, các trình độ, thâm niên công tác và số lượng người bệnh chăm sóc/ngày.

Ngoài ra nhóm NVYT chăm sóc từ 8-15 người bệnh/ngày có tỷ lệ kiến thức chưa đạt cao hơn so với nhóm NVYT chăm sóc <8 người bệnh/ngày. Có rất nhiều lý



do để giải thích cho việc kiến thức phòng ngừa NKVM của nhóm NVYT chăm sóc nhiều người bệnh trong ngày hơn so với nhóm chăm sóc ít người bệnh hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về phòng ngừa NKVM là 79,5%. Khối ngoại có tỷ lệ kiến thức đạt là 85,7%, khối nội có tỷ lệ đạt kiến thức là 75,5% Tỷ lệ bác sĩ đạt kiến thức là 83,7% tỷ lệ điều dưỡng đạt kiến thức là 78%. Khối công tác là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Nhóm nhân viên y tế công tác tại khối ngoại có kiến thức cao hơn so với nhóm nhân viên y tế công tác tại khối nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế).
- [2] Bộ Y tế, Kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ, Tài liệu đào tạo liên tục Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở năm 2012.
- [3] Bộ Y tế - USAID – WHO, Nhiễm khuẩn vết mổ, Tài liệu Hội nghị khoa học về kiểm soát nhiễm khuẩn, 2012.
- [4] Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Báo cáo kết quả điều tra cắt ngang nhiễm khuẩn bệnh viện năm 2021.
- [5] Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Thị Mỹ Châu, Nguyễn Ngọc Bích, Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2002, Tạp chí Y học lâm sàng. 2008;6, tr. 67-72.
- [6] Patel SM et al., Surgical Site Infections: Incidence and Risk Factors in a Tertiary Care Hospital, Western India. National Journal of Community Medicine. 2012;3, 193-196.
- [7] Kosuke I et al., Incisional Surgical Site Infection after Elective Open Surgery for Colorectal Cancer. International Journal of Surgical Oncology. 2014, Article ID: 419712, 5 p.
- [8] Nwankwo, E.O., Ibeh, I. and Enabulele, O.I. Incidence and Risk Factors of Surgical Site Infection in a Tertiary Health Institution in Kano, Northwestern Nigeria. International Journal of Infection Control. 2012;8, 1-6. <https://doi.org/10.3396/ijic.v8i4.035.12>
- [9] Albishi W, Albeshri MA, Mortada HH, et al. Awareness and Level of Knowledge About Surgical Site Infections and Risks of Wound Infection Among Medical Physicians in King Abdulaziz University Hospital: Cross-Sectional Study. Interactive Journal of Medical Research. 2019;8(1):e12769. doi:10.2196/12769
- [10] Tanner J., Swarbrook S., Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection”, Cochrane Database Syst Rev. 2008;23;(1):CD004288.doi: 10.1002/14651858.CD004288.pub2

THE NEONATAL MORBIDITY PATTERN IN SON TAY GENERAL HOSPITAL FROM 2016 TO 2021

Nguyen Thi Thu Phuong^{1*}, Vu Duy Hung², Vuong Dinh Ha¹, Vu Duc Minh¹, Do Manh Thang¹

¹Son Tay district general Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Health Department - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

ABSTRACT

We used the retrospective study method to research the neonatal morbidity pattern in 312 neonates in the Department of Pediatrics, Son Tay General Hospital from January 2016 to December 2021 with 2 **objectives**:

- To describe the disease pattern and treatment results of the early neonatal period of newborns in the Department of Pediatrics, Son Tay General Hospital.
- To describe the disease pattern and treatment results of the late neonatal period of newborns in the Department of Pediatrics, Son Tay General Hospital.

Research results: Among 312 neonates, there were 139 neonates aged 0–6 days, accounting for 44.6%, 173 neonates aged 7–28 days accounted for 55.4%; males 61.2%, females 38.8%. In the disease pattern of the early neonatal period, jaundice increased bilirubin accounted for the highest rate of 57.6%. In the disease pattern of the late neonatal period, pneumonia accounted for the highest rate of 38.7%.

Keywords: Disease pattern, early neonatal period, late neonatal period.

*Corresponding author

Email address: bsphuongbvst@gmail.com

Phone number: (+84) 936 684 187



NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT GIAI ĐOẠN SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2016-2021

Nguyễn Thị Thu Phương^{1*}, Vũ Duy Hưng², Vương Đình Hà¹, Vũ Đức Minh¹, Đỗ Mạnh Thắng¹

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Sở Y tế Hà Nội - số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 08 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu để nghiên cứu mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh ở trên 312 trẻ sơ sinh tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2021 với 2 mục tiêu:

- Mô tả mô hình bệnh tật và kết quả điều trị của giai đoạn sơ sinh sớm của các trẻ sơ sinh tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

- Mô tả mô hình bệnh tật và kết quả điều trị của giai đoạn sơ sinh muộn của các trẻ sơ sinh tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

Kết quả nghiên cứu: Trong số 312 trẻ sơ sinh có 139 trẻ từ 0-6 ngày tuổi chiếm 44,6%, có 173 trẻ sơ sinh từ 7-28 ngày tuổi chiếm 55,4%, nam 61,2%, nữ 38,8%. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 57,6%. Ở mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn bệnh lý viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,7%.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật, giai đoạn sơ sinh sớm, giai đoạn sơ sinh muộn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có khoảng 2,7 triệu trẻ tử vong trong tháng đầu tiên, trong đó có đến một nửa tử vong xảy ra trong 24 giờ đầu tiên và 75% xảy ra trong tuần đầu tiên của cuộc đời.

Tại Việt nam, tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm gần 3 lần từ 44,4% vào năm 1990 xuống còn 14,9% năm 2014, tử vong trẻ em dưới 5 tuổi giảm hơn một nửa từ 58% vào năm 1990 xuống còn xuống 22,4% năm 2014. Tử vong sơ sinh vẫn còn cao, chiếm đến 70% số

tử vong trẻ em dưới 1 tuổi.

Việc phân loại sơ sinh đủ tháng, đẻ non, già tháng theo tuổi thai và xác lập mô hình bệnh tật theo từng loại sơ sinh là vô cùng cần thiết và là yếu tố quyết định cho hiệu quả chăm sóc sơ sinh góp phần hạ thấp tỷ lệ tử vong.

Để đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của trẻ sơ sinh ngày càng cao cũng như để giúp cho công tác định hướng phát triển y tế tuyến cơ sở, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2016-2021” với hai mục tiêu:**

*Tác giả liên hệ

Email: bsphuongbvst@gmail.com

Điện thoại: (+84) 936 684 187

1. Mô tả mô hình bệnh tật và kết quả điều trị của giai đoạn sơ sinh sớm của các trẻ sơ sinh tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.
2. Mô tả mô hình bệnh tật và kết quả điều trị của giai đoạn sơ sinh muộn của các trẻ sơ sinh tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân
- Trẻ sơ sinh bệnh lý nhập viện tại Khoa Nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây
- Tiêu chuẩn loại trừ
- Sơ sinh bị bệnh lý nặng cần hồi sức ngay sau đó chuyển tuyến trên điều trị

2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu. Tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu, đều có chung một mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất để nghiên cứu. Chúng tôi chia mẫu nghiên cứu thành:

- Giai đoạn sơ sinh sớm: 0-6 ngày
- Giai đoạn sơ sinh muộn: 7-28 ngày

Phân loại sơ sinh: sơ sinh đủ tháng (38-42 tuần),

Sơ sinh đẻ non (<38 tuần), Sơ sinh già tháng (>42 tuần).

Tổng hợp và xử lý số liệu theo chương trình SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi sơ sinh (ngày)	n	%
Giai đoạn sơ sinh sớm (0 – 6 ngày)	139	44,6
Giai đoạn sơ sinh muộn (7 – 28 ngày)	173	55,4
Tổng cộng	312	100
$\bar{X} \pm SD$	10,2; Min = 1, Max = 28	

Nhận xét: Trẻ sơ sinh từ 0-6 ngày tuổi chiếm tỷ lệ 44,6%; Trung bình là 10,2 ngày tuổi.

Bảng 2. Phân bố theo giới

Giới	N	%
Nam	191	61,2
Nữ	121	38,8
Tổng cộng	312	100

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ 61,2%, nữ chiếm tỷ lệ 38,8%.



Bảng 3. Phân bố sơ sinh theo tuần thai

Phân loại SS	Tuổi sơ sinh		0- 6 ngày		7 - 28 ngày		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SSĐN (< 38 tuần)	34	50	34	50	68	21,8		
SSDT (38- 42 tuần)	103	42,6	139	57,4	242	77,6		
SSGT (> 42 tuần)	2	100	0	0	2	0,6		
Tổng cộng	139	44,6	173	55,4	312	100		

Nhận xét: Sơ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ 77,6 %, tỷ lệ sơ sinh non tháng là 21,8%; tỷ lệ sơ sinh già tháng là 0,6%.

3.2. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm

3.2.1. Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm

Bảng 4. Phân bố tình hình bệnh lý sơ sinh giai đoạn sơ sinh sớm

Bệnh lý	Năm													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Tổng	
NKSS sớm	0	0	1	9.1	0	0	3	27.3	2	18.2	5	45.5	11	7,8
Viêm da	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0,7
Viêm phổi	6	66.7	1	11.1	0	0	1	11.1	1	11.1	0	0	9	6,5
Suy hô hấp	0	0	4	44.4	0	0	4	44.4	0	0	1	11.1	9	6,5
Vàng da tăng bilirubin tự do	15	18.8	12	15	2	2.5	10	12.5	11	13.8	30	37.5	80	57,6
Nhiễm trùng tiêu hóa	0	0	0	0	2	25	3	37.5	3	37.5	0	0	8	5,8
Hạ đường huyết	0	0	1	25	1	25	1	25	0	0	1	25	4	2,9
Dị tật bẩm sinh	0	0	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0	3	2,1
Bệnh lý khác	1	7.1	3	21.4	6	42.9	2	14.3	0	0	2	14.3	14	10,1
Tổng	22	15.8	22	15.8	13	9.4	26	18.7	17	12.2	39	28.1	139	100

Nhận xét: Vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 57,6%, năm 2021 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%.

3.1.2. Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý theo phân loại sơ sinh

Bảng 5. Phân bố tình hình sơ sinh bệnh lý theo phân loại sơ sinh

Loại sơ sinh	Sơ sinh	Bệnh lý	
		n	%
SSĐN (< 38 tuần)		68	21.8
SSDT (38- 42 tuần)		242	77.6
SSGT (> 42 tuần)		2	0,6
Tổng cộng		312	100

Nhận xét: Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý chủ yếu là sơ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ 77,6%.

3.1.3. Mô hình bệnh tật theo phân loại sơ sinh đẻ non

Bảng 6. Phân bố tình hình bệnh tật theo phân loại sơ sinh đẻ non

Bệnh lý	n	%
Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm	2	2.9
Viêm phổi	13	19.1
Suy hô hấp	6	8.8
Vàng da tăng bilirubin tự do	27	39.7
Nhiễm trùng tiêu hóa	2	2.9
Hạ đường huyết	1	1.5
Dị tật bẩm sinh	1	1.5
Các bệnh lý khác	13	19.1
Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn	3	4.4
Tổng	68	100

Nhận xét: Tỷ lệ vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 39,7 %

3.1.4. Mô hình bệnh tật theo phân loại sơ sinh đủ tháng

Bảng 7. Phân bố tình hình bệnh tật theo phân loại sơ sinh đủ tháng

Bệnh lý	n	%
Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm	12	5.0
Viêm rốn	2	0.8
Viêm da	2	0.8
Viêm phổi	62	25.6
Suy hô hấp	13	5.4
Ban ngoài da	2	0.8
Vàng da tăng bilirubin tự do	92	38.0
Nhiễm trùng tiêu hóa	16	6.6
Hạ đường huyết	3	1.2
Dị tật bẩm sinh	4	1.7
Các bệnh lý khác	27	11.2
Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn	7	2.9
Tổng	242	100

Nhận xét: Vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 38%



3.3. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn

3.3.1. Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý theo giai đoạn sơ sinh muộn

Bảng 8. Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý theo giai đoạn sơ sinh muộn

Loại sơ sinh	n	%
Sơ sinh đủ tháng (38-42 tuần)	139	80,3
Sơ sinh non tháng (<38 tuần)	34	19,7
Sơ sinh già tháng (>42 tuần)	0	0
Tổng	173	100

Nhận xét: Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý cao nhất ở loại sơ sinh đủ tháng chiếm 80,3%

3.3.2. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn

Bảng 9. Phân bố tình hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn

	n = 173	%
Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn	13	7.5
Viêm rốn	2	1.2
Viêm da	1	0.6
Viêm phổi	67	38.7
Suy hô hấp	10	5.8
Ban ngoài da	2	1.2
Vàng da tăng bilirubin tự do	40	23.1
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	10	5.8
Dị tật bẩm sinh	2	1.2
Bệnh lý khác	26	15
Tổng	173	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý cao nhất giai đoạn sơ sinh muộn là viêm phổi chiếm tỷ lệ 38,7 %.

3.3.3. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn theo phân loại sơ sinh đủ tháng

Bảng 10. Phân bố tình hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn theo phân loại sơ sinh đủ tháng

	n = 139	%
Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn	10	7.2
Viêm rốn	2	1.4
Viêm da	1	0.7
Viêm phổi	54	38.8
Suy hô hấp	7	5.0
Ban ngoài da	2	1.4
Vàng da tăng bilirubin tự do	33	23.7
Nhiễm trùng tiêu hóa	8	5.8
Dị tật bẩm sinh	1	0.7
Các bệnh lý khác	21	15.1
Tổng	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý cao nhất ở giai đoạn sơ sinh muộn là viêm phổi chiếm tỷ lệ 38,8%

3.3.4. Kết quả điều trị theo phân loại sơ sinh muộn

Bảng 11. Phân bố kết quả điều trị theo phân loại sơ sinh muộn

Kết quả điều trị	n	%
Khỏi	153	88,4
Không thay đổi	11	6,4
Nặng hơn	9	5,2

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 88,4%

3.3.5. Phân bố tình hình ra viện theo phân loại sơ sinh muộn

Bảng 12. Phân bố tình hình ra viện theo phân loại sơ sinh muộn

Tình hình ra viện	n	%
Ra viện	154	89
Trốn viện	4	2,3
Chuyển viện	15	8,7

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh ra viện chiếm tỷ lệ cao nhất 89%.



4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong 312 trẻ sơ sinh, có 139 trẻ sơ sinh từ 0-6 ngày tuổi (giai đoạn sơ sinh sớm) chiếm tỷ lệ 44,6% và 173 trẻ sơ sinh từ 7-28 ngày tuổi (giai đoạn sơ sinh muộn) chiếm tỷ lệ 55,4%.

Nam chiếm tỷ lệ 61,2%, nữ chiếm tỷ lệ 38,8%, tỷ lệ nam/nữ 191/121 (tương đương 157 nam/100 nữ).

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi về mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm cho thấy nam/nữ: 620/580 (tương đương 106 nam/100 nữ).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chênh lệch tỷ lệ nam/nữ đã cao hơn nhiều.

Theo báo cáo của Bộ Y tế, tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam đã ở mức báo động và vẫn đang trong giai đoạn tiếp tục tăng. Năm 2013 tỷ số giới tính khi sinh là 116 nam / 100 nữ, năm 2018 tỷ số giới tính khi sinh là 117,4 nam/100 nữ, năm 2019 là 120 nam/100 nữ. Mất cân bằng giới tính khi sinh có thể chưa gây nên những tác động trước mắt về y tế nhưng có thể sẽ gây ra những hệ lụy lâu dài về mặt xã hội.

Tỷ số giới ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ số giới tính chung có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành ở bệnh viện, mẫu chưa đại diện ở cộng đồng.

4.2. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm

Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm

Sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm nhập viện chiếm tỷ lệ 44,6%. Tỷ lệ bệnh lý cao nhất ở loại sơ sinh non tháng là 50%, tỷ lệ sơ sinh đủ tháng 42,6%, tỷ lệ sơ sinh già tháng là 7,4%.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi, tỷ lệ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm cao nhất ở loại sơ sinh già tháng (78,5%), ở loại sơ sinh đẻ non là 62,8% và thấp nhất ở loại sơ sinh đủ tháng (17,26%).

Tỷ lệ bệnh lý ở sơ sinh đủ tháng của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi tại bệnh viện đa khoa Y Dược Huế, là bệnh viện tuyến Trung Ương, nghiên cứu bao gồm cả trẻ sơ sinh ở khoa Sản và khoa Nhi của bệnh viện vì vậy tỷ lệ có sự khác nhau ở các giai đoạn sơ sinh. Tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây là bệnh viện đa khoa có 1 tỷ lệ các trẻ sơ sinh non tháng bệnh lý tại khoa Sản sẽ được chuyển tuyến trên luôn nên tỷ lệ bệnh lý ở trẻ sơ sinh non tháng của chúng

tôi thấp hơn.

Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm

Kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm chủ yếu vẫn là: Vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 57,6%.

- Ở phân loại sơ sinh đẻ non: Vàng da tăng bilirubin vẫn là chủ yếu chiếm 39,7%; viêm phổi 19,1%; suy hô hấp 8,8%; các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ 19,1% (bảng 3.6).

- Ở phân loại sơ sinh đủ tháng: Vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 38%; viêm phổi chiếm tỷ lệ 25,6%; nhiễm trùng tiêu hóa chiếm tỷ lệ 6,6% (bảng 3.7)

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 84,1%; Tỷ lệ bệnh không thay đổi chiếm tỷ lệ 6,5%, tỷ lệ bệnh nặng hơn chiếm tỷ lệ 9,4%.

- Tỷ lệ bệnh nhân ra viện chiếm tỷ lệ 83,4%; tỷ lệ bệnh nhân trốn viện chiếm tỷ lệ 2,2%; tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện chiếm tỷ lệ 14,4%.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng mô hình bệnh tật chủ yếu ở giai đoạn sơ sinh sớm vẫn là vàng da tăng bilirubin tự do, sau đó là viêm phổi và các bệnh lý nhiễm trùng là các bệnh lý phổ biến.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương và CS về tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm 2008-2010, cho thấy: các bệnh thường gặp của trẻ sơ sinh là sơ sinh non tháng, vàng da, viêm phổi, ngạt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh lý các bệnh lý thường gặp có khác với các tác giả, điều này có thể giải thích do nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi và Nguyễn Thị Xuân Hương tại các bệnh viện lớn (bệnh viện đại học Y- Dược Huế và bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, tuyến tỉnh và tuyến trung ương), ở các bệnh viện này, phân tuyến kỹ thuật cao hơn, nhiều bệnh lý nặng của trẻ sơ sinh (sơ sinh cực non, dị tật bẩm sinh, nhiễm trùng nặng...) cũng như các bệnh lý của mẹ liên quan đến quá trình chuyển dạ cũng được điều trị và sinh tại đây, vì vậy mẫu đại diện hơn. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh viện hạng 2, một số bệnh lý nặng của mẹ liên quan đến quá trình chuyển dạ cũng như một số trẻ sơ sinh bệnh nặng, đều được chuyển tuyến, mẫu đại diện chủ yếu là sơ sinh đủ tháng, vì vậy mô hình bệnh tật cũng khác nhau.

Như vậy việc phân loại sơ sinh và xác định mô hình bệnh tật tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây sẽ giúp cán bộ y tế có kế hoạch chăm sóc tốt hơn, nâng cao

khả năng chẩn đoán và điều trị để hạn chế tỷ lệ chuyển viện, hạn chế nguy cơ tử vong và gánh nặng bệnh tật cho trẻ sơ sinh.

Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn

Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý cao nhất ở giai đoạn sơ sinh muộn là sơ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ 80,3%, tiếp theo là sơ sinh non tháng 19,7%.

- Bệnh lý chủ yếu giai đoạn sơ sinh muộn là: viêm phổi (38,7%)

- Ở phân loại sơ sinh đủ tháng: Viêm phổi (38,8%); vàng da tăng bilirubin tự do (23,7%); nhiễm trùng tiêu hóa 5,8%; suy hô hấp 5%.

Kết quả điều trị theo phân loại sơ sinh muộn: Tỷ lệ trẻ khỏi ra viện chiếm tỷ lệ cao nhất 88,4%; tỷ lệ bệnh không thay đổi 6,4%; tỷ lệ bệnh nặng hơn chiếm tỷ lệ 5,2%.

Tình hình ra viện theo phân loại sơ sinh muộn: Tỷ lệ trẻ ra viện chiếm tỷ lệ 89%; tỷ lệ trẻ trốn viện chiếm tỷ lệ 2,3%; tỷ lệ trẻ chuyển viện chiếm tỷ lệ 8,7%.

5. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm

- Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý cao nhất là giai đoạn sơ sinh đẻ non: 50%

- Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm :

Vàng da tăng bilirubin tự do là cao nhất chiếm tỷ lệ 57,6%

- Ở phân loại sơ sinh đẻ non: Vàng da tăng bilirubin vẫn là chủ yếu chiếm 39,7%; viêm phổi 19,1%; suy hô hấp 8,8%; các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ 19,1% (bảng 3.6).

- Ở phân loại sơ sinh đủ tháng: Vàng da tăng bilirubin tự do chiếm tỷ lệ 38%; viêm phổi chiếm tỷ lệ 25,6%; nhiễm trùng tiêu hóa chiếm tỷ lệ 6,6% (bảng 3.7)

5.2. Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh muộn

- Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh muộn là 55,4%

-Tỷ lệ sơ sinh bệnh lý cao nhất ở giai đoạn sơ sinh muộn là sơ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ 80,3%.

- Các bệnh lý chủ yếu giai đoạn sơ sinh muộn là: viêm phổi (38,7%); vàng da tăng bilirubin tự do (23,1%); suy hô hấp (5,8%); nhiễm trùng tiêu hóa(5,8%).

- Ở phân loại sơ sinh đủ tháng : Viêm phổi (38,8%); vàng da tăng bilirubin tự do (23,7%); nhiễm trùng tiêu

hóa 5,8%; suy hô hấp 5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Tình trạng chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh trên thế giới: Việt Nam, Vụ Sức khỏe sinh sản - Tổ chức cứu trợ trẻ em Mỹ, 4-10, 2004.
- [2] Bộ Y tế, Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015, http://jahr.org.vn/downloads/JAHR2015/JAHR2015_full_VN.pdf, 2015.
- [3] Đinh Thị Phương Hòa, Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đối với trẻ đẻ non thấp cân và tử vong chu sinh ở một số vùng miền Bắc Việt Nam, Luận án tiến sĩ Y khoa, chuyên ngành nhi, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2000.
- [4] Đinh Thị Phương Hòa, Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh ở các bệnh viện nhi và một số bệnh viện tỉnh miền Bắc, Hội thảo sơ sinh, Hà Nội, 2004.
- [5] Đinh Thị Phương Hòa, “Thực hành chăm sóc bà mẹ sau đẻ và trẻ sơ sinh tại nhà ở vùng núi tỉnh Thanh Hóa”, Y học thực hành, 664(6), 19- 21, 2009.
- [6] Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huệ, “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa nhi bệnh viện đa khoa trung ương thái nguyên trong 3 năm (2008-2010)”, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 89(01), 200- 205, 2012.
- [7] Trần Chí Liêm, Đinh Thị Phương Hòa, “Đánh giá kiến thức cán bộ y tế và trang thiết bị tại trạm y tế xã về chăm sóc trẻ sơ sinh”, Y học Thực hành, 662(5), 2-4, 2009.
- [8] Trần Đình Long, Phạm Thị Xuân Tú, “Đặc điểm, cách chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng”, Bài giảng Nhi khoa tập 1, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội ,138-156, 2013.
- [9] Nguyễn Thị Kiều Nhi, Mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm tại Khoa Sản bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế, 2014, [http://t4g.hue.gov.vn/UploadFiles/TinTuc/2014/7/16/64.Kieu%2520Nhi%](http://t4g.hue.gov.vn/UploadFiles/TinTuc/2014/7/16/64.Kieu%2520Nhi%20)
- [10] Đinh Văn Thúc, “Tỷ lệ nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi tại cộng đồng 4 huyện ngoại thành Hải Phòng 1995-1997”, Tạp chí Y học thực hành, Kỷ yếu công trình nhi khoa (391), 48, 2000.



RESEARCHING THE MORBIDITY AND MORTALITY PATTERN AND MEDICAL ACTIVITIES IN SON TAY GENERAL HOSPITAL FROM 2015 - 2019

Dang Duc Hoan^{1*}, Vu Duy Hung², Pham Tien Dung¹, Do Manh Thang¹, Phung Thi My Anh¹

¹Son Tay district General Hospital - No 304, Le Loi, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Health Department - No 04 Son tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objectives: We used the annual statistical reports data of Son Tay General Hospital from 2015 to 2019 to do the research with two aims:

1. To describe the human resources status and medical activities of Son Tay General Hospital from 2015 to 2019.
2. To determine the patterns of morbidity and mortality due to ICD-10 through the number of patients who came for medical activities from 2015 to 2019.

Researching methods: Retrospective study investigated through the “Hospital Statistics Report” of Son Tay General Hospital for 5 years (2015 – 2019) and the year-end summary reports.

Conclusions: The organizational structure of the hospital at this phage was still at the level of a class II district hospital, which had not caught up with the trend of autonomy and socialization, had not had a strategy to organize medical activities services and spearhead majors to attract the source of patients in the area. The human resource structure by the department was still not suitable, which was still low compared to the regulations of the Ministry of Health. The morbidity pattern in the Medical examination Department tended to turn to the developed countries’ morbidity pattern, including the endocrine, metabolic and cardiovascular diseases. The morbidity ones of inpatient treatment still belonged to the respiratory, cardiovascular and gastrointestinal diseases. The mortality pattern: 05 chapters of diseases which had the most deaths were: Chapter I (Certain infectious and parasitic diseases), Chapter IX (Diseases of the circulatory system), Chapter X (Diseases of the respiratory system), Chapter XVIII (Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified), Chapter XIX (Injury, poisoning and certain other consequences of external causes).

Keywords: Morbidity pattern, Son Tay General Hospital, ICD 10.

*Corresponding author

Email address: Drdang@gmail

Phone number: (+84) 912 126 506

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT, TỬ VONG VÀ HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY TỪ 2015 - 2019

Đặng Đức Hoàn^{1*}, Vũ Duy Hưng², Phạm Tiên Dung¹, Đỗ Mạnh Thắng¹, Phùng Thị Mỹ Anh¹

¹Bệnh viện đa khoa Sơn Tây - Số 304 A Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Sở Y tế Hà Nội - Số 04 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sử dụng nguồn số liệu báo cáo thống kê hàng năm của BVĐK Sơn Tây từ năm 2015 đến năm 2019 để tiến hành, với 2 mục tiêu:

1. Mô tả tình hình nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ năm 2015 - 2019.

2. Xác định mô hình bệnh tật và tử vong theo ICD-10 qua số lượng bệnh nhân đến khám, chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ năm 2015 - 2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu điều tra qua các “Báo cáo Thống kê bệnh viện” của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây trong 5 năm (2015-2019), các báo cáo tổng kết cuối năm.

Kết quả: Cơ cấu tổ chức của bệnh viện giai đoạn này vẫn đang dừng lại ở mô hình bệnh viện tuyến huyện hạng II, chưa bắt kịp xu thế tự chủ, xã hội hóa, chưa có chiến lược tổ chức khám chữa bệnh dịch vụ, có mũi nhọn nhằm thu hút nguồn bệnh nhân trong khu vực. Cơ cấu nhân lực theo bộ phận vẫn còn chưa cân đối và hợp lý so với quy định của Bộ Y Tế. Mô hình bệnh tật tại phòng khám có xu hướng chuyển rõ rệt sang mô hình bệnh tật của các nước phát triển với nhóm bệnh chuyển hóa, nội tiết. Mô hình bệnh tật điều trị nội trú: Vẫn chủ yếu là nhóm bệnh của hệ hô hấp; hệ tuần hoàn và tiêu hóa. Mô hình tử vong: chương bệnh có số bệnh nhân tử vong gặp nhiều nhất là: Chương IX(bệnh của hệ tuần hoàn); Chương X(bệnh của hệ hô hấp).

Từ khóa: Mô hình bệnh tật; Bệnh viện đa khoa Sơn Tây, ICD 10.

*Tác giả liên hệ

Email: Drdang@gmail

Điện thoại: (+84) 912 126 506



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật¹ của một quốc gia hay một địa phương, cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh tật có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây được xây dựng từ những năm 1917-1918, những năm trước đây cũng có những nghiên cứu về mô hình bệnh tật và đánh giá tình hình hoạt động của bệnh viện. Tuy nhiên, trong giai đoạn bệnh viện chuẩn bị thực hiện cơ chế tự chủ hoàn toàn về thu, chi viện phí, không còn nguồn ngân sách cấp cho các hoạt động của bệnh viện nữa, đồng thời nhằm đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới theo tinh thần Nghị quyết Trung ương số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017, đòi hỏi bệnh viện phải có một chiến lược phát triển đúng đắn, bền vững².

Từ việc nhận thức như trên, chúng tôi sử dụng những nguồn số liệu báo cáo thống kê hàng năm của BVĐK Sơn Tây từ năm 2015 đến năm 2019 để tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu mô hình bệnh tật, tử vong và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 2015 - 2019”** với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả tình hình nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ năm 2015 - 2019.*

2. *Xác định mô hình bệnh tật và tử vong theo ICD-10 qua số lượng bệnh nhân đến khám, chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ năm 2015 - 2019.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu điều tra qua các “Báo cáo Thống kê bệnh viện” của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây trong 5 năm(2015-2019), các báo cáo tổng kết cuối năm.

Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý thống kê thông qua phần mềm EXCEL theo phương pháp tổng hợp, phân tích định tính.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Báo cáo thống kê của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây trong 5 năm (2015-2019),

- Hồ sơ bệnh án trong 5 năm (2015-2019).

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

- Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ tháng 03/2020 đến tháng 10/2020. Nguồn số liệu chủ yếu lấy từ “Báo cáo Thống kê bệnh viện” của Bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 2015 - 2019.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nguồn nhân lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 2015 - 2019

Bảng 3.1. Cơ cấu nhân lực theo bộ phận

Năm \ Cơ cấu	2015		2016		2017		2018		2019	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Lâm sàng	199	63.98%	256	67.19%	252	66.49%	220	62,15%	222	64.34%
Cận lâm sàng	68	21.86%	74	19.42%	75	19.79%	77	21,75%	74	21.44%
Quản lý, hành chính	44	14.16%	51	13.39%	52	13.72	57	16,10%	49	14.22%
Tổng	311	100%	381	100%	379	100%	354	100%	345	100%

Nhân lực toàn bệnh viện năm 2016 là cao nhất: 381 nhân viên, sau đó giảm dần. Nhân lực của các khối lâm

sàng, cận lâm sàng và phòng ban nhìn chung chưa đạt tỷ lệ chuẩn theo quy định của Bộ Y tế.

Bảng 3.2. Tỷ lệ cơ cấu nhân lực theo chuyên môn

Cơ cấu \ Năm	Năm				
	2015	2016	2017	2018	2019
BS/CBYT khác*	0,3	0,31	0,32	0,28	0,25
DSDH/BS	0,05	0,07	0,05	0,06	0,10
DSDH/DSTH	0,24	0,30	0,24	0,25	0,41
ĐD/BS	1,75	1,88	1,85	2,14	2,36

*: **BS/CBYT khác (Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên)** 2015 xuống 0,25 năm 2019. Tỷ lệ DSDH/BS cao nhất ở năm 2019: 0,1. Tỷ lệ DSDH/DSTH cao nhất ở năm 2019: 0,41.
Tỷ lệ BS/CBYT khác giảm dần xuống: Từ 0,3 năm 2015 xuống 0,25 năm 2019.

Bảng 3.3. Tần suất hoạt động của CBYT

Chỉ số \ Năm	Năm				
	2015	2016	2017	2018	2019
GB sử dụng /Số CBYT	1,150	1,05	1,01	0,98	1,04
GB sử dụng /Số BS	4,90	4,40	4,18	4,44	5,19
GB sử dụng /Số ĐD	2,80	2,34	2,26	2,07	2,20
GB sử dụng /Số DS	17,04	15,38	14,79	13,86	14,92
Tổng lượt KB ngoại trú /Số BS/ngày	4,25	3,526	3,42	4,34	5,80
Tổng lượt KB ngoại trú /Số ĐD/ngày	2,42	1,88	1,85	2,03	2,45
Tổng BN điều trị nội trú /Số BS/ngày	0,86	0,71	0,67	0,69	0,92
Tổng BN điều trị nội trú /Số ĐD/ngày	0,49	0,38	0,50	0,32	0,39
Tổng BN điều trị nội trú /Số DS/ngày	2,98	2,50	2,37	2,14	2,63

Chỉ số GB sử dụng/ Số CBYT giảm dần từ 2015 đến năm 2018, đến 2019 có xu hướng tăng lên. Các chỉ số khác cũng có chiều hướng tương tự.

Bảng 3.4. Kết quả thực hiện các chỉ tiêu kế hoạch

Chỉ số \ Năm	2015		2016		2017		2018		2019	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Số lượt KB	113119	99,6	117129	93,1	114681	91,2	123630	98,3	146048	104,6
CSSD GB	81,31		90,9		87,38		78,73		81,38	
BN ngoại trú	26204		29774		52719		60113		70622	
BN nội trú	22843	113,8	23730	118,2	22463	111,9	19560	97,4	23072	105,4
Phẫu thuật	2623	92,7	2524	89,2	2382	84,2	2033	71,8	2079	73,5
PTNS	342		671		425		323		344	

Chỉ số \ Năm	2015		2016		2017		2018		2019	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Thủ thuật	21614		21322		28519		38376		42775	
Xét nghiệm	1105954	165,7	1364580	204,4	1134904	170	1002841	120	1066679	127,6
X quang	31444	104,8	39616	132,1	40080	133,6	39712	120,3	36836	111,6
Siêu âm	32869	195,6	39124	232,9	40002	238,1	36988	169,7	41662	191,1

Nhìn chung các chỉ tiêu về khám chữa bệnh đều có xu hướng giảm dần từ năm 2015 đến 2018 sau đó tăng lên ở năm 2019, tuy nhiên cách tính chỉ tiêu về xét nghiệm và CSSDGB có thay đổi nên các chỉ số có vẻ giảm hơn so với những năm trước.

3.2. Mô hình bệnh tật và tử vong trong 5 năm (2015 - 2019)

Bảng 3.5. Mô hình bệnh tật tại khoa Khám Bệnh theo ICD 10

Chương	2015		2016		2017		2018		2019		5 năm	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
I	5562	4,92	7824	6,68	7948	6,93	6596	5,34	10992	7,53	38922	6,33
II	1965	1,74	1891	1,61	2223	1,94	3390	2,74	4710	3,22	14179	2,31
III	322	0,28	254	0,22	286	0,25	602	0,49	6472	4,43	7936	1,29
IV	18714	16,54	17474	14,92	18976	16,55	20537	16,61	23163	15,86	98864	16,09
V	284	0,25	137	0,12	117	0,10	266	0,22	499	0,34	1303	0,21
VI	1562	1,38	1492	1,27	1426	1,24	794	0,64	1767	1,21	7041	1,15
VII	3448	3,05	4324	3,69	4503	3,93	4056	3,28	3924	2,69	20255	3,30
VIII	2670	2,36	2870	2,45	1729	1,51	1471	1,19	5288	3,62	14028	2,28
IX	10480	9,26	11911	10,17	12780	11,14	18251	14,76	25314	17,33	78736	12,81
X	21482	18,99	22529	19,23	19574	17,07	20793	16,82	17120	11,72	101498	16,51
XI	10173	8,99	11161	9,53	11420	9,96	11891	9,62	8481	5,81	53126	8,64
XII	980	0,87	1472	1,26	1626	1,42	2173	1,76	2778	1,90	9029	1,47
XIII	8180	7,23	5649	4,82	5090	4,44	8299	6,71	8479	5,81	35697	5,81
XIV	5928	5,24	4908	4,19	4667	4,07	3913	3,17	4004	2,74	23420	3,81
XV	71	0,06	71	0,06	104	0,09	108	0,09	149	0,10	503	0,08
XVI	0	0,00	0	0,00	23	0,02	0	0,00	186	0,13	209	0,03
XVII	168	0,15	210	0,18	153	0,13	137	0,11	2597	1,78	3265	0,53
XVIII	4816	4,26	4667	3,98	7531	6,57	9114	7,37	7341	5,03	33469	5,45
XIX	1625	1,44	1905	1,63	2243	1,96	2152	1,74	4838	3,31	12763	2,08
XX	1230	1,09	1247	1,06	1309	1,14	1457	1,18	2211	1,51	7454	1,21
XXI	13459	11,90	15133	12,92	10953	9,55	7630	6,17	5735	3,93	52910	8,61
Tổng	113119	100	117129	100	114681	100	123630	100	146048	100	614607	100

Tổng số lượt khám bệnh có xu hướng tăng lên từ 2015 nhất ở 2019.
-2017 sau đó giảm xuống và hiện đang tăng lên cao

3.3. Mô hình bệnh tật nội trú

Bảng 3.6. Mô hình bệnh tật nội trú theo ICD 10

Chương	2015		2016		2017		2018		2019		5 năm	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
I	875	3,83	1150	4,85	1601	7,13	927	4,74	1486	6,44	6039	5,41
II	358	1,57	360	1,52	424	1,89	402	2,06	488	2,12	2032	1,82
III	98	0,43	137	0,58	133	0,59	79	0,40	304	1,32	751	0,67
IV	481	2,11	532	2,24	459	2,04	451	2,31	725	3,14	2648	2,37
V	67	0,29	76	0,32	117	0,52	101	0,52	177	0,77	538	0,48
VI	146	0,64	165	0,70	179	0,80	144	0,74	377	1,63	1011	0,91
VII	218	0,95	418	1,76	419	1,87	579	2,96	566	2,45	2200	1,97
VIII	274	1,20	275	1,16	260	1,16	219	1,12	789	3,42	1817	1,63
IX	1920	8,41	1948	8,21	1843	8,20	1597	8,16	2970	12,87	10278	9,20
X	3915	17,14	4523	19,06	4428	19,71	4067	20,79	5497	23,83	22430	20,09
XI	3383	14,81	3675	15,49	3356	14,94	2936	15,01	3292	14,27	16642	14,90
XII	89	0,39	128	0,54	161	0,72	189	0,97	416	1,80	983	0,88
XIII	940	4,12	1301	5,48	864	3,85	937	4,79	1035	4,49	5077	4,55
XIV	721	3,16	736	3,10	678	3,02	589	3,01	553	2,40	3277	2,93
XV	3750	16,42	3231	13,62	2891	12,87	2393	12,23	1012	4,39	13277	11,89
XVI	258	1,13	239	1,01	217	0,97	168	0,86	33	0,14	915	0,82
XVII	5	0,02	3	0,01	10	0,04	2	0,01	188	0,81	208	0,19
XVIII	654	2,86	722	3,04	557	2,48	403	2,06	775	3,36	3111	2,79
XIX	1120	4,90	1139	4,80	1135	5,05	1110	5,67	1094	4,74	5598	5,01
XX	48	0,21	55	0,23	40	0,18	58	0,30	93	0,40	294	0,26
XXI	3523	15,42	2917	12,29	2691	11,98	2209	11,29	1202	5,21	12542	11,23
Tổng	22843	100	23730	100	22463	100	19560	100	23072	100	111668	100

Tổng số các chương bệnh nhìn chung có chiều hướng tăng dần từ 2015 đến 2017 sau đó giảm dần xuống rồi đang tăng lại từ 2019.



Bảng 3.7. Mô hình tử vong theo ICD 10

Chương	2015		2016		2017		2018		2019		5 năm	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
I	5	10,20	5	7,81	12	12,77	3	3,75	0	0	25	7,42
II	0	0,00	1	1,56	0	0,00	2	2,5	2	4	5	1,48
III	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
IV	0	0,00	0	0,00	1	1,06	0	0	1	2	2	0,59
V	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
VI	0	0,00	0	0,00	1	1,06	0	0	0	0	1	0,30
VII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
VIII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
IX	17	34,69	6	9,38	10	10,64	15	18,75	13	26	61	18,10
X	8	16,33	8	12,50	7	7,45	7	8,75	2	4	32	9,50
XI	0	0,00	3	4,69	1	1,06	1	1,25	1	2	6	1,78
XII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
XIII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
XIV	0	0,00	0	0,00	1	1,06	0	0	0	0	1	0,30
XV	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
XVI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,25	3	6	4	1,19
XVII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
XVIII	15	30,61	8	12,50	8	8,51	8	10	2	4	41	12,17
XIX	3	6,12	1	1,56	5	5,32	2	2,5	1	2	12	3,56
XX	1	2,04	0	0,00	1	1,06	1	1,25	0	0	3	0,89
XXI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
Tổng	49	100	32	100	47	100	40	100	25	100	193	100

Chương III; VI; VII; VIII; XII; XIII; XV; XVII; XXI không có bệnh nhân tử vong.

Số bệnh nhân tử vong toàn viện thấp nhất ở năm 2019 với 25 bệnh nhân

4. BÀN LUẬN

Cơ cấu tổ chức của bệnh viện vẫn đang dừng lại ở mô hình bệnh viện tuyến huyện hạng II, chưa bắt kịp xu thế tự chủ, xã hội hóa, chưa có chiến lược tổ chức khám chữa bệnh dịch vụ, có mũi nhọn nhằm thu hút

nguồn bệnh nhân trong khu vực. Cơ cấu nhân lực theo bộ phận vẫn còn chưa cân đối và hợp lý, tỷ lệ nhân lực trong khối phòng ban là 14,6% và khối cận lâm sàng là: 18,72%, còn thấp so với quy định của Bộ Y Tế³. So với nghiên cứu của Phùng Văn Tân về cơ bản tỷ lệ trên vẫn giữ nguyên². Điều này cho thấy phương hướng phát triển của bệnh viện chưa có gì thay đổi. Chưa thực hiện đúng quy định tăng tỷ trọng khối phòng ban và khối cận lâm sàng³⁻⁵.

Mô hình bệnh tật tại phòng khám có xu hướng chuyển rõ rệt sang mô hình bệnh tật của các nước phát triển với nhóm bệnh chuyên hóa, nội tiết (Chương IV),

đứng hàng đầu là bệnh đái tháo đường; và các bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp (Chương IX). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhật Tảo, Huỳnh Thị Xuân Linh và cộng sự cho thấy, trong cơ cấu bệnh tật tại Phòng khám, các bệnh không lây nhiễm chiếm ưu thế (62,4%), cao hơn hai lần so với nhóm bệnh lây nhiễm (30,9%) và hơn chín lần nhóm chấn thương, tai nạn, ngộ độc (6,8%). Nhóm bệnh có tỉ lệ cao gồm: rối loạn tâm thần 21,1%, nhiễm trùng và ký sinh trùng 19,8%, bệnh hệ tuần hoàn 15,8%. Một số bệnh thường gặp nhất là cao huyết áp 11,4%, đau cơ 6,4%, đau lưng 5,9%, đái tháo đường 3,7% và viêm dạ dày tá tràng 3,2%. Cơ cấu bệnh tật liên quan chặt chẽ đến tuổi, giới tính và khu vực sinh sống⁶.

Mô hình bệnh tật điều trị nội trú: Vẫn chủ yếu là nhóm bệnh của hệ hô hấp (Chương X); tuần hoàn (Chương IX) và tiêu hóa (Chương XI). Nhóm Chửa, đẻ và sau đẻ (Chương XV) có xu hướng giảm đi. So với nghiên cứu của tác giả Đàm Quang Tùng tại Bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng Tàu thì : Năm chương cao nhất là chương bệnh hô hấp (18,9%), chương bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (10,6%), chương bệnh thai nghén, sinh đẻ và hậu sản (10,6%), chương bệnh hệ tiêu hóa (9,7%), chương bệnh hệ tuần hoàn (6,7%). Cơ cấu 3 nhóm bệnh tử cao xuống thấp bệnh không lây 49,5%, bệnh lây nhiễm 38,5%, bệnh chấn thương, ngộ độc, tai nạn thương tích 12%⁷. Kết quả này thể hiện sự sụt giảm về những chuyên khoa mũi nhọn của bệnh viện Sơn Tây trong thời gian gần đây.

Năm chương bệnh có số bệnh nhân tử vong gặp nhiều nhất là: Chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng); Chương IX (bệnh của hệ tuần hoàn); Chương X (bệnh của hệ hô hấp); Chương XVIII (Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bất thường, không phân loại ở các phần khác); Chương XIX (Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài). Trong đó Chương IX và X chiếm số lượng cao nhất. Trong khi đó kết quả của tác giả Nguyễn Đỗ Nguyên tại bệnh viện Nguyễn Trãi – Thành phố HCM: Sáu chương bệnh hàng đầu trong tất cả 6 năm là bệnh hệ tuần hoàn (chương 9) (Bảng 2), bệnh hệ tiêu hoá (chương 11), bệnh hô hấp (chương 10), bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (chương 1), bệnh mắt và phần phụ (chương 7), bệnh nội tiết-dinh dưỡng và chuyển hoá (chương 4)⁸.

5. KẾT LUẬN

- Cơ cấu tổ chức của bệnh viện giai đoạn này vẫn đang dừng lại ở mô hình bệnh viện tuyến huyện hạng II, chưa bắt kịp xu thế tự chủ, xã hội hóa, chưa có chiến lược tổ chức khám chữa bệnh dịch vụ, mũi nhọn nhằm thu hút nguồn bệnh nhân trong khu vực. Cơ cấu nhân lực theo bộ phận còn chưa hợp lý, tỷ lệ nhân lực trong khối phòng ban là 14,6%, khối cận lâm sàng là 18,72%, còn thấp so với quy định của Bộ Y Tế. Một số vị trí nhân sự khối phòng ban còn do bác sỹ, điều dưỡng kiêm nhiệm, nên không phát huy được hết vai trò định hướng phát triển bệnh viện.

- Tỷ lệ BS/CBYT khác giảm dần xuống: Từ 0,3 năm 2015 xuống 0,25 năm 2019. Tỷ lệ DSDH/BS cao nhất ở năm 2019: 0,1. Tỷ lệ DSDH/DSTH cao nhất ở năm 2019: 0,41.

- Chỉ số GB sử dụng/ Số CBYT giảm dần từ 2015 đến năm 2018, nhưng đến 2019 có xu hướng đang tăng lên là 1,04. Các chỉ số khác cũng có chiều hướng tương tự.

- Mô hình bệnh tật tại phòng khám có xu hướng chuyển rõ rệt sang mô hình bệnh tật của các nước phát triển với nhóm bệnh chuyển hóa, nội tiết và các bệnh lý tim mạch, hàng đầu là đái tháo đường, tăng huyết áp.

- Mô hình bệnh tật điều trị nội trú: chủ yếu là nhóm bệnh của hệ hô hấp; tuần hoàn và tiêu hóa. Nhóm Chửa, đẻ và sau đẻ có xu hướng giảm đi. Kết quả này thể hiện sự sụt giảm về những chuyên khoa mũi nhọn của bệnh viện trong thời gian gần đây.

- Mô hình tử vong: 05 chương bệnh có số bệnh nhân tử vong gặp nhiều nhất là: Chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng); Chương IX (hệ tuần hoàn); Chương X (hệ hô hấp); Chương XVIII (Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bất thường, không phân loại ở các phần khác); Chương XIX (Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài). Trong đó Chương IX và X chiếm số lượng cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Country health information profiles, Western Pacific Region, 1999.
- [2] Phùng Văn Tân, Nghiên cứu mô hình bệnh tật và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa



- khoa Sơn Tây từ năm 2009 đến 2013, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, 2015.
- [3] Bộ Y tế, Hệ thống chỉ tiêu Y tế, NXB Y Học, Hà Nội, tr16-21, 2001.
- [4] Bộ Y tế, Quản lý bệnh viện, NXB Y học, Hà Nội, 2006.
- [5] Bộ Y tế, Niên giám thống kê Y tế, NXB Y Học, Hà Nội, 2002.
- [6] Nguyễn Thị Nhật Tảo, Huỳnh Thị Xuân Linh, Ngô Thị Thúy Nhi và cộng sự, Khảo sát mô hình bệnh tật tại phòng khám đa khoa trường đại học Trà Vinh. Tạp chí Khoa học Trường ĐH Trà Vinh, (31), 2018
- [7] Đàm Quang Tùng, Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng Tàu từ năm 2017 đến 2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (54), 118-124, 2022.
- [8] Nguyễn Đỗ Nguyên, Mô hình bệnh tật và tử vong ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Nguyễn Trãi sáu năm đầu thế kỷ 21, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y dược Thành phố HCM, 2005.

RESULTS OF TREATMENT OF RECURRENT - METASTATIC MELANOMA WITH PEMBROLIZUMAB ALONE AND TOXICITY MANAGEMENT THE REGIMEN AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL FROM 2017 TO 2021

Nguyen Khanh Ha^{1*}, Nguyen Trong Hieu¹, Nguyen Thi Ngoc Ha¹, Bui Viet Anh²

¹Hanoi Oncology Hospital - 42A Thanh Nhan Street, Hai Ba Trung district, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Receive 10/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment results of recurrent - metastatic melanoma with pembrolizumab alone and toxicity management the regimen at Hanoi Oncology Hospital from 2017 to 2021.

Subjects and methods: Using a retrospective descriptive design combined with prospective 20 patients with a definitive diagnosis of recurrent - metastatic melanoma.

Results: The response rate of the regimen is 45%, in which: complete response is 10%, partial response is 35%, disease retention rate is 20%, progression rate is 25%. The mean overall survival was 11.5 ± 10 months. The mean progression-free survival of NB was 9.9 ± 11.4 months. Most of the patients experienced grade 1-2 side effects.

Conclusion: Pembrolizumab regimen in the treatment of recurrent - metastatic melanoma is applied due to the high response rate, and improved overall survival.

Keywords: Melanoma, Pembrolizumab.

*Corresponding author

Email address: khanhha.1989@gmail.com

Phone number: (+84) 902 062 489



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẮC TỔ TÁI PHÁT - DI CĂN BẰNG PEMBROLIZUMAB ĐƠN THUẦN VÀ QUẢN LÝ ĐỘC TÍNH CỦA PHÁC ĐỒ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI TỪ 2017 - 2021

Nguyễn Khánh Hà^{1*}, Nguyễn Trọng Hiếu¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà¹, Bùi Việt Anh²

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42A Thanh Nhàn, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 15 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư hắc tố tái phát - di căn bằng Pembrolizumab đơn thuần và quản lý độc tính của phác đồ tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ 2017 - 2021.

Đối tượng và phương pháp: Sử dụng thiết kế mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu 20 BN được chẩn đoán xác định ung thư hắc tố tái phát - di căn.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ là 45%, trong đó: đáp ứng hoàn toàn là 10%, đáp ứng một phần là 35%, tỷ lệ giữ nguyên bệnh là 20%, tỷ lệ bệnh tiến triển là 25%. Thời gian trung bình sống **còn toàn bộ là 11,5 ± 10 tháng**. Thời gian sống không tiến triển trung bình của NB là 9,9 ± 11,4 tháng. Hầu hết các BN gặp các tác dụng phụ ở độ 1- 2.

Kết luận: Phác đồ Pembrolizumab trong điều trị ung thư hắc tố tái phát - di căn được áp dụng do tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện được sống thêm toàn bộ.

Từ khóa: Ung thư hắc tố, Pembrolizumab.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hắc tố là bệnh lý ác tính của các tế bào sinh sắc tố melanin [8]. Các tế bào này phân bố chủ yếu ở lớp đáy của thượng bì (90%), ngoài ra còn gặp ở niêm mạc, màng não, võng mạc mắt, sinh dục, đại trực tràng, ống hậu môn... [7, 9]. Các phương án điều trị như hoá chất, interferon- α , và interleukin-2 có khả năng gây đáp ứng khối u ở BN ung thư hắc tố tiến triển, nhưng không cho

thấy kéo dài sống còn qua các nghiên cứu lâm sàng. Những thuốc điều trị mới hơn đã chứng minh lợi ích sống còn ở nhóm bệnh nhân ung thư hắc tố tiến triển.

Ở Việt Nam, ung thư hắc tố là bệnh ít gặp, nhưng số bệnh nhân đến khám bệnh và điều trị tại các cơ sở điều trị chuyên khoa ung thư tăng lên hàng năm [1, 3, 5]. Do những hiểu biết về căn bệnh ung thư hắc tố còn hạn chế nên phần nhiều bệnh nhân đến khám ở vào giai đoạn

*Tác giả liên hệ

Email: khanhha.1989@gmail.com

Điện thoại: (+84) 902 062 489

muộn. Nhiều trường hợp đã tự cắt u, đốt nốt ruồi hoặc cắt u đơn thuần tại y tế địa phương mà không có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, khi đến bệnh viện đã xuất hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn xa. Nhiều bệnh nhân đã bỏ qua cơ hội có thể điều trị khỏi bệnh ở giai đoạn sớm. Trên thực tế, nghiên cứu về căn bệnh ung thư hắc tố còn ít, chưa tập trung, chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả sống thêm sau điều trị ở giai đoạn tái phát di căn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau: **Đánh giá kết quả điều trị ung thư hắc tố tái phát - di căn bằng Pembrolizumab đơn thuần và quản lý độc tính của phác đồ tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ 2017 - 2021.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

a. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định ung thư hắc tố tái phát - di căn và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ năm 2017-2021.

- Không còn chỉ định phẫu thuật

- Không có chống chỉ định với điều trị Pembrolizumab

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ với các thông tin cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Điều trị được ít nhất 2 chu kì Pembrolizumab đơn thuần.

b. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Bệnh nhân mắc bệnh ung thư khác hoặc BN có tình trạng bệnh cấp tính hoặc mạn tính trầm trọng khác, tử

vong do nguyên nhân khác.

- Pembrolizumab không phải điều trị bước một.

- Di căn thần kinh trung ương.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 01/02/2021 đến 30/10/2021 tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

a. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

b. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện 20 bệnh nhân ung thư hắc tố tái phát - di căn điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

c. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Thông tin sau điều trị được thu thập bằng cách:

+ Khám kiểm tra định kỳ theo hẹn

+ Gọi điện thoại theo số liên lạc lưu trong hồ sơ bệnh án.

2.4. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đề cương của bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. Chúng tôi cam kết giữ kín thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu: tên, địa chỉ, số điện thoại...

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,5 ± 13,7, tuổi thấp nhất là 28 tuổi và tuổi cao nhất là 80 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 40 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ 60%. Trong 20 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 9 bệnh nhân nữ và 11 bệnh nhân nam, tỉ lệ nam/nữ là 1,2.

Bảng 1. Thể trạng chung trước và sau khi điều trị

		Sau điều trị			Tổng
		PS0	PS1	PS2	
Trước điều trị	PS0	2 (100)	0	0	2
	PS1	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,6)	9
	PS2	7 (77,8)	2 (22,2)	0	9
Tổng		12	3	5	20
p		0,019			

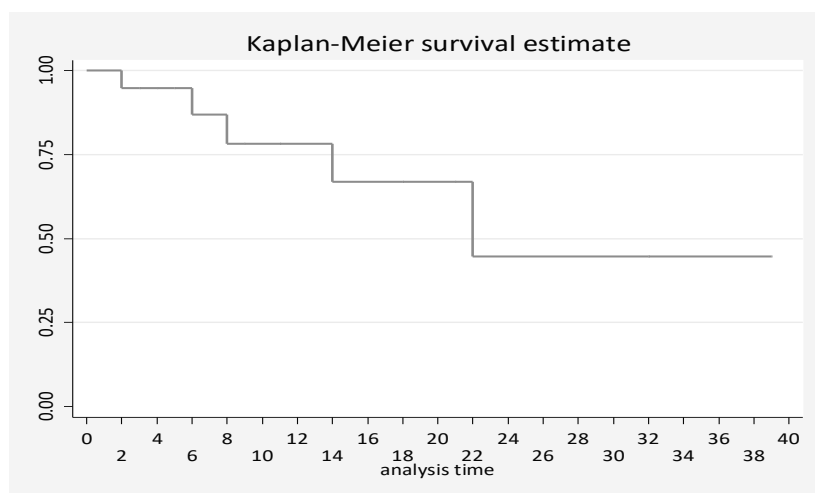
Nhận xét: Sau điều trị, tình trạng người bệnh có sự cải thiện so với trước điều trị và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,019$.

Bảng 2. Đánh giá đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu

		Số BN	Tỷ lệ (%)	Tổng
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	2	10	45%
	Đáp ứng một phần	7	35	
Không đáp ứng	Bệnh giữ nguyên	4	20	55%
	Bệnh tiến triển	7	35	
Tổng		20	100	100

Nhận xét: Tất cả 20 bệnh nhân đều điều trị qua ít nhất 2 chu kỳ Pembrolizumab đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị một phần là 35%, bệnh giữ nguyên chiếm tỷ lệ 20% và 10% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Có 35% bệnh nhân bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là: 65%.

Biểu đồ 1. Thời gian sống còn của toàn bộ bệnh nhân (n=20)

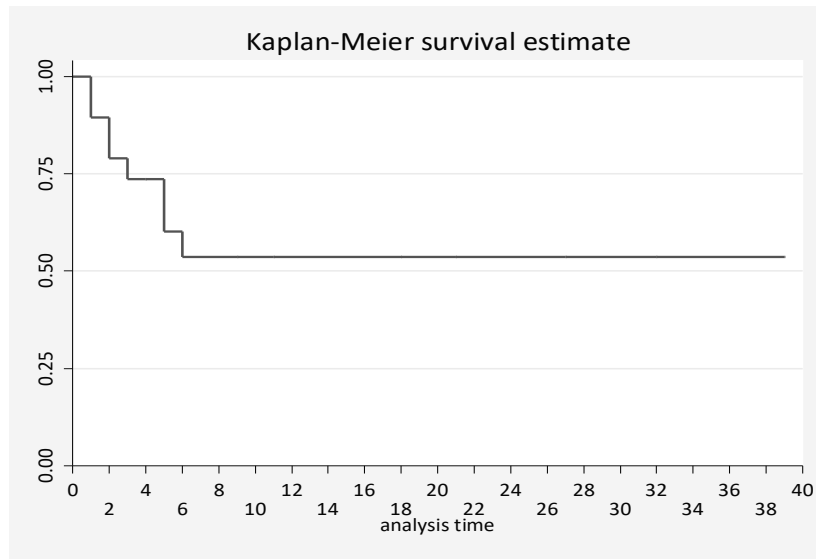


Nhận xét:

Thời gian theo dõi phân bố từ tập trung từ 3 tháng đến 19,5 tháng với trung bình sống còn toàn bộ là $11,5 \pm 10$ tháng. Thời gian theo dõi ngắn nhất và dài nhất của

người bệnh lần lượt là 26 ngày và 39 tháng. Thời gian sống giảm dần, tỷ lệ sống ước tính còn 86,8% sau 6 tháng và 66,4% sau 14 tháng. Kết thúc nghiên cứu ở tuần 39, tỷ lệ sống ước tính là 44,6%.

Biểu đồ 2. Thời gian sống còn bệnh không tiến triển



Nhận xét

Thời gian sống không tiến triển trung bình của người bệnh là $9,9 \pm 11,4$ tháng, với giá trị nhỏ nhất và lớn nhất

lần lượt là 26 ngày và 39 tháng . Thời gian sống không tiến triển giảm dần, tỷ lệ sống không tiến triển ước tính còn 53,5% sau 6 tháng và cùng giá trị sau 39 tháng với KTC95% là 27,67% - 73,87%.

Bảng 3. Một số tác dụng không mong muốn

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mệt mỏi	16	80%	3	15%	-	-	1	5%	-	-
Nôn	19	95%	-	-	1	5%	-	-	-	-
Tiêu chảy	18	90%	2	10%	-	-	-	-	-	-
Dị ứng da	18	90%	1	5%	1	5%	-	-	-	-
Chán ăn	15	75%	3	15%	2	10%	-	-	-	-

Nhận xét: Hầu hết các BN gặp các tác dụng phụ ở độ 1- 2, có 1 BN gặp mệt mỏi ở độ 3, cũng là bệnh nhân viêm gan nặng và xảy ra biến cố tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng khách quan

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 45%, trong đó đáp ứng hoàn toàn có 2 bệnh nhân, chiếm 10%, đáp ứng một phần chiếm 35%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị pembrolizumab có bệnh giữ nguyên là 20% và 35% tiến triển sau điều trị. Đối với điều trị

ung thư hắc tố giai đoạn muộn trước đây chủ yếu là điều trị toàn thân bằng hóa chất tuy nhiên đáp ứng kém và thời gian tác dụng không kéo dài, hầu hết các BN có thời gian sống còn toàn bộ 6-9 tháng. Dacarbazine đã được sử dụng rộng rãi để điều trị bệnh nhân ung thư hắc tố di căn. Mặc dù không có thử nghiệm pha III nào chứng minh lợi ích sống còn của dacarbazine so với “không điều trị”, nó vẫn được chấp thuận điều trị ung thư hắc tố di căn ở Hoa Kỳ. Dacarbazine được coi là đơn chất có tác dụng nhất trong điều trị ung thư hắc tố, với tỷ lệ đáp ứng từ 8% đến 20%, phần lớn là đáp ứng một phần và thời gian duy trì đáp ứng trung bình là từ 4 đến 6 tháng [2, 10]. Theo dõi sau điều trị



bằng dacarbazine chỉ ra rằng có dưới 2% bệnh nhân có thể sống sót sau sáu năm [1]. Temozolomide là một chất tương tự của dacarbazine bị phân hủy hóa học ở pH sinh lý thành MTIC, chất chuyển hóa có hoạt tính của dacarbazine[9]. Ngược lại với dacarbazine, temozolomide không yêu cầu kích hoạt chuyển hóa. Không giống như dacarbazine, temozolomide được hấp thu qua đường uống; nó có thể vượt qua hàng rào máu não và có thể có một số tác dụng đáp ứng trong trường hợp di căn não. Temozolomide đã được so sánh với dacarbazine trong hai thử nghiệm ngẫu nhiên. Trong một thử nghiệm giai đoạn III bao gồm 305 bệnh nhân bị u ác tính di căn, điều trị bằng temozolomide có liên quan đến những cải thiện không đáng kể về tỷ lệ sống thêm tổng thể và thời gian sống thêm không tiến triển so với dacarbazine (tương ứng là 7,7 so với 6,4 và 1,9 so với 1,5 tháng)[4]. Tương tự, trong một thử nghiệm được thực hiện bởi Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu (EORTC) trên 859 bệnh nhân ung thư hắc tố di căn, không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ hoặc không tiến triển (tương ứng là 9,1 so với 9,4 và 2,3 so với 2,2 tháng) [6]. các thử nghiệm chứng minh tác dụng temozolomide trên bệnh nhân điều trị ung thư hắc tố đã không thành công và dữ liệu lâm sàng không đủ thuyết phục để đạt được sự chấp thuận của Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) trong việc điều trị ung thư hắc tố di căn. So với Dacarbazine và Temozolomide đơn thuần, nghiên cứu của chúng tôi có đáp ứng cao hơn hẳn là 45% và bệnh nhân cũng không phải chịu nhiều tác dụng phụ của việc sử dụng hóa chất.

4.2. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh tiến triển (OS, PFS)

Keynote 002 là thiết kế nghiên cứu pha 2 ngẫu nhiên, đa trung tâm nhằm chứng minh Pembrolizumab thiện sống còn so với hóa trị ở bệnh nhân melanoma tiến triển đã điều trị Ipilimumab trước đó. Theo dõi dài hạn (trung bình 28 tháng) trong thử nghiệm Keynote-002 cho thấy rằng so với hóa trị liệu, pembrolizumab đạt tỉ lệ và thời gian kéo dài đáp ứng cao hơn, đồng thời có liên quan đến những cải thiện lâu dài trong PFS [7].

Keynote 006 là thiết kế nghiên cứu pha III, có đối chứng với ipilimumab. Phác đồ điều trị với hai liều Pembrolizumab khác nhau cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa các tiêu chí đánh giá hiệu quả so với Ipilimumab [6]. Theo dõi dài hạn cho thấy rằng trong khi cả pembrolizumab và ipilimumab đều cho thấy hiệu quả

tác dụng kéo dài, pembrolizumab cho thấy sự cải thiện lâu dài về PFS và OS so với đơn trị liệu ipilimumab.

So với các nghiên cứu Keynote 002 và 006, nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ ở những bước quan sát đầu tiên nhưng kết quả mà chúng tôi thu được là rất khả quan. Thời gian theo dõi phân bố từ tập trung từ 3 tháng đến 19,5 tháng với trung vị là 7 tháng. Thời gian theo dõi ngắn nhất và dài nhất của người bệnh lần lượt là 26 ngày và 39 tháng. Thời gian sống giảm dần, tỷ lệ sống ước tính còn 86,8% sau 6 tháng và 66,4% sau 14 tháng. Kết thúc nghiên cứu ở tuần 39, tỷ lệ sống ước tính là 44,6%. Thời gian sống không tiến triển trung bình của người bệnh là $9,9 \pm 11,4$ tháng. Thời gian sống không tiến triển giảm dần, tỷ lệ sống không tiến triển ước tính còn 53,5% sau 6 tháng và cùng giá trị sau 39 tháng với KTC95% là 27,67% - 73,87%.

Chúng tôi vẫn đang tiếp tục quan sát và nhận định bệnh nhân sau mỗi năm và bổ sung vào nghiên cứu. với mốc quan sát đầu tiên là 6 tháng sống còn không bệnh đạt 53,5% là một kết quả khá cao và tương đồng với những bước quan sát đầu tiên của hệ thống Keynote trong ung thư hắc tố.

4.3. Một số tác dụng không mong muốn

Trong điều trị ung thư hắc tố giai đoạn muộn, ngoài mục tiêu kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân, chất lượng cuộc sống cũng là một mục tiêu hết sức quan trọng. Độ tính hay tác dụng không mong muốn của điều trị là yếu tố rất hữu ích trong việc đánh giá hiệu quả điều trị của một thuốc mới, liệu rằng loại thuốc này có được người bệnh dung nạp tốt không, cân nhắc giữa tác dụng về mặt bệnh học và tác dụng không mong muốn - ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, là một vấn đề quan trọng trong lựa chọn điều trị của người thầy thuốc [6], [7]. Nhìn chung, so với hoá trị, tác dụng không mong muốn của thuốc miễn dịch nói chung và pembrolizumab là rất ít, chủ yếu là một số tác dụng liên quan đến phản ứng miễn dịch tại các cơ quan. Hầu hết các BN gặp các tác dụng phụ ở độ 1- 2, có 1 BN gặp mệt mỏi ở độ 3, cũng là bệnh nhân viêm gan nặng và xảy ra biến cố tử vong.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ là 45%, trong đó: đáp ứng hoàn toàn là 10%, đáp ứng một phần là 35%. Tỷ lệ giữ nguyên bệnh là 20%, tỉ lệ bệnh tiến triển là 25%.

- Thời gian theo dõi phân bố từ tập trung từ 3 tháng đến 19,5 tháng với trung bình sống còn toàn bộ là $11,5 \pm 10$ tháng. Thời gian theo dõi ngắn nhất và dài nhất của người bệnh lần lượt là 26 ngày và 39 tháng. Thời gian sống giảm dần, tỷ lệ sống ước tính còn 86,8% sau 6 tháng và 66,4% sau 14 tháng. Kết thúc nghiên cứu ở tuần 39, tỷ lệ sống ước tính là 44,6%.

- Thời gian sống không tiến triển trung bình của người bệnh là $9,9 \pm 11,4$ tháng, với giá trị nhỏ nhất và lớn nhất lần lượt là 26 ngày và 39 tháng. Thời gian sống không tiến triển giảm dần, tỷ lệ sống không tiến triển ước tính còn 53,5% sau 6 tháng và cùng giá trị sau 39 tháng với KTC95% là 27,67% - 73,87%.

- Hầu hết các BN gặp các tác dụng phụ ở độ 1- 2, có 1 BN gặp mệt mỏi ở độ 3

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Văn Xuân, Nguyễn Sào Trung, Nguyễn Chấn Hùng, Bướu của da và các tế bào sinh hắc tố, bệnh học ung bướu cơ bản, Trung tâm đào tạo và bồi dưỡng cán bộ y tế thành phố Hồ Chí Minh, 1992, 129-35.
- [2] Lê Đình Roanh, U hắc tố ác tính, giải phẫu bệnh học, Nhà xuất bản Y học, 1998.
- [3] Đào Tiến Lục, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố tiên lượng của u hắc tố ác tính, Luận văn thạc sỹ Y học, 2001, Trường đại học Y khoa Hà Nội.
- [4] Nguyễn Chấn Hùng, Phó Đức Mẫn, Cung Thị Tuyết Anh và cộng sự, Dịch tễ học ung thư hiện nay tại thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam Việt Nam, Y học Việt Nam, 2010, 173(7), 31-37.
- [5] Vũ Thanh Phương, Nguyễn Đại Bình, Đoàn Trọng Tú, Ung thư hắc tố giai đoạn I - II - III: Kết quả sống thêm 5 năm sau phẫu thuật có hoặc không điều trị hỗ trợ tại bệnh viện K, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2013, 567-76.
- [6] Wang J, Chmielowski B, Pellissier J et al., Cost-Effectiveness of Pembrolizumab Versus Ipilimumab in Ipilimumab-Naïve Patients with Advanced Melanoma in the United States, J Manag Care Spec Pharm, 2017, 23(2), 184-194.
- [7] Hamid O, Robert C, Ribas A et al., Antitumour activity of pembrolizumab in advanced mucosal melanoma: a post-hoc analysis of KEYNOTE-001, 002, 006, Br J Cancer, 2018, 119(6), 670-674.
- [8] Luke J J, Rutkowski P, Queirolo P et al, Pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy in completely resected stage IIB or IIC melanoma (KEYNOTE-716): a randomised, double-blind, phase 3 trial, Lancet, 2022, 399(10336), 1718-1729.
- [9] Sahel JA, Steeves RA, Albert D et al., Intraocular melanoma, principles and practise of oncology, Lippincott-Raven, 1997, 1995-2011.
- [10] Albino AP, Reed JA, McNutt NS et al., Molecular Biology of Cutaneous Melanoma, Principles and Practice of Oncology Lippincott- Raven, 1997, 2(4), 1935-46.



THE ASSOCIATION BETWEEN PM_{2.5} DUST CONCENTRATION AND HOSPITALIZATION FOR RESPIRATORY DISEASES AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN HANOI DURING THE PERIOD OF 2017-2019

Tran Quynh Anh*, Le Vu Thuy Huong, Nguyen Thi Phuong Oanh, Bui Van Tung
Dang Quang Tan, Ngo Van Toan, Hoang Thi Thu Ha, Chu Thi Huong

School of Preventive Medicine and Public Health - No 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: The study analyzes the association between PM_{2.5} dust concentration and hospitalization for respiratory diseases in children under 5 years old in Hanoi in the period 2017-2019.

Methods: We utilized time series data analysis design, a Poisson regression model combined with linear model with delay from 0 to 7 days, and control for confounding factors.

Results: The results showed that the number of hospitalizations tended to increase gradually when the concentration of PM_{2.5} dust increased from 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ to 140 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Exposure to dust concentrations of about 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ resulted in a 2.3-fold increase in the total risk of hospitalizations compared with dust concentrations of about 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, of which children under 1 year of age had the highest risk of about 3.0 times. Hospitalizations decrease slightly in summer and increase in winter-spring. Increased PM_{2.5} concentration contributes to increased respiratory illness hospitalizations in children under 5 years of age, preventive measures should be taken to reduce the health risks of this age group.

Key word: PM_{2.5}, respiratory diseases, children, air pollution.

*Corresponding author

Email address: Tranquynhanh@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 983 513 183

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ BỤI PM_{2.5} VÀ NHẬP VIỆN DO BỆNH HÔ HẤP CỦA TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI Ở HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2017-2019

Trần Quỳnh Anh*, Lê Vũ Thuý Hương, Nguyễn Thị Phương Oanh, Bùi Văn Tùng, Đặng Quang Tân, Ngô Văn Toàn, Hoàng Thị Thu Hà, Chu Thị Hương

Viện ĐT Y học dự phòng và Y tế công cộng-Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu phân tích mối liên quan giữa nồng độ bụi PM_{2.5} với tình hình nhập viện do bệnh đường hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Hà Nội giai đoạn 2017-2019.

Phương pháp: Chúng tôi sử dụng thiết kế phân tích số liệu chuỗi thời gian, mô hình hồi quy Poisson.

Kết quả: Kết quả cho thấy số ca nhập viện có chiều hướng tăng dần khi nồng độ bụi PM_{2.5} tăng từ 10 µg/m³ tới 140 µg/m³. Phơi nhiễm với nồng độ bụi khoảng 110 µg/m³ làm tổng số ca nhập viện có nguy cơ tăng gấp 2.3 lần so với nồng độ bụi khoảng 10 µg/m³, trong đó trẻ dưới 1 tuổi có nguy cơ cao nhất khoảng 3.0 lần. Số ca nhập viện giảm nhẹ vào mùa hè và tăng vào mùa đông-xuân. Gia tăng nồng độ PM_{2.5} góp phần làm tăng số ca nhập viện do bệnh đường hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi, các biện pháp dự phòng cần được thực hiện để giảm nguy cơ sức khỏe nhóm tuổi này.

Từ khoá: PM_{2.5}, bệnh đường hô hấp, trẻ em, ô nhiễm không khí.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng ô nhiễm không khí ở Việt Nam đang có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây, đặc biệt ở các đô thị lớn. Kết quả đánh giá chất lượng không khí thông qua chỉ số AQI cho thấy, số ngày có AQI ở mức kém tại các đô thị lớn chiếm tỷ lệ khá lớn, thậm chí chiếm tới 40-60% tổng số ngày quan trắc trong năm.¹ Theo Báo cáo chất lượng không khí thế giới (World Air Quality Report) năm 2019, mức độ ô nhiễm bụi mịn PM_{2.5} tại Việt Nam khá cao (nồng độ là 34,1 µg/m³) so với mức khuyến cáo 10,0 µg/m³ của Tổ chức Y Tế thế giới và

đứng thứ 15 trên thế giới. Hà Nội là thành phố đứng thứ 7 trong bảng xếp hạng các thủ đô có nồng độ PM_{2.5} cao nhất với 46,1 µg/m³. Hồ chí Minh, Đà Nẵng và Huế cũng được ghi nhận có nồng độ bụi mịn lần lượt là 25,3; 25,9 và 28,6 µg/m³.²

Ô nhiễm không khí, đặc biệt là ô nhiễm bụi mịn đang là mối nguy cơ báo động với sự gia tăng bệnh tật và tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới.³ Theo báo cáo của Tổ chức Y Tế thế giới năm 2016, có khoảng 93% trẻ em, trong đó có 630 trẻ em dưới 5 tuổi trên thế giới tiếp xúc với mức độ bụi mịn cao hơn so với mức khuyến cáo. Tỷ lệ này tại các nước thu nhập trung bình và thấp ở

*Tác giả liên hệ

Email: Tranquynhanh@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 983 513 183



khu vực Đông Nam Á là 99%. Cũng theo báo cáo này, ô nhiễm không khí là nguyên nhân của khoảng 543.000 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và tỷ lệ tử vong trên 100.000 trẻ em do ô nhiễm không khí cao nhất ở các quốc gia Châu Phi có mức thu nhập thấp và trung bình.⁴

Với đường kính nhỏ hơn 2,5 micromet ($\leq PM_{2,5}$) bụi mịn có thể dễ xâm nhập và kích thích phổi của trẻ nhỏ, gây nên các bệnh của hệ hô hấp.⁵ Một vài nghiên cứu gần đây tại các quốc gia có mức độ ô nhiễm bụi mịn cao cung cấp bằng chứng về sự liên quan giữa nồng độ bụi mịn và nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp ở trẻ em. Cụ thể, nguy cơ nhập viện của trẻ em dưới 10 tuổi ở Nepal đối với tổng số các bệnh về đường hô hấp là 1,16 lần (khoảng tin cậy 95%: 1,02 đến 1,31), tương ứng với mức tăng trên $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ khi phơi nhiễm với $PM_{2,5}$.⁶ Một nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy mức tăng 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ trong $PM_{2,5}$ và PM_{10} tương quan với mức tăng 6% (95% CI 1,02--1,10) và 4% (95% CI 1,00-1,08) về số lần nhập viện vì viêm phổi ở trẻ nhỏ.⁷

Tại Việt Nam nghiên cứu của Luong LM và cộng sự (2017) cho thấy việc nhập viện hằng ngày vì bệnh đường hô hấp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi ở Hà Nội có liên quan đến mức độ bụi mịn trong không khí đo được trong thành phố và mỗi lần tăng $10 \mu\text{g} / \text{m}^3$ với nồng độ bụi mịn các loại PM_{10} , $PM_{2,5}$, PM_1 làm tăng nguy cơ nhập viện đáng kể ở mức 1,4%; 2,2% và 2,5%.⁷

Để góp phần giảm thiểu tác động bất lợi của ô nhiễm không khí lên sức khỏe trẻ em, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả mối liên quan giữa nồng độ bụi $PM_{2,5}$ trong không khí với tình hình nhập viện do bệnh đường hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Hà Nội giai đoạn 2017-2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Số liệu thứ cấp về số lượng trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện của theo ngày do bệnh hô hấp tại Hà Nội từ 01/01/2017 tới 31/12/2019, do Bảo hiểm xã hội thành phố Hà Nội cung cấp, đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bản ghi có đầy đủ thông tin nghiên cứu. Trẻ em dưới 05 tuổi được tính theo ngày/tháng/năm sinh tương ứng với ngày nhập viện. Bệnh nhân khám/ chữa bệnh phải được chuẩn đoán xác định mắc các bệnh lý đường hô hấp theo ICD-10 với mã từ J00 – J99.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bản ghi sai lệch về thông tin, sai dữ liệu do lỗi nhập hệ thống. Loại trừ bệnh nhân nhập viện do các bệnh lý về chấn thương như: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi,... với mã J90 – J99.

- Số liệu thứ cấp về chất lượng không khí được thu thập tại Chi cục bảo vệ môi trường Thành phố Hà Nội bao gồm các chỉ số về: Nồng độ bụi $PM_{2,5}$, nhiệt độ và độ ẩm trung bình theo ngày trong thời gian từ 01/01/2017 tới 31/12/2019

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/2022 tới 31/12/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại thành phố Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** phương pháp nghiên cứu sinh thái (Ecological study) phân tích số liệu dãy thời gian (times series data)

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn toàn bộ bản ghi có đầy đủ thông tin nghiên cứu về số liệu nhập viện của trẻ em dưới 5 tuổi theo ngày do bệnh hô hấp và số liệu về chất lượng không khí bao gồm các chỉ số nồng độ $PM_{2,5}$, nhiệt độ và độ ẩm trung bình theo ngày.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Thông tin về người bệnh nhập viện do bệnh đường hô hấp: tuổi, giới, địa chỉ, chẩn đoán theo mã ICD-10, ngày khám.

- Thông tin về chất lượng không khí và thời tiết: Nồng độ bụi $PM_{2,5}$ trung bình theo ngày, nhiệt độ trung bình theo ngày, độ ẩm trung bình theo ngày.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy Poisson (có hiệu chỉnh bằng quasi-poisson) để xác định mối liên quan giữa nồng độ bụi $PM_{2,5}$ với số ca nhập viện do bệnh đường hô hấp. Chúng tôi có kiểm soát các tác động tiềm ẩn của các biến thời gian, chẳng hạn như ngày trong tuần, ngày lễ, xu hướng theo mùa và độ ẩm, nhiệt độ hàng ngày. Số liệu được thu thập và quản lý bằng phần mềm R.1.2.5033.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được phê duyệt tại quyết định số 780/QĐ-ĐHYHN ngày 8/4/2022 của Trường Đại học

Y Hà Nội. Nghiên cứu có sự đồng ý của lãnh đạo Chi cục bảo vệ môi trường thành phố Hà Nội và Bảo hiểm xã hội Thành phố Hà Nội về việc lấy số liệu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho cơ sở nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu số liệu trong vòng 03 năm (từ 01/01/2017 tới 31/12/2019).

Bảng 1: Phân bố số ca nhập viện theo tuổi, giới, nồng độ bụi PM2.5, và yếu tố thời tiết

Biến số	TB (SD)	Tối đa	Tối thiểu	25 th	50 th	75 th
Tổng	1029 (573)	1430	70	218	658	839
Tuổi						
<1	202 (113)	490	5	94	212	299
1-3	487 (270)	1187	44	174	547	696
3-5	339 (211)	982	22	97	372	982
Giới						
Nam	590 (323)	1430	70	218	658	839
Nữ	438 (251)	1229	26	151	487	630
Chất lượng không khí						
Bụi PM _{2.5} (µg/m ³)	38.60 (29.12)	140.50	5.40	27.78	35.20	44.93
Nhiệt độ(C)	26.50 (11.8)	38.45	10.60	22.54	26.53	30.90
Độ ẩm (%)	67.82 (17.77)	95.53	29.84	62.23	68.97	74.80

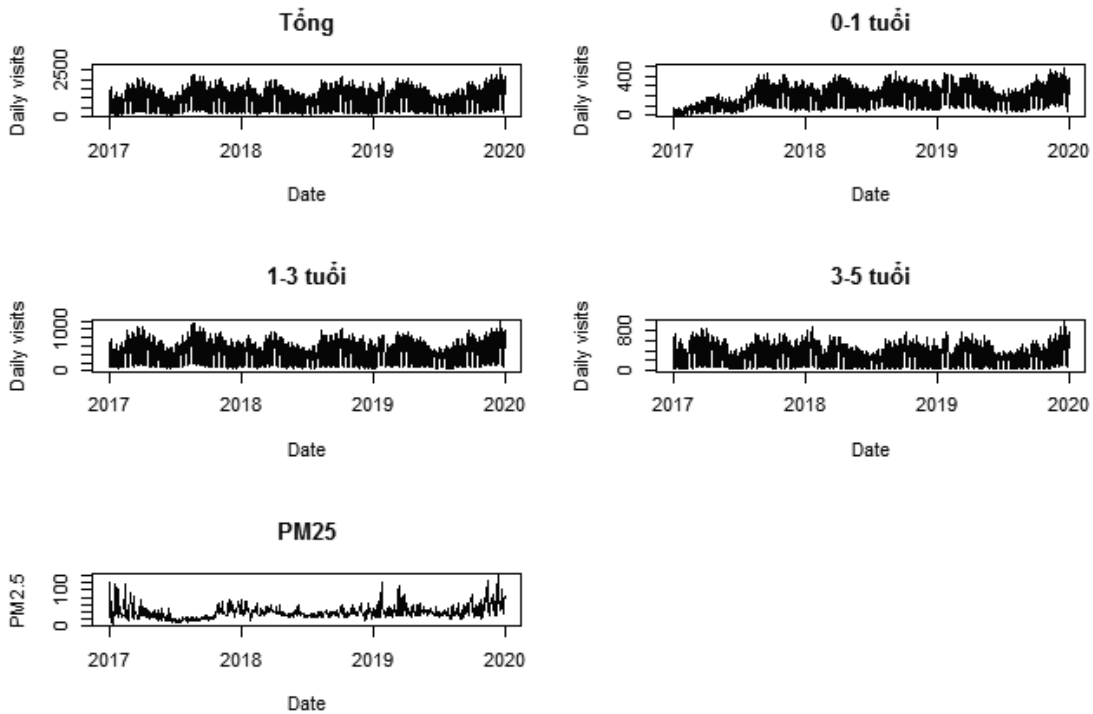
Bảng 1 thể hiện phân bố số ca nhập viện theo nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu, nồng độ bụi PM_{2.5}, nhiệt độ và độ ẩm trung bình theo ngày. Trung bình có 1029 ca nhập viện/ngày do bệnh đường hô hấp tại Hà Nội, trong đó độ tuổi từ 1-3 tuổi có số lượng nhập viện trung bình theo ngày cao nhất trong 3 nhóm

tuổi (487 ca/ngày). Số ca nhập viện của nam nhiều hơn nữ với 590 ca/ngày cho nam và 438 ca/ngày cho nữ.

Nồng độ bụi PM_{2.5} trung bình theo ngày khoảng 38.6 µg/m³ cao nhất đạt 140.50 µg/m³ và thấp nhất khoảng 5.40 µg/m³. Nhiệt độ trong ngày trung bình trong 3 năm khoảng 26.50 C và độ ẩm trung bình khoảng 67.82%.



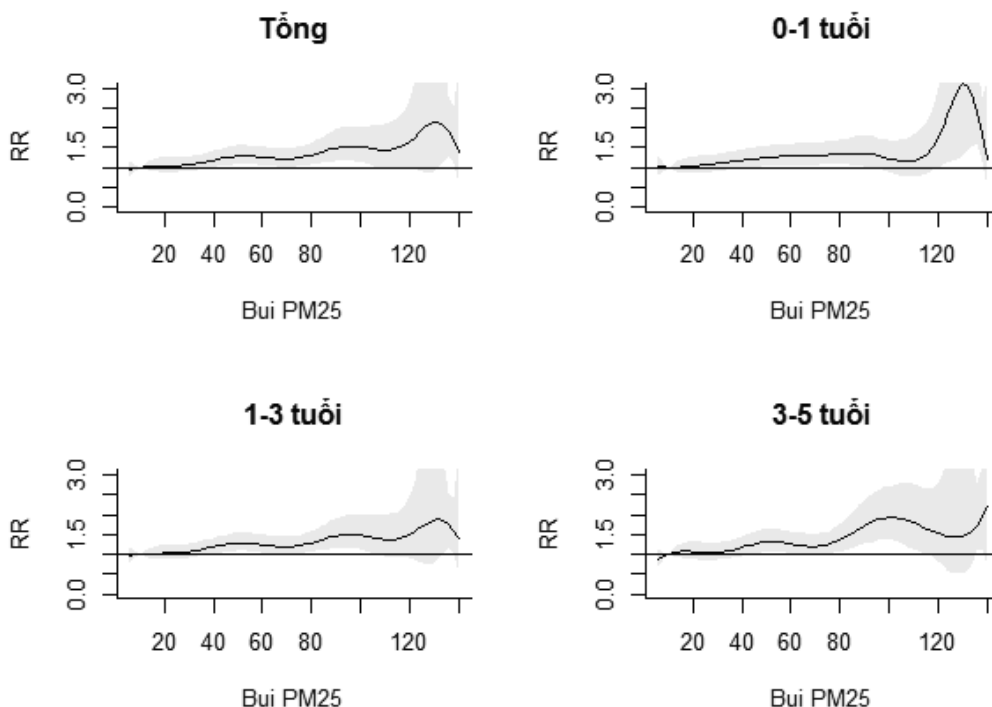
Biểu đồ 1: Diễn biến số ca nhập viện trung bình và nồng độ bụi PM_{2.5} trung bình theo ngày tại Hà Nội 2017-2019



Biểu đồ 1 mô tả diễn biến số ca nhập viện do các bệnh lý đường hô hấp và nồng độ bụi PM_{2.5} trung bình theo ngày trong vòng 3 năm. Xu hướng số ca nhập viện của 3 nhóm tuổi là tương đối tương đồng, có sự giảm nhẹ

vào khoảng thời gian mùa hè và tăng trong khoảng thời gian mùa đông-xuân. Diễn biến nồng độ bụi mịn cũng có xu hướng tăng vào khoảng thời gian mùa đông-xuân và giảm trong khoảng thời gian mùa hè-thu.

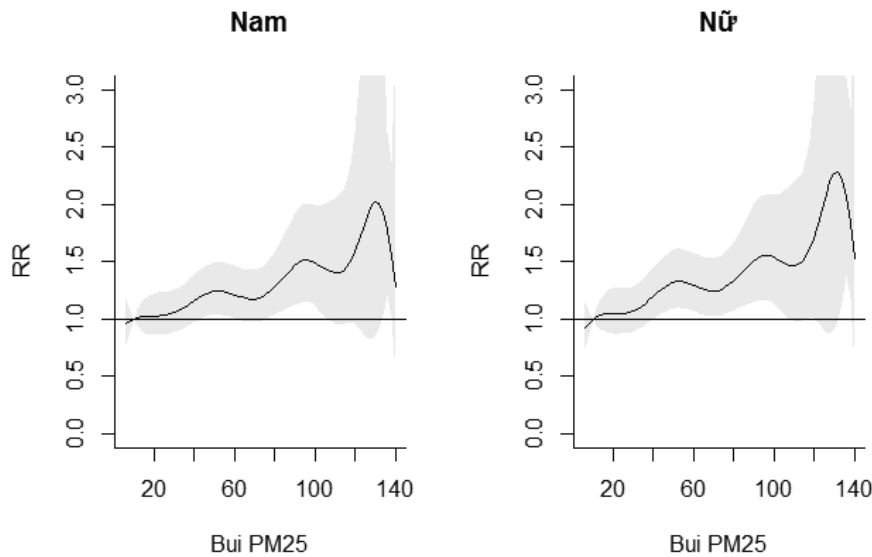
Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa nồng độ bụi PM_{2.5} và nhập viện do bệnh hô hấp chung và theo giới



Biểu đồ 2 biểu thị số ca nhập viện có chiều hướng tăng dần khi nồng độ bụi $PM_{2.5}$ tăng từ $10 \mu g/m^3$ tới $140 \mu g/m^3$. Phơi nhiễm với nồng độ khoảng $110 \mu g/m^3$, tổng số ca nhập viện có nguy cơ tăng gấp 2.3 lần so với phơi nhiễm với nồng độ bụi khoảng $10 \mu g/m^3$, trong đó trẻ

dưới 1 tuổi có nguy cơ cao nhất khoảng 3.0 lần. Trẻ từ 3-5 tuổi phơi nhiễm với nồng độ bụi khoảng $100 \mu g/m^3$ làm tăng nguy cơ nhập viện lên khoảng 2.1 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê) so với phơi nhiễm với nồng độ bụi $10 \mu g/m^3$.

Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa nồng độ bụi $PM_{2.5}$ và nhập viện do bệnh hô hấp theo giới



Biểu đồ 3 thể hiện sự gia tăng nguy cơ nhập viện do bệnh đường hô hấp khi phơi nhiễm với nồng độ bụi $PM_{2.5}$ tăng từ $10 \mu g/m^3$ tới $140 \mu g/m^3$. Sự gia tăng thể hiện khá tương đồng ở cả nam và nữ. Nguy cơ nhập viện cao nhất khi phơi nhiễm với nồng độ bụi mịn khoảng từ 110- 130 $\mu g/m^3$, sau đó giảm dần ở $140 \mu g/m^3$.

4. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, đã có một số nghiên cứu về ảnh hưởng của bụi $PM_{2.5}$ lên sức khoẻ con người tại Việt Nam, tuy nhiên nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ bụi $PM_{2.5}$ và sức khoẻ trẻ em chưa có nhiều. Hà Nội là thành phố thủ đô của cả nước, nơi có nhiều nguồn gây ô nhiễm không khí và có mật độ dân cư đông, dân số trẻ em dưới 5 tuổi cao. Hà Nội cũng có hệ thống các trạm quan trắc môi trường không khí đầy đủ tại 10 vị trí khác nhau trong thành phố. Hệ thống số liệu từ bảo hiểm xã hội thành phố ghi nhận số ca nhập viện từ hơn 700 bệnh viện và phòng khám trên địa bàn thành phố. Do đó, chúng tôi chọn Hà Nội là địa điểm nghiên cứu để phân tích mối liên quan của bụi $PM_{2.5}$ và số ca nhập

viện do bệnh hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ bụi $PM_{2.5}$ trung bình trong 3 năm ở Hà Nội cao hơn là $38,6 \mu g/m^3$, cao hơn gấp gần 8 lần tiêu chuẩn về nồng độ bụi $PM_{2.5}$ trong không khí của TCYTQG. Về phân bố số ca nhập viện do bệnh hô hấp, lứa tuổi 1-3 có số ca nhập viện cao nhất. Đây là nhóm tuổi nhà trẻ, trẻ em đã có nhiều hoạt động tiếp xúc với môi trường xung quanh hơn so với tuổi dưới 1, tuy nhiên hệ miễn dịch chưa hoàn chỉnh nên trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn trong đó có các bệnh đường hô hấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa sự gia tăng nồng độ bụi $PM_{2.5}$ trung bình và số ca nhập viện do bệnh hô hấp ở trẻ dưới 5 tuổi. Diễn biến số ca nhập viện theo ngày trong 3 năm thay đổi theo xu hướng giảm về mùa hè, tăng về mùa đông-xuân, tương đồng với sự thay đổi nồng độ bụi $PM_{2.5}$ trung bình theo ngày. Phân tích hồi quy Poisson cho thấy số ca nhập viện có chiều hướng tăng dần khi nồng độ bụi $PM_{2.5}$ tăng từ $10 \mu g/m^3$ tới $140 \mu g/m^3$. Ở mức nồng độ bụi là $110 \mu g/m^3$, nguy cơ nhập viện tăng gấp 2.3 lần so với mức nồng độ bụi là $10 \mu g/m^3$. Phân tích theo nhóm tuổi cho thấy

trẻ dưới 1 tuổi có nguy cơ cao nhất (khoảng 3.0 lần) ở mức nồng độ bụi là 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu trước đây cho thấy nồng độ bụi mịn các loại PM_{10} , $\text{PM}_{2.5}$, PM_1 làm tăng nguy cơ nhập viện ở trẻ em ở Việt Nam (bụi $\text{PM}_{2.5}$ làm tăng nguy cơ nhập viện 2,2 lần).⁷ Nghiên cứu ở Nepal báo cáo nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp của trẻ em dưới 10 tuổi là 1,16 lần khi phơi nhiễm với $\text{PM}_{2.5}$.⁶ Nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy mức tăng 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ trong $\text{PM}_{2.5}$ tương quan với mức tăng 6% số lần nhập viện vì viêm phổi ở trẻ nhỏ.⁷

Bụi $\text{PM}_{2.5}$ là loại bụi có đường kính nhỏ hơn 2,5 micromet, có khả năng xâm nhập sâu vào hệ hô hấp, đến tận các phế nang và có khả năng xuyên qua thành phế nang vào hệ tuần hoàn, xâm nhập vào các mô, cơ quan khác trong cơ thể và gây các bệnh khác khi lớn lên. Với đặc điểm sinh lý tuổi nhỏ, trẻ em hô hấp nhiều hơn người lớn, do đó các em có nguy cơ phơi nhiễm với nhiều chất ô nhiễm hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cung cấp thêm những bằng chứng về mối liên quan thuận giữa nồng độ bụi $\text{PM}_{2.5}$ và số ca nhập viện do bệnh hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Hà Nội, cho thấy sự cần thiết phải có những hoạt động bảo vệ môi trường không khí, tạo bầu không khí trong lành vì sức khỏe trẻ em.

5. KẾT LUẬN

Nồng độ bụi $\text{PM}_{2.5}$ trung bình trong 3 năm 2017-2019 ở Hà Nội cao hơn mức cho phép của TCYTTC. Theo ngày, nồng độ này tăng vào mùa đông-xuân tương ứng với tăng số ca nhập viện về bệnh hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi. Ở mức nồng độ bụi là 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, nguy cơ nhập viện tăng gấp 2,3 lần so với mức nồng độ bụi là 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; trẻ dưới 1 tuổi có nguy cơ nhập viện cao hơn trẻ 1-5 tuổi. Cần thiết phải có những hoạt động bảo vệ môi trường không khí, tạo bầu không khí trong lành vì sức khỏe trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Anh L, Nam D, Luan V, Particulate matter pollution in some cities in Vietnam—Temporal variations and spatial distribution of ambient PM_{10} and $\text{PM}_2.5$ concentrations. North Center for Environmental Monitoring. 2018.
- [2] IQAir. 2019 world air quality report: Region & City $\text{PM}_{2.5}$ Ranking. 2020
- [3] Braithwaite I, Zhang S, Kirkbride JB et al., Air pollution (particulate matter) exposure and associations with depression, anxiety, bipolar, psychosis and suicide risk: a systematic review and meta-analysis. Environmental health perspectives. 2019;127(12):126002.
- [4] World Health Organization, Air pollution and child health: prescribing clean air: summary. World Health Organization;2018.
- [5] UNICEF, Clear the air for children: the impact of air pollution on children. UNICEF;2016.
- [6] Hironori N, Chris FS, Lina M et al., Ambient $\text{PM}_{2.5}$ and Daily Hospital Admissions for Acute Respiratory Infections: Effect Modification by Weight Status of Child. Atmosphere 2021, 12(8), 1009; <https://doi.org/10.3390/atmos12081009>
- [7] Chenguang Lv , Xianfeng Wang, Na Pang et al., The impact of airborne particulate matter on pediatric hospital admissions for pneumonia among children in Jinan, China: A case-crossover study. J Air Waste Manag Assoc. 2017 Jun;67(6):669-676. doi: 10.1080/10962247.2016.1265026.
- [8] Luong LM, Phung D, Sly PD et al., The association between particulate air pollution and respiratory admissions among young children in Hanoi, Vietnam. The Science of the total environment. 2017; 578:249-255.

SURVEY THE LEVELS OF PATIENTS' ANXIETY AND SOME FACTORS RELATED BEFORE THE IMPLEMENTATION OF CATCHING CIRCUIT INTERVENTIONS AT THE ENDOVASCULAR INTERVENTION UNIT, UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Tran Hoa*, Nguyen Minh Dat, Nguyen Thi Diep, Duong Quoc Van, Tran Thi Thanh Tam

University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City - 118 Hong Bang, 5 district, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

ABSTRACT

Catching circuit interventions is a great procedure and the patient were being anxiety.

Purposes: The study was conducted based on the ability to measure the patient's listening level and related factors before performing coronary angiography and interventional procedures at the Endovascular Intervention Unit, University of medicine and pharmacy at Ho Chi Minh city.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from October, 2022 to February, 2023 using the modified with the Vietnamese version of the PITI questionnaire, on 240 patients from 18 years old and over, pre-catching circuit interventions at the Endovascular Intervention Unit.

Results: The rate of patients' anxiety before coronary intervention was 48,3%. Marital status, occupation, education, income, hospital admission, and surgical experience, information on anesthesia methods, procedure performed, cost and the waiting time for the procedure were related to the patient's anxiety ($p < 0,05$, Phi & Cramer's $V > 0,1$).

Conclusion: Half of the patient got anxiety before coronary intervention. Attention should be paid to providing adequate information on psychological support solutions for patients who apply the group of single, foggy or divorced, low-income, first-time hospitalized and inexperienced surgical.

Keywords: Patients, levels of anxiety, coronary intervention procedure.

*Corresponding author

Email address: Tranhoah@ump.edu.vn

Phone number: (+84) 767 835 960



MỨC ĐỘ LO LẮNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRƯỚC KHI THỰC HIỆN THỦ THUẬT CHỤP - CAN THIỆP MẠCH VÀNH TẠI ĐƠN VỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Hòa*, Nguyễn Minh Đạt, Nguyễn Thị Diệp, Dương Quốc Văn, Trần Thị Thanh Tâm

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM - 215 Hồng Bàng, Q.5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 08 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành là một thủ thuật lớn và thường làm người bệnh lo lắng nhiều.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ lo lắng của người bệnh và các yếu tố liên quan trước khi thực hiện thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành tại Đơn vị Can thiệp nội mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 10/2022 – 02/ 2023 bằng bộ câu hỏi PITI phiên bản tiếng Việt có sửa đổi, trên 240 người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có chỉ định thủ thuật chụp hoặc can thiệp mạch vành tại Đơn vị Can thiệp nội mạch.

Kết quả: Tỷ lệ lo lắng trước thực hiện thủ thuật can thiệp mạch vành là 48,3%. Tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập, nằm viện và trải nghiệm phẫu thuật, thủ thuật, các thông tin về phương pháp vô cảm, cách thực hiện thủ thuật, chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật có liên quan đến sự lo lắng của người bệnh ($p < 0,05$, Phi & Cramer's $V > 0,1$).

Kết luận: Gần một nửa người bệnh có lo lắng trước khi thực hiện can thiệp mạch vành. Cần quan tâm việc cung cấp thông tin đầy đủ các giải pháp hỗ trợ tâm lý cho nhóm đối tượng độc thân, góa hoặc ly hôn, có thu nhập thấp, nằm viện lần đầu và chưa có trải nghiệm thủ thuật/ phẫu thuật.

Từ khóa: Người bệnh, mức độ lo lắng, chụp can thiệp mạch vành.

*Tác giả liên hệ

Email: Tranhoa@ump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 767 835 960

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo lắng là cảm giác không thoải mái, sợ hãi, căng thẳng và e ngại, là một phản ứng với bên ngoài hoặc kích thích bên trong và có thể có các triệu chứng về hành vi, cảm xúc, nhận thức, thể chất¹. Lo lắng đặc biệt xuất hiện ở người bệnh trước phẫu thuật và tác động các biểu hiện sau phẫu thuật như đau, buồn nôn, nôn, rối loạn tim mạch và tăng nguy cơ nhiễm trùng, gia tăng tỉ lệ tử vong². Tỷ lệ lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật khá cao, từ 70 – 90%³⁻⁵; những yếu tố liên quan đến lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật, thủ thuật được tìm thấy như giới tính, tình trạng hôn nhân và thu nhập⁶; tuổi, chẩn đoán y khoa và loại can thiệp phẫu thuật^{4,7}; trình độ chuyên môn⁸; sự chờ đợi để được thực hiện phẫu thuật, thủ thuật⁹; chưa từng được phẫu thuật, thủ thuật trước đó¹⁰.

Bệnh mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong, thương tật và làm mất sức lao động của người dân, do tình trạng xuất hiện một hoặc nhiều nhánh của động mạch vành bị hẹp hay bị cản trở do sự hình thành những mảng bám tích tụ bên trong¹¹. Thủ thuật can thiệp thường được thực hiện nhanh chóng ngay khi người bệnh vào viện. Người bệnh và người nhà thường lo lắng trước khi thực hiện thủ thuật do sự chuẩn bị chưa đầy đủ về tâm lý và thể chất. Tuy nhiên, trên thực tế chưa tìm thấy nghiên cứu, hoặc thang điểm đánh giá có đề cập đến sự lo lắng của người bệnh trước khi thực hiện thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành¹². Tại Đơn vị

Can thiệp nội mạch, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành trung bình từ 6 - 10 ca/ngày, nghiên cứu mức độ lo lắng của người bệnh trước thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành thực hiện với mục tiêu: xác định tỷ lệ lo lắng của người bệnh trước thủ thuật chụp, can thiệp mạch vành và các yếu tố liên quan tại Đơn vị Can thiệp nội mạch Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có chỉ định thực hiện thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả với cỡ mẫu khảo sát với cỡ mẫu 240 người bệnh từ tháng 10/2022 – 02/2023 bằng bộ câu hỏi PITI phiên bản tiếng Việt có hiệu chỉnh.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu sau khi thu thập và làm sạch được nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1, phân tích dữ liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của người bệnh (n =240)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	155	64,6
	Nữ	85	35,4
Tuổi	Từ 25-40 tuổi	5	2,1
	Từ 41-60	83	34,6
	Trên 60 tuổi	152	63,3
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	20	8,3
	Kết hôn	151	62,9
	Ly hôn	19	7,9
	Góa	50	20,8

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Nông dân	38	15,8
	Công nhân viên chức	25	10,4
	Cán bộ hưu trí	132	55,0
	Kinh doanh	39	16,3
	Khác	6	2,5
Trình độ học vấn	Sau đại học	5	2,1
	Đại học	40	16,7
	Trung cấp, cao đẳng	61	25,4
	Từ THPT trở xuống	134	55,8
Thu nhập hằng tháng	Không có thu nhập	122	50,8
	< 5 triệu	44	18,3
	Từ 5 – dưới 10 triệu	41	17,1
	Từ 10 – dưới 20 triệu	24	10,0
	≥ 20 triệu	9	3,8

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ giữa nam nhiều hơn nữ được thực hiện can thiệp mạch vành. Có 63,3% người bệnh trên 60 tuổi. 62,9% người bệnh đã kết hôn, 55%

người bệnh là cán bộ hưu trí, trình độ từ PTTH trở xuống và không có thu nhập chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2. Thông tin tình trạng bệnh (n = 240)

Thông tin về tình trạng bệnh		Có (n,%)	Không (n,%)
Từng nằm viện		154 (64,2)	86 (36,8)
Trải qua việc làm thủ thuật/ phẫu thuật		104 (43,3)	136 (56,7)
Kỹ thuật gây tê/ gây mê được thông báo để sử dụng		142 (59,2)	98 (40,8)
Được giải thích rõ về cách thực hiện thủ thuật		129 (53,8)	111 (46,3)
Được thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật		201 (83,8)	39 (16,3)
Thời gian chờ đợi	≤ 24 giờ	140 (58,3)	
	Từ 25-48 giờ	84 (35,0)	
	Trên 48 giờ	16 (6,7)	

Bảng 2 cho kết quả có 64,2% người bệnh được khảo sát đã từng nằm viện; 43,3% đã từng trải qua phẫu thuật, thủ thuật trước đây. Để chuẩn bị cho ca thủ thuật thì 59,2% người được thông báo kỹ thuật gây tê/ gây mê sẽ sử dụng; 53,8% người được giải thích rõ về cách thực

hiện thủ thuật và 83,8% người được thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật. Có tới 41,7% số người bệnh phải chờ đợi trên 24 giờ từ lúc bác sĩ giải thích thực hiện thủ thuật cho đến khi được đưa đến phòng thực hiện thủ thuật.

Bảng 3. Mức độ lo lắng chung của người bệnh (n = 240)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lo lắng trước thủ thuật	116	48,3%
Chưa thấy lo lắng trước thủ thuật	124	51,7%
Tổng	240	100

Bảng 3 cho thấy có 116 người bệnh lo lắng trước thủ thuật (48,3%) và có 124 người bệnh cho biết chưa thấy lo lắng trước thủ thuật (51,7%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ lo lắng của người bệnh

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Mức độ lo lắng		χ^2	P value	Value (Kiểm định Phi/Cramer's V)
	Không (n, %)	Có (n, %)			
Nhóm tuổi					
Từ 25-40 tuổi	5 (100,0)	0 (0,0)	5,07	0,079	-
Từ 41-60	44 (53,0)	39 (47,0)			
Trên 60 tuổi	75 (49,3)	77 (50,7)			
Giới tính					
Nam	85 (54,8)	70 (45,2)	1,76	0,184	-
Nữ	39 (45,9)	46 (54,1)			
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	5 (25,0)	15 (75,0)	26,32	<0,01	0,33
Kết hôn	97 (64,2)	54 (35,8)			
Ly hôn	7 (36,8)	12 (63,2)			
Góa	15 (30,0)	35 (70,0)			
Nghề nghiệp					
Nông dân	6 (15,8)	32 (84,2)	31,09	<0,01	0,36
Công nhân viên chức	16 (64,0)	9 (36,0)			
Cán bộ hưu trí	69 (52,3)	63 (47,7)			
Kinh doanh	30 (76,9)	9 (23,1)			
Khác	3 (50,0)	3 (50,0)			
Trình độ học vấn					
Sau đại học	5 (100,0)	0 (0,0)	39,57	<0,01	0,40
Đại học	32 (80,0)	8 (20,0)			
Trung cấp, cao đẳng	41 (67,2)	20 (32,8)			
Từ dưới THPT	46 (34,3)	88 (65,7)			



Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Mức độ lo lắng		χ^2	P value	Value (Kiểm định Phi/ Cramer's V)
	Không (n, %)	Có (n, %)			
Thu nhập trung bình					
Không có thu nhập	57 (46,7)	65 (53,3)	17,63	0,001	0,27
< 5 triệu	15 (34,1)	29 (65,9)			
Từ 5 – dưới 10 triệu	27 (65,9)	14 (34,1)			
Từ 10 – dưới 20 triệu	18 (75,0)	6 (25,0)			
≥20 triệu	7 (77,8)	2(22,2)			
Từng năm viện					
Có	88 (57,1)	66 (42,9)	5,16	0,023	0,14
Không	36 (41,9)	50 (58,1)			
Trải qua việc làm thủ thuật/ phẫu thuật					
Có	82 (78,8)	22 (21,2)	54,29	<0,01	0,47
Không	42 (30,9)	94 (69,1)			
Kỹ thuật gây tê/ gây mê được thông báo để sử dụng					
Có	108 (76,1)	34 (23,9)	82,84	<0,01	0,58
Không	16 (16,3)	82 (83,7)			
Được giải thích rõ về cách thực hiện thủ thuật					
Có	105 (81,4)	24 (18,6)	98,71	<0,01	0,64
Không	19 (17,1)	92 (82,9)			
Được thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật					
Có	115 (57,2)	86 (42,8)	15,24	<0,01	0,25
Không	9 (23,1)	30 (76,9)			
Thời gian chờ đợi thủ thuật					
≤= 24 giờ	100 (71,4)	40 (28,6)	53,55	<0,01	0,47
Từ 25-48 giờ	22 (26,2)	62 (73,8)			
Trên 48 giờ	2 (12,5)	14 (87,5)			

Kết quả từ Bảng 4 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập trung bình đến mức độ lo lắng của người bệnh trước thủ thuật ($p < 0,05$). Những người bệnh độc thân, ly hôn và góa có mức độ lo lắng cao hơn nhóm còn lại (Cramer's V = 0,331); Người làm nghề nông lo lắng hơn các nhóm nghề khác (Cramer's V = 0,360), kết quả này cũng phù hợp với kiểm định trình độ cho thấy trình độ càng thấp thì lo lắng càng

cao (Cramer's V = 0,406), và người không có thu nhập hoặc thu nhập thấp dưới 5 triệu có mức độ lo lắng cao hơn các nhóm còn lại (Cramer's V = 0,271).

Về thông tin bệnh: Tất cả các yếu tố bao gồm đã từng nằm viện, từng trải qua việc làm thủ thuật/ phẫu thuật, được thông báo kỹ thuật gây tê/ gây mê, được giải thích rõ về cách thực hiện thủ thuật, được thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật

có liên quan đến mức độ lo lắng của người bệnh trước thủ thuật ($p < 0,05$). Những người bệnh chưa từng nằm viện có mức độ lo lắng cao hơn ($\Phi = 0,147$); chưa từng thực hiện thủ thuật, phẫu thuật lo lắng hơn ($\Phi = 0,476$); Người bệnh lo lắng ít hơn khi được thông báo về phương pháp vô cảm ($\Phi = 0,588$), cách thức thực hiện thủ thuật (kiểm định $\Phi = 0,641$), chi phí thực hiện thủ thuật ($\Phi = 0,252$); Thời gian chờ đợi thủ thuật càng lâu có mức độ lo lắng cao hơn (Cramer's $V = 0,472$)

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát 240 người bệnh được chỉ định thực hiện thủ thuật can thiệp mạch vành tại Đơn vị Can thiệp nội mạch, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả đã chỉ ra có 48,3% người bệnh được khảo sát có sự lo lắng trước thủ thuật. So với một số nghiên cứu tương tự thực hiện trước đó, kết quả của nghiên cứu có mức độ lo lắng thấp hơn. Tuy nhiên, đây vẫn là mức tỷ lệ cao, đặc biệt các tiêu chí khảo sát thuộc về kết quả thủ thuật vì hầu hết người bệnh đều lo lắng về các tiêu chí khảo sát này, trong đó cao nhất là lo lắng về kết quả sau can thiệp chiếm tỷ lệ 97,1%. Do đó, khi tư vấn, trao đổi với người bệnh trước khi vào phòng thủ thuật thì nhân viên y tế cần động viên và giải thích cho người bệnh hiểu để an tâm nhiều hơn về những kết quả tốt đẹp sau khi hoàn thành ca thủ thuật cũng như khả năng phục hồi tốt sau khi thủ thuật.

Tỷ lệ lo lắng người bệnh có thủ thuật can thiệp mạch vành thấp hơn so với nghiên cứu tương tự. Nghiên cứu của Ryamukuru khi cho biết có 72,8%⁴ người bệnh có sự lo lắng trước phẫu thuật, Thái Hoàng Đê, Dương Thị Mỹ Thanh cho thấy 83,43%³ người bệnh có sự lo lắng trước thủ thuật, Võ Thị Yến Nhi xác định 70,3%⁵ người bệnh có sự lo lắng trước phẫu thuật. Sự khác biệt này có thể liên quan tới chỉ định và phương pháp thực hiện.

Có mối liên quan về tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập trung bình đến mức độ lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Cụ thể là người độc thân, ly hôn hoặc góa, có trình độ thấp, nghề lao động nông nghiệp và thu nhập thấp thì có tỷ lệ lo lắng cao hơn so với các nhóm khác. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu Nigussie và cộng sự⁶ về yếu tố tình trạng hôn nhân và thu nhập có ảnh hưởng đến sự lo lắng của người bệnh, Delewi

và cộng sự⁸ cũng chỉ ra rằng trình độ có ảnh hưởng đến sự lo lắng của người bệnh. Đội ngũ nhân viên y tế khi tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh trước khi vào phòng thủ thuật cần quan tâm nhiều hơn đến đối tượng người bệnh là nông dân, trình độ học vấn từ dưới trung học phổ thông và có mức thu nhập trung bình dưới 5 triệu.

Các yếu tố về thông tin bệnh liên quan đến lo lắng là người bệnh chưa từng nằm viện, chưa có trải nghiệm về thủ thuật hoặc phẫu thuật, được thông báo kỹ thuật gây tê/ gây mê, được giải thích về cách thực hiện thủ thuật, thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật. Kết quả này tương tự với kết quả mà các nghiên cứu khác đã tìm thấy, như là Carli và cộng sự⁹ xác định yếu tố sự chờ đợi để được thực hiện phẫu thuật, thủ thuật có ảnh hưởng đến sự lo lắng của người bệnh, Mitchell¹⁰ chỉ ra rằng yếu tố chưa từng được phẫu thuật, thủ thuật trước đó có ảnh hưởng đến sự lo lắng. Vì vậy, khi tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh trước khi vào phòng thủ thuật, nhân viên y tế cần quan tâm nhiều hơn, lưu ý trao đổi cụ thể các thông tin về phương pháp vô cảm, giải thích rõ về cách thực hiện thủ thuật, thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật để người bệnh an tâm tham gia ca thủ thuật.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lo lắng trước thực hiện thủ thuật can thiệp mạch vành là 48,3%.

Tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập, nằm viện và trải nghiệm phẫu thuật, thủ thuật, các thông tin về phương pháp vô cảm, cách thực hiện thủ thuật, chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Nhân viên y tế Đơn vị Can thiệp nội mạch, bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM khi tiếp xúc, trao đổi, tư vấn trực tiếp cho người bệnh cần quan tâm nhiều hơn với đối tượng nông dân, trình độ học vấn từ dưới trung học phổ thông và có mức thu nhập trung bình dưới 5 triệu; trao đổi cụ thể các thông tin về phương pháp vô cảm, giải thích rõ về cách thực hiện thủ thuật, thông báo về chi phí thực hiện thủ thuật và thời gian chờ đợi thủ thuật để người bệnh an tâm tham gia ca thủ thuật.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Nhận, Tâm lý bệnh nhân. Tâm lý y học. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr1-46, 2006.
- [2] Zemła A, Nowicka-Sauer K, Jarmoszewicz K et al., Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia*; 51, pp. 64-69, 2019.
- [3] Thái Hoàng Đê, Dương Thị Mỹ Thanh, Đánh giá tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tại khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa huyện An Phú. *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang*; 10, pp. 187-193, 2011.
- [4] Ryamukuru D, Assessment of preoperative anxiety for patients awaiting surgery at UTHK. Doctoral dissertation, University of Rwanda, 2017.
- [5] Võ Thị Yến Nhi, Các yếu tố liên quan đến sự lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa. *Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*; tr. 1-8, 2017.
- [6] Nigussie S, Belachew T, Wolancho W, Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg*. 2014; 14, pp. 67.
- [7] Olsen SJ, Schirmer H, Wilsgaard T et al., Cardiac rehabilitation and symptoms of anxiety and depression after percutaneous coronary intervention. *European journal of preventive cardiology*. 2018; 25(10), 1017-1025.
- [8] Delewi R, Vlastra W, Rohling WJ et al., Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology*; 228, 926-930, 2017.
- [9] Carli F, Charlebois P, Stein B et al., Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *Journal of British Surgery*. 2010; 97(8), 1187-1197.
- [10] Mitchell M, Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of advanced nursing*. 2012; 68(5), 1014-1025.
- [11] Trương Quang Bình, Đặng Vạn Phước, Lịch sử, dịch tễ học và tầm quan trọng của bệnh động mạch vành. *Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng*. Chủ biên Đặng Vạn Phước. Xuất bản lần thứ nhất. Nhà xuất bản Y Học. 2007; trang 1-12.
- [12] Trần Hòa, Nguyễn Minh Đạt, Lê Quang Nhứt & CS, Tính giá trị và độ tin cậy bộ câu hỏi khảo sát mức độ lo lắng của người bệnh trước khi thực hiện thủ thuật chụp – can thiệp mạch vành. *Tạp chí Y Dược học số 68 – Tháng 01/2023*, trang 104-109, 2023.
- [13] Crockett JK, Gumley A, Longmate A, The development and validation of the Pre-operative Intrusive Thoughts Inventory (PITI). *Anaesthesia* ; 62(7), 683-689, 2007.
- [14] Cohen J, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1988.

RESULTS OF THE EARLY INTERVENTION PROGRAM IN THE FIRST 2 YEARS OF LIFE FOR HIGH-RISK CHILDREN IN KHANH HOA PROVINCE

Phan Huu Chinh¹, Tran Lan Anh^{1*}, Tran Thi My Tuyet², Nguyen Hung Rin¹,
Pham Thi Thu Thuy¹, Nguyen Thi Huyen Trang¹, Bien Thi Thuy Dung¹, Dao Thi Bich Hien¹

¹Khanh Hoa Provincial General Hospital - 19 Yersin, Loc Tho, Nha Trang, Khanh Hoa, Vietnam

²Khanh Hoa Medical College - 84 Quang Trung, Loc Tho, Nha Trang, Khanh Hoa, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 05/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objectives: Assessment of the clinical outcomes of the high-risk infant follow-up program until 2 years of age in Khanh Hoa province.

Subjects and Methods: Neonates were admitted to NICU, according to the high-risk factor. Methods: Interventional prospective study non-randomized controlled.

Results: 124 high-risk infants were follow-up until 2 years of age. The rate of detection and diagnosis of children's psychomotor disorders were as follows: personal-social 52.4%, fine motor-adaptive 46%, language 61.2%, and gross motor 83.9%. Until 24 months of age, the highest rate of children with developmental delays was language 29.8%, followed by fine motor adaptive 16, 9%, gross motor 16.1%, and personal-social 15.3%. The results of follow-up and intervention until the 2 years of age: normal 67.7%, suspected 12.1%, growth retardation 20.2%.

The factors that increased the delay rate and suspected psychomotor retardation at 2 years of age in children are low birth weight for gestational age, delivery room resuscitation with ambu, endotracheal intubation, chest compressions, and brain abnormalities in imaging diagnosis.

Conclusion: High-risk infant follow-up programs increase the rates of early detection and reduce the rates of psychomotor development disorders of high-risk infants in the first 2 years of life.

Keywords: High risk, infant development, follow-up, Khanh Hoa.

*Corresponding author

Email address: bstranlananh@gmail.com

Phone number: (+84) 982 982 130

<https://doi>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP SỚM TRONG 2 NĂM ĐẦU ĐỜI CHO TRẺ CÓ NGUY CƠ CAO TẠI TỈNH KHÁNH HÒA

Phan Hữu Chính¹, Trần Lan Anh^{1*}, Trần Thị Mỹ Tuyết², Nguyễn Hùng Rin¹, Phạm Thị Thu Thúy¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Biện Thị Thùy Dung¹, Đào Thị Bích Hiền¹

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa - 19 Yersin, Lộc Thọ, Nha Trang, Khánh Hòa, Việt Nam

²Trường Cao Đẳng Y tế Khánh Hòa - 84 Quang Trung, Lộc Thọ, Nha Trang, Khánh Hòa, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chương trình can thiệp sớm trong 2 năm đầu đời cho trẻ có nguy cơ cao rối loạn phát triển tâm vận động tại tỉnh Khánh Hòa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng là trẻ sơ sinh điều trị tại NICU được xác định là nguy cơ cao. Thiết kế nghiên cứu tiền cứu can thiệp không có nhóm chứng.

Kết quả: 124 trẻ nguy cơ cao theo dõi và can thiệp đến 24 tháng tuổi. Tỷ lệ phát hiện chậm phát triển về lĩnh vực cá nhân và xã hội là 52,4%, vận động tinh tế-thích ứng là 46%, ngôn ngữ 61,2%, vận động thô 83,9%. Đến 24 tháng tuổi tỷ lệ trẻ còn chậm phát triển ngôn ngữ 29,8%, vận động tinh tế thích ứng 16,9%, vận động thô 16,1%, và cá nhân xã hội 15,3%. Đến 24 tháng tuổi chính thì trẻ phát triển bình thường 67,7%, nghi ngờ 12,1%, chậm phát triển là 20,2%. Các yếu tố làm tăng rối loạn phát triển tâm vận động ở 2 tuổi của trẻ là nhẹ cân so với tuổi thai, hồi sức phòng sinh có bóp bóng, đặt nội khí quản, ép tim và bất thường não quan chẩn đoán hình ảnh.

Kết luận: Chương trình theo dõi trẻ nguy cơ cao làm tăng tỷ lệ phát hiện sớm và giảm tỷ lệ trẻ bị rối loạn phát triển tâm thần vận động trong 2 năm đầu đời của trẻ.

Từ khóa: Nguy cơ cao, phát triển của trẻ, theo dõi, Khánh Hòa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu của WHO (2012) trên 25 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cho kết quả tỷ lệ trẻ chậm phát triển ở độ tuổi từ 0-36 tháng là 5-12%. Sự phát triển các chức năng nhận thức, cảm xúc xã hội, ngôn ngữ và vận động của trẻ bị ảnh hưởng bởi phát triển và sức

khỏe của trẻ, và các mối quan hệ với người chăm sóc, gia đình, và các hệ thống hỗ trợ trong cộng đồng [10].

Với sự phát triển của Hồi sức sơ sinh, ngày càng cứu sống được nhiều hơn các trẻ sơ sinh non với tuổi thai nhỏ và các trẻ có bệnh lý nặng. Bên cạnh mặt tích cực đó, các vấn đề biến chứng của trẻ non tháng và bệnh

*Tác giả liên hệ

Email: bstranlananh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 982 982 130

https://doi

nặng cũng nhiều hơn và cần thiết theo dõi các trẻ này một cách chặt chẽ [1], [4]. Chẩn đoán sớm, can thiệp sớm các vấn đề rối loạn phát triển tâm thần vận động của trẻ trong 2 năm đầu đời được xem là chìa khóa cho can thiệp hiệu quả, vì đây là giai đoạn não đang trải qua giai đoạn linh hoạt đáp ứng tốt [6].

Chương trình theo dõi trẻ sơ sinh có nguy cơ cao là cần thiết để phát hiện sớm, can thiệp kịp thời cho trẻ sơ sinh để bị tổn thương [4]. Hiện nay vẫn còn nhiều quốc gia chưa có hệ thống giám sát tiếp theo đối với nhóm trẻ nguy cơ cao sau khi xuất viện [5].

Từ tháng 7 năm 2014, Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa đã hợp tác với tổ chức L'APPEL-Lorient và Bệnh viện Nam Bretagne (Pháp) thực hiện chương trình theo dõi trẻ có nguy cơ cao di chứng thần kinh và đã có được đội ngũ chuyên môn để thực hiện công việc này.

Từ những cơ sở trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá quá trình can thiệp sớm trong 2 năm đầu đời cho trẻ có nguy cơ cao rối loạn tâm vận động tại tỉnh Khánh Hòa”, với các mục tiêu như sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm bệnh lý của nhóm trẻ có nguy cơ cao rối loạn phát triển tâm vận động.
- Đánh giá hiệu quả can thiệp phát triển tâm vận động của trẻ nguy cơ cao trong 2 năm đầu đời.
- Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn phát triển tâm vận động của trẻ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Trẻ sơ sinh điều trị tại đơn vị sơ sinh, khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2019, 2020.

Dân số chọn mẫu: Trẻ sơ sinh điều trị tại đơn vị sơ sinh thuộc khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập bệnh nhân nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Trẻ sơ sinh (0-28 ngày tuổi) có ≥ 1 chẩn đoán sau: Sinh non tháng ≤ 33 tuần; cân nặng lúc sinh ≤ 1500 gram; sinh ngạt; hạ đường huyết kéo dài > 24 giờ; vàng da nặng hoặc bệnh não cấp do tăng bilirubin; viêm màng não vi trùng; nhiễm trùng bào thai; có triệu chứng thần kinh như co giật, tăng hoặc giảm trương lực cơ, liệt mặt trung ương, yếu nửa người; đầu nhỏ hoặc đầu to; bất

thường não qua chẩn đoán hình ảnh; đa dị tật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Dị tật não bẩm sinh nặng có dạng não như tật não nhẵn, não ừng thủy nặng không khả năng phẫu thuật; trẻ không tham gia theo dõi đủ trong thời gian 2 năm; gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp đánh giá trước sau không có nhóm chứng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian thu thập số liệu: 10/2019 - 06/2020. Toàn bộ thời gian nghiên cứu: 09/2019-10/2023. Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa và 7 Bệnh viện và TTYT ở các huyện bao gồm: Bệnh viện Đa khoa khu vực Ninh Hòa, Bệnh viện đa khoa khu vực Cam Ranh, TTYT huyện Vạn Ninh, TTYT huyện Diên Khánh, TTYT huyện Cam Lâm, TTYT huyện Khánh Sơn, TTYT huyện Khánh Vĩnh.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện trong 9 tháng, được 145 mẫu, loại trừ các trường hợp bỏ theo dõi chúng tôi thu được 124 mẫu.

Phương pháp tiến hành

- Thời gian bệnh nhân nằm viện: thu thập thông tin ghi nhận tiền sử, bệnh lý của mẹ và trẻ.
- Khi bệnh nhân ra viện: Tư vấn gia đình cách chăm sóc và theo dõi trẻ, hẹn tái khám.
- Tái khám sau ra viện: theo dõi trẻ đến khi trẻ 24 tháng tuổi (tính tuổi điều chỉnh đối với trẻ sinh non), các thời điểm khám là: 40 tuần tuổi chỉnh đối với trẻ sinh non, 2 tháng, 4 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng tuổi. Công việc khám trẻ gồm: Phòng vấn cha mẹ hoặc người chăm sóc, đánh giá sức khỏe tổng quát, sự tăng trưởng thể chất, sự phát triển tâm thần, vận động theo test Denver II và khám thần kinh vận động theo mốc tuổi của trẻ.

Trong 2 tháng đầu: đo thính lực OAE, khám ROP theo chỉ định, siêu âm qua thóp, CT Scan hoặc MRI não (có chỉ định).

Trẻ sau qua trình khám đánh giá được chia thành 2 nhóm:

- * Nhóm 1: Trẻ có kết quả khám bình thường: tư vấn chăm sóc và theo dõi trẻ, hẹn lịch tái khám.
- * Nhóm 2: Trẻ có kết quả khám có vấn đề về sức khỏe



và rối loạn tâm vận động bao gồm nghi ngờ và chậm phát triển sẽ được điều trị và can thiệp chuyên khoa.

Trẻ có vấn đề về bệnh lý nội/ngoại khoa/giác quan: điều trị bệnh lý của trẻ, phối hợp các chuyên ngành khác trong bệnh viện.

Trẻ có rối loạn về tâm vận động: Về vận động thô, vận động tinh tế: khám và can thiệp Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng trẻ em; về hành vi, tâm lý thì hướng dẫn gia đình các phương pháp vận động trị liệu, hướng sự tập trung, cách tạo các trò chơi và giao tiếp điều chỉnh rối loạn tâm lý cho trẻ; về ngôn ngữ thì can thiệp âm ngữ trị liệu.

Đánh giá lại trẻ sau can thiệp ở lần khám sau, chẩn đoán tình trạng trẻ sau can thiệp.

Thông kê và xử lý số liệu

Dùng phiếu thu thập thông tin nghiên cứu, xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ nguy cơ cao rối loạn phát triển tâm vận động

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của trẻ nguy cơ cao rối loạn phát triển tâm vận động

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	63	50,8
	Nữ	61	49,2
Tiền sử bệnh tật khi mang thai	- Mẹ không mắc bệnh	106	85,5
	- Mẹ có mắc bệnh	18	14,5
Số lượng thai	- Đơn thai	112	90,3
	Thai đôi	12	9,7
Cách sinh	- Sinh thường	79	63,7
	- Sinh mổ	45	36,3
Can thiệp trẻ sau sinh tại phòng sinh/phòng mổ	- Không	47	37,9
	- Can thiệp sau sinh, trong đó	77	62,1
	+ Thở Oxy	56	45,2
	+ Bóp bóng mask	10	8,1
	+ Đặt nội khí quản, ép tim	11	8,9
Ngạt sau sinh	- Có	23	18,5
	- Không	101	81,5
Phân nhóm tuổi thai	- 37-42 tuần	45	36,3
	- 34 -< 37 tuần	14	11,3
	- 32 -< 34 tuần	34	27,4
	- 28- <32 tuần	23	18,5
	- < 28 tuần	3	2,4
Cân nặng so với tuổi thai	- Bình thường	94	75,8%
	- Nhẹ cân	17	13,7%
	- Dư cân	13	10,5%

Tỷ lệ nam/nữ là 1,03, mẹ bị mắc bệnh lý khi mang thai 14,5%. Tỷ lệ sinh thường gấp 1,5 lần trẻ sinh mổ. Trẻ sau sinh được can thiệp hồi sức 62,1%, hồi sức với bóng mask, nội khí quản, ép tim là 10%, tỷ lệ trẻ có hỗ trợ sau sinh cao do nhóm trẻ trong nghiên cứu là những trẻ non tháng, nhẹ cân và những trẻ bệnh lý. Tỷ lệ trẻ non tháng là 63,7%, khác biệt với nghiên cứu của Kayvan

[4]. Trẻ có cân nặng không phù hợp với tuổi thai 24,2%.

3.2. Đánh giá hiệu quả quá trình can thiệp sớm với phát triển tâm vận động của trẻ nguy cơ cao trong 2 năm đầu đời.

3.2.1. Tỷ lệ phát hiện sớm rối loạn tâm vận động trong nhóm trẻ nguy cơ cao

Bảng 2: Phân bố tỷ lệ trẻ chậm phát triển của từng lĩnh vực được chẩn đoán mới theo mốc tuổi

Lĩnh vực	Cá nhân-xã hội		Vận động tinh tế-thích ứng		Ngôn ngữ		Vận động thô	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tháng								
2	13	10,5	12	9,7	19	15,3	78	62,9
4	8	6,5	10	8,1	9	7,3	12	9,7
6	25	20,2	21	16,9	13	10,5	12	9,7
9	7	5,6	8	6,5	7	5,6	2	1,6
12	4	3,2	2	1,6	8	6,4	0	0
18	8	6,4	0	0	20	16,1	0	0
24	0	0	4	3,2	0	0	0	0
Tổng	65	52,4	57	46,0	76	61,2	104	83,9

Chậm phát triển về cá nhân - xã hội 52,4%, vận động tinh tế-thích ứng 46%, ngôn ngữ 61,2%, vận động thô 83,9%

của trẻ khá chậm và khó đánh giá [9]. Khi trẻ 2 tuổi, chỉ có 3,2% trẻ được chẩn đoán chậm vận động tinh tế-thích ứng ở tuổi này, sở dĩ như vậy do nghiên cứu có can thiệp ngay cho trẻ sau chẩn đoán.

Trong thời gian theo dõi, rối loạn của trẻ phát hiện được rất sớm là vận động thô, các lĩnh vực khác phát hiện rõ hơn khi trẻ 6 tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ phát hiện chậm ngôn ngữ cao nhất ở 18 tháng tuổi, do năm đầu đời ngôn ngữ

3.2.2. Đánh giá kết quả can thiệp tâm vận động trẻ nguy cơ cao trong 2 năm đầu đời

Bảng 3: Đặc điểm phát triển tâm vận động trẻ theo các lĩnh vực trước và sau can thiệp

Lĩnh vực phát triển tâm vận động		Trước can thiệp (n,%)	Sau can thiệp (24 tháng tuổi chỉnh) (n,%)
Cá nhân-xã hội	Chậm phát triển	65 (52,4)	19 (15,3)
	Bình thường	59 (47,6)	105 (84,7)
Vận động tinh tế-thích ứng	Chậm phát triển	53 (42,7)	21 (16,9)
	Bình thường	71 (57,3)	103 (83,1)
Ngôn ngữ	Chậm phát triển	76 (61,3)	37 (29,8)
	Bình thường	48 (38,7)	87 (70,2)
Vận động thô	Chậm phát triển	104 (83,9)	20 (16,1)
	Bình thường	20 (16,1)	104 (83,9)



Đến 24 tháng tuổi tỷ lệ trẻ còn chậm phát triển nhiều nhất là ngôn ngữ 29,8%, tiếp đến là vận động tinh tế thích ứng 16,9%, vận động thô 16,1%, và ít nhất là chậm phát triển lĩnh vực cá nhân xã hội 15,3%. Kết

quả của chúng tôi tương đương với của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Loan [2]. Can thiệp càng sớm càng tốt khi một đứa trẻ đáp ứng các tiêu chí về nguy cơ bại não cao [7].

Bảng 4: Đặc điểm phát triển tâm vận động trẻ tại các mốc tuổi hiệu chỉnh

Tháng tuổi	Phát triển bình thường		Nghỉ ngờ chậm phát triển		Chậm phát triển		N(%)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
2	46	37,1	55	44,4	23	18,5	124 (100)
4	47	37,9	57	46,0	20	16,1	124 (100)
6	38	30,6	43	34,7	43	34,7	124 (100)
9	53	42,7	27	21,8	44	35,5	124(100)
12	47	37,9	38	30,9	39	31,5	124 (100)
18	51	41,1	26	21,0	47	37,9	124 (100)
24	84	67,7	15	12,1	25	20,2	124 (100)

Các trẻ sau can thiệp 2 năm còn 20,2% chậm phát triển và 12,1% nghỉ ngờ chậm phát triển. Kết quả cho thấy một số rối loạn tâm vận động của trẻ ở thời gian đầu chưa biểu hiện, ngược lại một số trẻ có những rối loạn từ rất sớm nhưng có thể giảm hoặc trở về bình thường.

Điều này phù hợp với mô hình khuyết tật của trẻ trong nghiên cứu của Phạm Thị Tinh [3].

3.3. Xác định một số yếu tố liên quan đến phát triển tâm vận động của trẻ

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến chậm rối loạn phát triển tâm vận động của trẻ ở 24 tháng tuổi

Các yếu tố		Bình thường		Chậm và nghỉ ngờ chậm phát triển		OR (95%CI)	p
		n	(%)	N	(%)		
Tình trạng cân nặng so với tuổi thai	Bình thường	68	79	26	21	1	
	Nhẹ cân/tuổi thai	8	47,1	9	52,9	2,9 (1,02-8,44)	0,039
	Dư cân/tuổi thai	8	61,5	5	48,5	1,63 (0,49-5,45)	0,421
Hồi sức phòng sinh với bóp bóng/NKQ/ép tim	Có	75	72,8	28	27,2	3,57 (1,35-9,39)	0,007
	Không	9	42,9	12	57,1		
Bất thường não qua chẩn đoán hình ảnh não	Có	19	54,3	16	45,7	2,28 (1,01-5,14)	0,044
	Không	65	73,0	24	27,0		

Trên các trẻ có nguy cơ cao bị rối loạn phát triển tâm vận động thì các yếu tố là nhẹ cân so với tuổi thai; hồi sức phòng sinh có bóp bóng, đặt nội khí quản, ép tim; và bất thường não qua chẩn đoán hình ảnh thì có nguy cơ bị chậm hoặc nghỉ ngờ chậm phát triển hơn các trẻ

không có các yếu tố trên. Có 2 yếu tố phù hợp với tác giả Nguyễn Thị Tuyết Loan là cân nặng nhỏ so với tuổi thai và bất thường não trên siêu âm [2] và tác giả O'Shea là yếu tố có sang thương não trên siêu âm [8].

4. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phát hiện và chẩn đoán các rối loạn tâm vận động của trẻ: Chậm phát triển về cá nhân và xã hội là 52,4%, vận động tinh tế-thích ứng là 46%, ngôn ngữ 61,2%, vận động thô 83,9%.

Tỷ lệ trẻ chậm phát triển sau thời gian can thiệp đến 24 tháng tuổi là: ngôn ngữ 29,8%, vận động tinh tế- thích ứng 16,9%, vận động thô 16,1%, cá nhân-xã hội 15,3%.

Sau theo dõi và can thiệp đến 24 tháng tuổi chính kết quả trẻ phát triển bình thường 67,7%, nghi ngờ 12,1%, chậm phát triển là 20,2%.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ chậm phát triển của trẻ là: nhẹ cân so với tuổi thai, hồi sức phòng sinh có bóp bóng, đặt nội khí quản, ép tim, và bất thường não quan chẩn đoán hình ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, “Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật”, (Ban hành kèm theo Quyết định số 359/QĐ-BYT ngày 31 tháng 01 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế), 2023.
- [2] Nguyễn Thị Tuyết Loan, “Di chứng thần kinh và tăng trưởng của trẻ non tháng xuất viện từ đơn vị hồi sức sơ sinh bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang “, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược tp Hồ Chí Minh, tr. 45-49, 2018.
- [3] Phạm Thị Tinh, “Nghiên cứu sàng lọc phát hiện một số dạng khuyết tật và các yếu tố liên quan ở

trẻ 0 đến 12 tháng tuổi”, Thư viện Quốc gia Việt Nam, 2012.

- [4] Kayvan M, Forouzan A et al., Clinical Outcomes of High-Risk Infant Follow-Up Program in a Tertiary Care Centre, Iran J Nurs Midwifery Res. 22(6): 476–480, 2017.
- [5] Mohammad H, Behzad J et al., High Risk Infants Follow-Up: A Case Study in Iran, Int J Pediatr, 2015:817540, 2015.
- [6] Morgan P, McGinley JG, “Function and decline in adults with cerebral palsy: a systematic review”. Disability and Rehabilitation, 2013.
- [7] Morgan C, Fetters L et al., “ Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews”, JAMA Pediatr, 175, pp.846–58, 2021.
- [8] O’Shea TM, Kuban KC, Allred EN et al., “Neonatal cranial ultrasound lesions and developmental delays at 2 years of age among extremely low gestational age children”, Pediatrics, 122 (3), pp. e662-9, 2008.
- [9] Reimschisel T, “Chapter 8: Global development delay and regression”, in Bradley’s Neurology in Clinical Practice. Elsevier, 7th ed, pp.6-72, 2016.
- [10] WHO, “Developmental Difficulties in Early Childhood: prevention, early identification, assesment and intervention in low- anf middle-income countries”, Child and Adolescent Health and Development. , pp. 14-17, 2012.



STUDY ON THE ASSOCIATION BETWEEN RISK FACTORS AND DIABETIC RETINOPATHY IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS UNDERGOING INPATIENT TREATMENT

Dinh Thi Phuong Thuy¹, Pham Tien Dat², Nguyen Duc Long^{3*}, Do Dinh Tung³

¹Dong Do Hospital - 5 Xa Dan St., Phuong Lien Ward, Dong Da Dist., Hanoi, Vietnam

²Thai Binh Provincial General Hospital - 530 Ly Bon St., Quan Trung Ward, Thai Binh City, Vietnam

³Xanh Pon General Hospital - 12 Chu Van An St., Bien Bien Ward, Ba Dinh Dist., Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: This study aims to provide a database on the association between risk factors and diabetic retinopathy.

Methods: This cross-sectional descriptive study analyzed the characteristics of 148 type 2 diabetic patients undergoing inpatient treatment.

Results: The prevalence of diabetic retinopathy was 47.3%, with the highest proportion of mild non-proliferative diabetic retinopathy (50%). Patients over 60 years old and those with a disease duration of more than 10 years had the highest risk of developing diabetic retinopathy, accounting for 75.7% and 41.1%, respectively. Patients with poor glycemic control had a 2.05-fold higher risk of developing retinopathy than those with good blood glucose control. The risk of developing diabetic retinopathy increased by 1.4 times in patients with underweight, 1.9 times in patients with overweight, and 2.8 times in patients with obesity, 1.65 times in patients with hypertension and 2.44 times in patients with dyslipidemia.

Conclusion: Nearly half of the patients had diabetic retinopathy, and the risk factors for developing diabetic retinopathy included age over 60, disease duration, glycemic control, nutritional status (underweight, overweight, and obesity), hypertension, and dyslipidemia.

Keywords: Diabetic retinopathy, type 2 diabetes, risk factors.

*Corresponding author

Email address: duclongtimmach@gmail.com

Phone number: (+84) 983 555 555

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VỚI BỆNH LÝ VỠNG MẠC MẮT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Đinh Thị Phương Thủy¹, Phạm Tiến Đạt², Nguyễn Đức Long^{3*}, Đỗ Đình Tùng³

¹Bệnh viện Đông Đô - 5 P. Xã Đàn, Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình - 530 Lý Bôn, P. Quan Trung, Thái Bình, Việt Nam

³Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn - 12, Phố Chu Văn An, P. Biện Biên, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu cung cấp các dữ liệu về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với bệnh võng mạc đái tháo đường.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích đặc điểm bệnh và các yếu tố nguy cơ ở 148 đối tượng đái tháo đường type 2 điều trị nội trú.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh võng mạc đái tháo đường là 47,3%, với tỷ lệ bệnh võng mạc tăng sinh mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >10 năm có nguy cơ mắc bệnh võng mạc đái tháo đường cao nhất lần lượt 75,7% và 41,1%. Bệnh nhân có kiểm soát đường kém có tỷ lệ mắc bệnh võng mạc gấp 2,05 lần so với nhóm kiểm soát đường máu tốt. Nguy cơ mắc bệnh võng mạc tăng lên 1,4 lần với bệnh nhân có tình trạng gầy, 1,9 lần đối với bệnh nhân thừa cân và 2,8 lần đối với bệnh nhân béo phì; 1,65 lần với bệnh nhân THA và 2,44 lần với bệnh nhân rối loạn lipid máu.

Kết luận: Có tới 47,3% có bệnh võng mạc đái tháo đường; các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh võng mạc đái tháo đường gồm tuổi trên 60, thời gian mắc đái tháo đường, mức độ kiểm soát đường máu, thể trạng suy dinh dưỡng/thừa cân/béo phì, THA và rối loạn lipid máu.

Từ khóa: Bệnh võng mạc, đái tháo đường, yếu tố nguy cơ.

*Tác giả liên hệ

Email: duclongtimmach@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983 555 555



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ) được Hiệp hội đái tháo đường Anh định nghĩa như sau [1]: Bệnh VMĐTĐ là biến chứng của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) tác động lên các mạch máu của võng mạc và hậu quả là: Sự thoái triển của các mạch máu võng mạc, sự thay đổi các thành phần trong lòng mạch và tăng tính thấm của thành mạch gây ra bệnh cảnh của hoàng điểm là nguyên nhân gây giảm thị lực có thể dẫn đến mù lòa [3]. Sự phát triển của các tân mạch kéo theo các tổ chức xơ được gọi là bệnh võng mạc tăng sinh, là nguyên nhân dẫn tới mù lòa sau quá trình xuất huyết và sẹo hóa [4].

Bệnh VMĐTĐ là biến chứng hay gặp nhất trong bệnh lý mắt do ĐTĐ. Theo WHO tỷ lệ bệnh VMĐTĐ chiếm từ 20 - 40% người bị bệnh ĐTĐ. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ và kiểm soát đường máu là yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh VMĐTĐ. ĐTĐ týp 1 sau 5 năm 25% bệnh nhân có bệnh VMĐTĐ, sau 10 năm là 60%, sau 15 năm là 80%. ĐTĐ týp 2 sau 5 năm là 40% có bệnh VMĐTĐ và 2% có bệnh VMĐTĐ tăng sinh [4], [5]. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực và mù lòa. Bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ có nguy cơ mù lòa tăng gấp 30 lần so với người cùng tuổi và giới [6].

Ở Việt Nam bệnh ĐTĐ và bệnh VMĐTĐ ngày càng gia tăng. Qua một số nghiên cứu được tiến hành trong thời gian gần đây, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ từ khoảng 20% đến 35% [2], [9]. Theo thời gian bệnh VMĐTĐ ngày một tăng lên do tuổi thọ của các bệnh nhân bị mắc bệnh ĐTĐ được kéo dài. Nguy cơ đe dọa về thị lực do bệnh VMĐTĐ là rất cao, làm ảnh hưởng lớn đến kinh tế, tinh thần và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu cung cấp các cơ sở dữ liệu cho việc quản lý, chẩn đoán, điều trị kịp thời làm giảm nguy cơ mù lòa do các biến chứng VMĐTĐ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ týp 2 đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình năm 2020. Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ týp 2 đang được điều trị nội trú, được chụp đáy mắt để chẩn đoán biến chứng BVMTĐTĐ. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân không

soi rõ đáy mắt do có sẹo giác mạc, đục thể thủy tinh độ III trở lên...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích; sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; cỡ mẫu: toàn bộ.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh võng mạc mắt

+ Các đặc điểm của bệnh võng mạc ĐTĐ

- Xuất hiện các vi phình mạch: những chấm tròn nhỏ ở lớp hạt trong võng mạc, có nhiều kích cỡ, có đường kính từ 10 - 100 microm, thường không quá 125 microm.

- Xuất huyết võng mạc thường xuất phát từ tận cùng của mao tĩnh mạch, chúng kết lại ở lớp hạt trong của võng mạc có dạng hình chấm, dạng vết hoặc hình ngọn lửa, khi khám phát hiện có những đám màu đen.

- Phù võng mạc bắt đầu xuất hiện giữa lớp rôi ngoài và lớp hạt trong sau đó có thể lan vào lớp rôi trong và lớp sợi thần kinh, đến cuối cùng là phù toàn bộ võng mạc.

- Phù hoàng điểm là hiện tượng dày lên của trung tâm võng mạc.

- Xuất tiết cứng nằm ở giữa lớp rôi trong và lớp nhân trong của võng mạc. Với những hình thù khác nhau có màu sáp vàng, ranh giới rõ, bờ sắc và chúng thường sắp xếp thành vòng tròn quanh vùng phù là các dấu hiệu của xuất tiết cứng.

- Xuất tiết mềm (hay còn gọi là xuất tiết dạng bông): là những đám trắng mờ ranh giới không rõ, thường nằm ở chỗ phân nhánh của mạch máu võng mạc. Trên huỳnh quang vùng này thể hiện không ngấm huỳnh quang (còn gọi là vùng võng mạc thiếu máu).

- Mạch máu bị thay đổi bao gồm tĩnh mạch giãn ra, có hình tràng hạt, động mạch có thể hẹp lại, thậm chí còn bị tắc nghẽn, giống như tắc nhánh động mạch, có thể có hiện tượng lồng bao. Ngoài ra, thường quan sát thấy các dị thường mạch máu ở vùng gần kết thúc của các mao mạch.

- Xuất hiện các tân mạch được coi là tổn thương hàng đầu của bệnh võng mạc tăng sinh, tân mạch bắt đầu phát triển từ màng ngăn trong của tế bào nội mô võng mạc, đi qua chỗ thiếu hụt tế bào nội mô của mạch máu võng mạc để tiến vào buồng dịch kính.

+ Tổn thương võng mạc do ĐTĐ được phân loại theo Alphediam chia thành 2 nhóm chính là bệnh VMĐTĐ

chưa tăng sinh và bệnh VMĐTĐ tăng sinh.

- Bệnh võng mạc ĐTĐ chưa tăng sinh được phân loại: Bệnh VMĐTĐ chưa tăng sinh nhẹ; Bệnh VMĐTĐ chưa tăng sinh vừa; Bệnh VMĐTĐ chưa tăng sinh nặng; Bệnh VMĐTĐ chưa tăng sinh rất nặng.

- Bệnh võng mạc ĐTĐ tăng sinh.

2.4. Công cụ, phương pháp thu thập thông tin

- Phương pháp thu thập thông tin: Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, soi đáy mắt, thử thị lực, chụp võng mạc.

- Bảng thị lực Landolt.

- Hộp thử kính.

- Nhãn áp kế Goldmann.

- Sinh hiển vi khám bệnh.

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp, gián tiếp.

- Kính Volk + 20D, + 90D.

- Máy chụp đáy mắt không giãn đồng tử (DRS).

- Máy chụp đáy mắt huỳnh quang của Canzeige.

- Thuốc giãn đồng tử Mydrin - P 1%. Bệnh nhân ĐTĐ

thường đáp ứng với thuốc giãn đồng tử kém nên thường phải nhỏ 3 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút, thời gian tối thiểu chờ tác dụng của thuốc là 30 phút.

- Mẫu bệnh án nghiên cứu và mẫu phiếu phỏng vấn: nhằm thu thập thông tin qua mẫu bệnh án và mẫu phiếu phỏng vấn.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch, mã hóa số liệu dựa trên logic của bộ câu hỏi cấu trúc, gọi điện liên hệ bệnh nhân để bổ sung các thông tin bị thiếu, quản lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Ngưỡng giá trị có ý nghĩa thống kê áp dụng trong nghiên cứu là $p < 0,05$. Sử dụng test χ^2 với các mẫu lớn, test chính xác Fisher với các mẫu nhỏ và các thuật toán thống kê để tìm mối liên hệ.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình thông qua. Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỉ lệ
Nhóm tuổi	<= 40	10	6,7
	41-60	40	27
	>=60	89	60,3
Giới	Nam	75	50,7
	Nữ	73	49,3
Phân bố theo địa dư	Thành phố, thị xã	51	34,5
	Nông thôn	97	65,5
Học vấn	Từ trung cấp trở lên	17	11,5
	Phổ thông	121	81,8
	Mù chữ	10	6,7
Nghề nghiệp	Công nhân	6	4,1
	Nông dân	81	54,6
	Hưu trí	55	37,2
	Khác	6	4,1



Đặc điểm chung		Số lượng	Tỉ lệ
Thời gian chẩn đoán đái tháo đường	< 5 năm	40	27
	5-10 năm	62	41,9
	> 10 năm	46	31,1
Tình trạng huyết áp	≥140/90mmhg	118	79,7
	<140/90mmhg	30	20,3
Tình trạng Lipid máu	Bình thường	56	37,8
	Cao	92	62,2
Tình trạng kiểm soát glucose máu	<7 mmol/l	39	26,3
	7-10 mmol/l	98	66,2
	≥10 mmol/l	11	7,5
Đặc điểm chỉ số BMI	Gầy	26	17,6
	Trung bình	86	58,1
	Thừa cân	32	21,6
	Béo phì	4	2,7

Đa số bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%. Không thấy sự khác biệt giữa nam và nữ. Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn chiếm 65,5%; chủ yếu các bệnh nhân đều có trình độ học vấn phổ thông đạt 81,8%. Nhóm bệnh nhân là nông dân (chiếm 54,6%) và hưu trí (37,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian phát

hiện bệnh dưới 5 năm, 5 đến 10, trên 10 năm lần lượt là: 27,0%; 41,9%; 31,1%. Đa số có chỉ số huyết áp >=140/90 chiếm 78,3%. Tỷ lệ đối tượng có chỉ số BMI bình thường 58,1%, tỉ lệ thừa cân chiếm 21,6%. Đa số đối tượng có lipid máu cao, chiếm 62,2%. Phần lớn các bệnh nhân kiểm soát đường kém chiếm 73,7%.

Bảng 3.2. Phân loại bệnh nhân theo tình trạng tổn thương võng mạc

Tình trạng		N	Tỷ lệ %
Tỷ lệ bệnh võng mạc	Không	78	52,7
	Có	70	47,3
Bệnh võng mạc chưa tăng sinh	Nhẹ	35	50,0
	Vừa	18	25,7
	Nặng	4	5,7
	Rất nặng	1	1,4
Bệnh võng mạc tăng sinh		12	17,2

Tỷ lệ tổn thương võng mạc do ĐTĐ chiếm 47,3 %; Tỷ lệ mắt chưa tăng sinh mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%, chưa tăng sinh mức độ vừa chiếm 25,7 %, chưa

tăng sinh mức độ nặng chiếm 5,7%, chưa tăng sinh mức độ rất nặng chiếm 1,4%.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi, giới với bệnh võng mạc đái tháo đường

Đặc điểm		Mức bệnh		Bình thường		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nữ	28	38,4	45	61,6	73	100	>0,05
	Nam	42	56,0	33	44,0	75	100	
Tuổi	< 40	2	22,2	7	77,8	9	100	<0,05 (0,029)
	41-60	15	38,5	24	61,5	39	100	
	≥60	53	53,0	47	47,0	100	100	

Chưa thấy mối liên quan giữa giới và tình trạng mắc bệnh võng mạc ĐĐTĐ ($p > 0,05$). Tỷ lệ mắc bệnh của nhóm nam (56,0%) gấp 1,5 lần tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm nữ (38,4%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống

kê giữa tuổi và tình trạng mắc bệnh võng mạc ĐĐTĐ ($p = 0,029$). Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có tỉ lệ bệnh lý võng mạc chiếm 75,7 %, gấp 3,5 lần bệnh nhân nhóm tuổi 41 – 60.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa thời gian mắc ĐĐTĐ, mức độ kiểm soát đường máu với bệnh võng mạc đái tháo đường

		Mức bệnh		Bình thường		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Thời, gian mắc ĐĐTĐ	<5 năm	13	32,5	27	67,5	40	100	$p < 0,05$ (0,001)
	5-10 năm	24	38,7	38	61,3	62	100	
	>10 năm	33	71,8	13	28,2	46	100	
Mức độ kiểm soát đường máu	Tốt	13	37,1	22	62,9	35	100	$p < 0,05$ (0,009)
	Trung bình	41	44,6	51	55,4	92	100	
	Kém	16	76,2	5	23,8	21	100	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc bệnh ĐĐTĐ với tình trạng mắc bệnh VMĐTĐ ($p = 0,001$). Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >10 năm có tỷ lệ bệnh VMĐTĐ 41,1 %, gấp 2,5 lần nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm (18,6%).

Bệnh nhân có mức độ kiểm soát đường kém có tỷ lệ mắc bệnh VMĐTĐ cao gấp 1,7 lần so với nhóm kiểm soát đường máu trung bình và gấp 2,05 lần so với nhóm kiểm soát đường máu tốt.



Bảng 3.5. Mối liên quan giữa các chỉ số tăng huyết áp với tình trạng mắc bệnh võng mạc đái tháo đường

Các chỉ số cận lâm sàng		Mắc bệnh		Bình thường		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
BMI (kg/m ²)	<18,5	13	50,0	13	50,0	26	100	<0,05 (0,015)
	18,5-24,9	31	36,0	55	64,0	86	100	
	25-29,9	22	68,8	10	31,2	32	100	
	≥30	4	100,0	0	0	4	100	
Tăng huyết áp	Có	60	51,7	56	48,3	116	100	<0,05 (0,031)
	Không	10	31,3	22	68,7	32	100	
Lipid máu	Có tăng	56	60,9	36	39,1	92	100	<0,05 (0,001)
	Bình thường	14	25,0	43	75,0	56	100	

Nguy cơ mắc VMĐTĐ tăng lên ở các nhóm bệnh nhân thể trạng gầy, thừa cân, béo phì lần lượt là gấp 1,4; 1,9; 2,8 lần so với nhóm cân nặng bình thường. Người có THA có nguy cơ mắc VMĐTĐ cao hơn 1,65 lần so với bệnh nhân có chỉ số huyết áp bình thường (p=0,031). Nhóm có lipid máu tăng có nguy cơ mắc VMĐTĐ cao hơn 2,44 lần so nhóm có chỉ số huyết áp bình thường (p=0,001).

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 63,5 tuổi, tỷ lệ đối tượng nữ giới chiếm (49,3%) so với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dân (51,1%). Tỷ lệ bệnh nhân là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (54,6%) và tỷ lệ người bệnh hưu trí chiếm (37,2%) do Thái Bình là đất nông nghiệp.

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có trình độ học vấn phổ thông (81,8%), tuy vậy vẫn còn một phần nhỏ bệnh nhân không biết chữ (6,7%), đây là nhóm bệnh nhân dễ bị tổn thương do họ có trình độ hiểu biết thấp, khó tiếp cận các kênh truyền thông giáo dục dẫn đến kiến thức về phòng chống và điều trị bệnh thấp.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tuổi và tình trạng bệnh VMĐTĐ (p=0,029). Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ cao nhất chiếm 75,7 %, cao gấp 3,5 lần số bệnh nhân trong nhóm tuổi 41 – 60. Kết quả nghiên cứu tiếp tục chứng minh thời gian mắc ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ quan

trọng đến khả năng mắc bệnh VMĐTĐ, khả năng bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ tăng lên theo thời gian mắc ĐTĐ càng dài [5]. Trong nghiên cứu, nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ tăng 1,19 lần ở bệnh nhân mắc ĐTĐ từ 5-10 năm và tăng 5,27 lần ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ trên 10 năm so với bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ dưới 5 năm. Điều này càng khẳng định bệnh VMĐTĐ xảy ra ở hầu hết các trường hợp ĐTĐ tiến triển sau 10-15 năm [8]. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Wolfensberger với nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ tăng 1,25 lần ở bệnh nhân mắc ĐTĐ sau 5 năm và 1,6 lần sau 10 năm [7].

Kết quả cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ kiểm soát đường máu với tình trạng mắc bệnh VMĐTĐ. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường máu kém (đường máu thường xuyên > 10 mmol/l) có tỷ lệ mắc bệnh VMĐTĐ cao gấp 1,7 lần so với nhóm kiểm soát đường máu trung bình (đường máu thường xuyên 7 -10 mmol/l) và gấp 2,05 lần so với nhóm kiểm soát đường máu tốt. Đường máu cao cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến các biến chứng võng mạc do sự tăng sinh của các sản phẩm acid lactic gây giãn mạch từ các hoạt động trao đổi chất tăng cường. Việc đường máu tăng cao dẫn đến các tổn thương về mạch máu và thần kinh. Các tổn thương ở những mạch máu nhỏ tại mắt có thể gây biến chứng võng mạc và ảnh hưởng tới thị lực của bệnh nhân về lâu dài. Bệnh nhân có mức đường máu >10mmol/l có nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 5,4 lần so với bệnh nhân giữ được mức đường máu bình thường (<7mmol/l). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu WESDR [8] hoặc của Tạ Văn Bình [1].

Người gầy có nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ cao gấp 1,8 lần và người thừa cân có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 3,9 lần so với người có tình trạng dinh dưỡng tốt. Điều này có thể là do những người có tình trạng dinh dưỡng không tốt thường có chế độ sinh hoạt không phù hợp như những người có tình trạng dinh dưỡng tốt, dẫn tới sức khỏe, thể trạng của họ suy giảm, khiến cho nguy cơ mắc bệnh của họ tăng lên [9].

Hầu hết các nghiên cứu đã chứng minh sự kết hợp giữa huyết áp và bệnh võng mạc. Một mối liên quan nguyên nhân giữa THA và bệnh VMĐTĐ được gợi ý bởi các kết quả của UKPDS, trong nhóm kiểm soát chặt huyết áp thì giảm 34% nguy cơ tiến triển của bệnh võng mạc và giảm 47% tổn thất thị lực mức độ vừa [2]. Việc giảm mỗi 10 mmHg huyết áp trung bình có khả năng giảm 10-15% nguy cơ các biến chứng vi mạch [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng THA cũng có mối liên quan đến khả năng mắc bệnh VMĐTĐ. Người bị THA có nguy cơ mắc bệnh tăng hơn 2,4 lần so với người không THA. Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Trần Thị Thu Hiền (2007) hay của Tomohio (2002) [9], [10].

Lipid máu đã được nhiều nghiên cứu đề cập và có tác động đến quá trình tiến triển và phát triển của bệnh VMĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan của lipid máu đến tình trạng mắc bệnh VMĐTĐ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) cùng quan điểm với nhiều nghiên cứu khác đã chứng minh rằng tăng lipid, triglycerid máu làm tăng nguy cơ bệnh lý VMĐTĐ. Hay nói cách khác, bệnh lý võng mạc ở người ĐĐTĐ tăng tịnh tiến với tăng tỷ lệ cholesterol, tăng triglycerid máu [4].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương võng mạc tới 47,3%. Nghiên cứu chỉ ra các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh VMĐTĐ bao gồm nhóm độ tuổi, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, mức độ kiểm soát đường máu, tình trạng dinh dưỡng, hiệu quả điều trị, THA và rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tạ Văn Bình, Những nguyên lý, nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, Nhà xuất bản Y học, 2007.
- [2] Omolase CO, Adekanle O, Owoeye JF et al., Diabetic retinopathy in a Nigerian community, Singapore Med J, 51(1), 56-59, 2010.
- [3] Nguyễn Ngọc Anh, Bệnh võng mạc đái tháo đường: Hiểu biết và điều trị hiện nay, Bản tin nhãn khoa, Hội Nhãn khoa Thành phố Hồ Chí Minh, số 1-2/2008, 31, 2008.
- [4] Hoàng Thị Phúc, Phạm Trọng Văn, Nguyễn Hữu Quốc Nguyên, Nghiên cứu tình hình bệnh võng mạc đái tháo đường tại Việt Nam, Kỷ yếu Hội nghị Nhãn Khoa, 170, 2010.
- [5] Du Zhao-Dong, Hu Li-Ting, Zhao Gui-Qiu et al., Epidemiological characteristics and risk factors of diabetic retinopathy in type 2 diabetes mellitus in Shandong Peninsula of China, International Journal of Ophthalmology, 4(2), 202-206, 2011.
- [6] Yau Joanne WY, Rogers SL, Kawasaki R et al., Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy, Diabetologia, 35(3), 556-564, 2012.
- [7] Auckland's Eye institute, Vitreous Haemorrhage, accessed 29/10/2017, from <https://www.eyeinstitute.co.nz/About-eyes/A-to-Zof-eyes/Conditions/Vitreous-Haemorrhage>, 2017.
- [8] Ellis JD, McEwen CJ, Should diabetic patients be screened for glaucoma?, The British Journal of Ophthalmology, 83(3), 1999.
- [9] Nguyễn Thị Lan Anh, Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh võng mạc đái tháo đường tại Bệnh viện E Trung ương, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [10] Nguyễn Thị Ngọc Hân, Nghiên cứu tình hình tổn thương võng mạc trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.



ULTRASOUND FINDINGS AND PROGNOSIS FACTORS IN PRENATAL DIAGNOSIS OF CYSTIC HYGROMA

Tran Danh Cuong¹, Nguyen Xuan Sang^{2*}

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe ultrasound characteristics and results of the amniocentesis analysis to predict pregnancy outcomes in cases of Hygroma Kystique.

Materials and methods: A cohort study of 200 fetuses have prenatal consultation with the diagnosis of Hygroma Kystique at the Prenatal Diagnosis Center of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/2021 to 07/2022.

Results: 82% of cases were diagnosed in the first trimester, and 18% in the early second trimester: Median gestation at diagnosis is $12,8 \pm 1,5$ weeks (11 – 22.5mm).

The average nuchal thickness was $8,4 \pm 3,3$ mm (3 mm- 26,8mm). The increase of the nuchal thickness leads to the risk of abnormalities, especially with hydrops fetalis (nuchal thickness ≥ 10 mm, the rate of hydrops fetalis was 78%; chromosomal abnormalities was 50%).

The results of abnormal chromosomes were 31,8%, The most common aneuploidy was Turner syndrome, Down syndrome, or structural abnormalities such as DiGeorge syndrome.

Morphological abnormalities in chromosomal normal cases were 23.7%, of which mainly cardiac abnormalities (50%).

Survival was 5% in the study group. Postpartum survivors had normal chromosomal findings and no associated morphological abnormalities.

Conclusion: Hygroma Kystique can be diagnosed early in the first trimester of pregnancy, often accompanied by a variety of morphological abnormalities, mainly hydrops fetalis. Nuchal thickness is related to abnormal number and chromosomal abnormalities. In addition to the abnormal number of chromosomes, there may also be an abnormality in the structure of the chromosomes. The prognosis of pregnancy is good in cases where there are no associated abnormalities and normal chromosomes.

Keywords: Cystic of hygroma.

*Corresponding author

Email address: xuansang.1990@gmail.com

Phone number: (+84) 369 147 200

<https://doi>

HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRONG DỊ DẠNG BẠCH MẠCH DẠNG NANG

Trần Danh Cường¹, Nguyễn Xuân Sang^{2*}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh siêu âm và kết quả di truyền mẫu dịch ối nhằm tiên lượng kết cục thai kỳ những trường hợp dị dạng bạch mạch dạng nang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế mô tả theo dõi dọc 200 thai phụ *được* siêu âm hội chẩn trước sinh với chẩn đoán thai dị dạng bạch mạch dạng nang tại Trung tâm CĐTS - Bệnh viện phụ sản Trung Ương từ tháng 01/202 - 07/2022.

Kết quả: Dị dạng bạch mạch dạng nang (Hygroma Kystique- HK) được chẩn đoán phần lớn tại thời điểm quý I và đầu quý II thai kỳ: Tuổi thai trung bình là $12,8 \pm 1,5$ tuần (11 tuần – 22,5 tuần) trong đó 82% ở quý I, 18% ở quý II. Độ dày da gáy trung bình là $8,4 \pm 3,3$ mm (3mm-26,8mm). Tỷ lệ bất thường kèm theo trong HK là 69% với tình trạng phù thai và phù toàn thân chiếm 64%. Bất thường NST là 31,8% gồm bất thường số lượng NST hay gặp là 45 XO (HC Turner) và bất thường cấu trúc NST như microdeletion 10p14 (HC DiGeorge), microdeletion 4p16.3 (HC Wolf- Hirschhorn). Bất thường hình thái trong các trường hợp có NST bình thường là 26,7%, chủ yếu là bất thường tim chiếm 50%. Tiên lượng thai kỳ tốt trong các trường hợp có siêu âm hình thái và kết quả NST bình thường. Tỷ lệ trẻ sống sau sinh là 5% với nhóm đơn độc là 16,13%.

Kết luận: Hình ảnh siêu âm điển hình là da gáy dày, có vách ngăn kèm theo phù thai hoặc phù toàn thân. Độ dày da gáy có mối liên quan đến bất thường số lượng hoặc kèm theo cấu trúc NST. Tiên lượng thai kỳ tốt ở những trường hợp có độ dày da gáy < 6 mm, không có bất thường kèm theo và NST bình thường. Dị dạng bạch mạch dạng nang có thể được chẩn đoán sớm trong quý I thai kỳ.

Từ khóa: Dị dạng bạch mạch dạng nang, phù thai không do miễn dịch.

*Tác giả liên hệ

Email: xuansang.1990@gmail.com

Điện thoại: (+84) 369 147 200

<https://doi>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng bạch mạng dạng nang (Hygroma Kystique-HK) là một bất thường của hệ thống bạch huyết thai nhi do sự rối loạn của dẫn lưu bạch huyết vùng cổ vào tĩnh mạch cảnh và ống ngực dẫn đến ứ trệ bạch huyết ngoại biên, giãn to các mạch bạch huyết vùng cổ và tạo ra các khối có dạng nang, chứa dịch và có vách ngăn [1].

HK có thể chẩn đoán được rất sớm bằng siêu âm 2D ngay tại thời điểm quý I thai kỳ. Hình ảnh siêu âm trong HK của thai bao gồm: độ dày da gáy, số vách, các bất thường hình thái kèm theo, hình ảnh phù thai giúp tiên lượng tiến triển HK [4]. Các trường hợp HK thường có kết cục thai kỳ xấu vì tỷ lệ bất thường NST cao, phù thai và thai chết lưu trong tử cung. Chọc hút dịch ối làm xét nghiệm chẩn đoán di truyền giúp phát hiện các bất thường NST kèm theo, bao gồm cả bất thường về số lượng và cấu trúc NST. Trường hợp HK đơn độc và không có bất thường NST được cho là tiên lượng tốt, trẻ sống sau sinh mà không có bất thường hình thái kèm theo.

Các nghiên cứu về HK tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ ngừng thai nghén rất cao, năm 2011 tỷ lệ ngừng thai nghén là 100%, năm 2017 tỷ lệ ngừng thai nghén là 96,1%, chỉ có 03/178 trẻ sống sau sinh [8], [10]. Trong những năm gần đây, nhờ tiến bộ về siêu âm dị tật thai và các phương pháp xét nghiệm di truyền hiện đại, tỷ lệ thai phụ được chẩn đoán trước sinh và chọc hút dịch ối làm xét nghiệm di truyền tăng lên.

Tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTW) những trường hợp HK được siêu âm đánh giá một cách hệ thống, các trường hợp có tiên lượng tốt được tư vấn chọc hút dịch ối làm chẩn đoán di truyền. Tuy nhiên, phương pháp trên không làm thay đổi kết cục thai nghén đặc biệt là những trường hợp phù thai. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả các hình ảnh siêu âm của HK với mục tiêu: mô tả đặc điểm siêu âm và các yếu

tố tiên lượng trong HK. Từ đó, giúp định hướng đưa ra thái độ xử trí phù hợp trong các trường hợp bất thường.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 200 thai phụ được chẩn đoán dị dạng bạch mạch dạng nang (HK) tại trung tâm CĐTS-BVPSTW, được hội chẩn liên viện có biên bản kèm theo hướng xử trí trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/07/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm:

Chẩn đoán xác định: Dựa trên 2 đường cắt:

+ Đường cắt dọc giữa chuẩn: (Tiêu chuẩn đánh giá theo bảng điểm Herman, điểm phải đạt ≥ 4 điểm, da gáy $\geq 3\text{mm}$), tăng độ dày da gáy $\geq 3\text{mm}$.

+ Đường cắt ngang cổ: Hình ảnh thừa âm vang nằm ở vùng gáy, có xu thế phát triển bè ra hai bên cổ, có ít nhất 2 khoang cân đối trong có chứa các vách ngăn (có một hay nhiều vách), chia vùng này thành những khoang chứa dịch cân xứng. Đồng thời, hình ảnh hộp sọ và cấu trúc não đều bình thường.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Về phía thai phụ: độ tuổi, nhóm tuổi, số lần mang thai, tiền sử bản thân, sản khoa. Nguyên vọng trong thai kỳ lần này; ngừng thai nghén hoặc tiếp tục theo dõi.

+ Về phía thai nhi: Hình ảnh siêu âm (kích thước da gáy, số vách, bất thường hình thái khác kèm theo). Kết quả phân tích di truyền mẫu dịch ối những trường hợp đồng ý chọc, kết quả thai nghén (tình trạng thai sau khi ngừng thai nghén).

Hình 2.1. Hình ảnh thai nhi HK sau sảy thai tại khoa sản 1- BVPSTW



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai phụ	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	< 35 tuổi	≥ 35 tuổi
	29,2 ± 5	19	46	81%(162/200)	19% (38/200)
TS sinh con DTBS	Có			Không	
	3,5% (7/200)			96,5% (192/200)	
Tuổi thai được chẩn đoán	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Quý I	Quý II
	12,8 ± 1,5	11,0	22,5	82% (164/200)	18% (36/200)
Độ dày da gáy	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	< 6mm	≥ 6mm
	8,4 ± 3,3	3,0	26,8	21 % (42/200)	79%(158/200)
Số vách	Một vách	Hai vách	Ba vách	>4 vách	
	4,5% (9/200)	41,5%(83/200)	43,5%(87/200)	10,5%(21/200)	
Bất thường kèm theo				<i>n</i>	%
	Phù thai			82	41
	Phù toàn thân			46	23
	Tràn dịch màng phổi			11	5,5
	Thoát vị rốn			7	3,5
	Tràn dịch màng bụng			4	2
	Bất thường chi			4	2
	Bất thường tim			3	1,5

Tuổi thai phụ trung bình là 29,2 tuổi; chủ yếu trong lứa tuổi sinh đẻ, tỷ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi chiếm 19%.

Tuổi thai trung bình là 12,8 ± 1,5; tuổi thai nhỏ nhất 11 tuần và lớn nhất 22,5 tuần. Đa phần được chẩn đoán tại thời điểm quý I thai kỳ chiếm 82%.

Độ dày da gáy trung bình 8,4mm (3-26,8mm), đa số các trường hợp có độ dày da gáy lớn hơn 6mm, thường gặp chủ yếu dạng có 2 và 3 vách ngăn.

Bất thường kèm theo chủ yếu là tình trạng phù thai, phù toàn thân chiếm 41% và 23% các trường hợp.

Bảng 3.2. Kết quả phân tích di truyền

Tỷ lệ chọc ối	Đồng ý	Không đồng ý
	11% (22/200)	89% (178/200)
Tỷ lệ bất thường	Bất thường	Bình thường
	31,8% (7/22)	68,2% (12/22)
Phân loại bất thường	Monosomie X (45 XO)	28,6% (2/7)
	Trisomie 21(46 XY,+21)	14,3 % (1/7)
	Trisomie 18 (46 XY,+18)	14,3% (1/7)
	46XX, - 10p14	14,3% (1/7)
	46XX,+ 21q22.12, - 4p16.3	14,3% (1/7)
	47XX +21/46XX, - 9q34	14,3% (1/7)

Tỷ lệ bất thường NST là 31,8%, tỷ lệ bất thường số lượng NST là 57,2%, trong đó hội chứng Turner 50%. Bất thường về cấu trúc NST là 28,6%. Ngoài ra có 14,3% trường hợp bất thường thể khảm có kèm theo bất thường cấu trúc NST.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa độ dày da gáy và các yếu tố tiên lượng

		3.0-5.9mm (n=42)	6-9.9mm (n=104)	≥10mm (n=54)	Mối liên quan
Tuổi thai phụ (năm)	$\bar{X} \pm SD$			28.8±6.4	p=0,375
	28.4± 5.5	29.7±5.7			
Tuổi thai (tuần)	$\bar{X} \pm SD$			13.5±2.3	p=0,059
	12.6±1.3	12.8±1.8			
Phân loại (n; %)	Đơn độc (62; 31)	(20; 47,6)	(34; 32,7)	(8; 14,8)	p = 0,001
	Phối hợp (138; 69)	(22; 52,4)	(70; 67,3)	(46; 85,2)	
Tỷ lệ CHDO (n;%)		(11; 50)	(9; 40,9)	(2; 0,1)	
Tỷ lệ bất thường NST (n;%)		(3; 37,3)	(3; 33,9)	(1; 50)	p< 0.05
Phân loại bất thường NST	Tri 18	1	0	0	
	Tri 21	0	0	1	
	Tuner	1	1	0	
	Khác	1	2	0	
Tỷ lệ sống (n;%)		(8; 4)	(2; 1)	0	p< 0.05

Không có sự khác biệt giữa tuổi thai phụ và tuổi thai tại thời điểm được chẩn đoán giữa ba nhóm.

Tỷ lệ bất thường hình thái kèm theo là 69%.

Nguy cơ bất thường NST tăng theo độ dày da gáy, đặc biệt những trường hợp có độ dày da gáy ≥ 10mm, tỷ lệ bất thường hình thái ở nhóm này lên tới 85,2%, bất

thường NST là 50%.

Trong nhóm có độ dày da gáy < 6mm có 8 trường sống sau sinh chiếm 4%; trong nhóm có độ dày da gáy 6-9.9 có 2 trường hợp sống sau sinh chiếm 1%; trong nhóm có độ dày da gáy ≥ 10mm không có trường hợp nào sống sau sinh.

Bảng 3.4. Một số đặc điểm chẩn đoán trước sinh của trẻ sống sau sinh

Đặc điểm các trước sinh các trẻ sinh ra sống (n=10)			
Tuổi thai phụ	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	< 35 tuổi	≥ 35 tuổi
	28 ± 4.5 tuổi (20 - 39) tuổi	90%	10%
Tuổi thai	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	< 14 tuần	≥ 14 tuần
	13.4 ± 2.4 tuần (11,2 - 17,3) tuần	80%	20%
Độ dày da gáy	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	(3,0 - 5,9) mm	(6,0 - 9,9) mm
	4.5 ± 2.9 mm (3,0 - 6,8) mm	80%	20%
Bất thường kèm theo		Phù thai	Bất thường khác
		Không	Không
Bất thường NST		Số lượng	Cấu trúc
		Không	Không

Trong nhóm HK, các trẻ sinh ra sống có tuổi thai được chẩn đoán chủ yếu thời điểm quý I, độ dày da gáy trung bình 4.5mm, không kèm theo tình trạng phù thai, bất thường hình thai hay bất thường NST.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm thai phụ trong nghiên cứu

Trong sàng lọc và chẩn đoán trước sinh tuổi mẹ là một yếu tố quan trọng để đánh giá nguy cơ dị bội nhiễm sắc thể. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi mẹ trung bình là 29,2 tuổi (89% các trường hợp < 35 tuổi) cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Danh Cường tuổi thai phụ trung bình là 27,6 tuổi [10], so với cách đây 05 năm thì độ tuổi mang thai có xu hướng tăng lên. Theo Gokcen Orgul, những thai phụ ≥ 35 tuổi được chẩn đoán HK có tỷ lệ bất thường NST cao hơn và tỷ lệ trẻ sống sau sinh thấp hơn 14,3% so với nhóm thai phụ < 35 tuổi là 33,3% mặc dù cỡ mẫu nghiên cứu chỉ gồm 28 trường hợp [7]. Nghiên cứu này có 10 trường hợp sống sau sinh thì chỉ có 01 trường hợp thai phụ > 35 tuổi, trong đó 90% các trường hợp còn lại dưới 35 tuổi.

4.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm những trường hợp Hygroma Kystique

Tuổi thai trung bình tại thời điểm được chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,8 ± 1,5 tuần (11 tuần - 22,5 tuần), trong đó 82% trường hợp được chẩn đoán tại thời điểm quý I (< 14 tuần). Theo tác giả Rossi về độ chính xác của siêu âm sàng lọc quý I, tỷ lệ chẩn đoán

chính xác HK trên siêu âm là trên 90% [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá số lượng vách trên mặt cắt ngang qua cổ trong siêu âm, dạng hai và ba vách là chủ yếu với tỷ lệ 41,5% và 42,5%. Sự xuất hiện của các vách ngăn là một đặc trưng của HK trên siêu âm, mặc dù trên mặt cắt dọc chỉ biểu hiện là tăng KSSG. Tỷ lệ bất thường hình thái kèm theo được công bố với tỷ lệ từ 23,2% - 74%, đây là một yếu tố tiên lượng độc lập trong HK. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bất thường kèm theo lên tới 69%, trong đó chủ yếu là tình trạng phù thai 41% và phù toàn thân 23%, khi xuất hiện tình trạng này nguy cơ thai chết trong tử cung xảy ra sau đó vài tuần dù kết quả NST có thể bình thường.

Độ dày da gáy của các trường hợp trong nghiên cứu là 8,4mm với độ dày da gáy từ 6,0-9 mm nhiều nhất (104 trường hợp). Độ dày da gáy trung bình có thể khác nhau tùy theo quần thể nghiên cứu nhưng phần lớn trường hợp đều > 6mm và lớn hơn nhiều trong tăng KSSG đơn thuần như trong nghiên cứu của tác giả Trần Danh Cường trên 388 thai tăng KSSG thì độ dày da gáy trung bình đo được chỉ là 3,55mm [9]. Tanriverdi cho thấy tiên lượng xấu ở những trường hợp có độ dày da gáy > 6,5mm mặc dù NST bình thường, hay Graesslin cho rằng tiên lượng tốt ở những trường hợp có độ dày da gáy < 6 mm và không có phù thai kèm theo [6], [3]. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành so sánh mối liên quan giữa độ dày da gáy 3 nhóm 3,0-5,9mm; 6,0- 9,9 mm và ≥ 10mm cho thấy rằng tuổi mẹ và tuổi thai tại thời điểm giữa 3 nhóm không khác biệt, nhưng tỷ lệ bất

thường kèm theo và bất thường NST theo tăng dần theo nhóm độ dày da gáy. Trong nhóm có độ dày da gáy $\geq 10\text{mm}$, thì tỷ lệ bất thường hình thái kèm theo là 85,2%; bất thường NST là 50%.

Phân tích đặc điểm chẩn đoán trước sinh 10 trường hợp sống sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi độ dày da gáy trung bình của các trường hợp là 4,5mm, trong đó có 20% trường hợp có độ dày da gáy $\geq 6\text{mm}$.

4.3. Kết quả phân tích di truyền mẫu dịch ối các trường hợp Hygroma Kystique

Tỷ lệ bất thường NST trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,8%, trong đó bất thường số lượng NST là 57,2% với tỷ lệ Turner 23,7%, Down 14,3%, Edward 14,3% tương đồng với nhiều nghiên cứu hay gặp nhất là hội chứng Turner, hội chứng Down [2]30% (3/10). Các tác giả đều cho rằng tỷ lệ bất thường NST trong nhóm đơn độc thấp hơn so với nhóm có bất thường hình thái kèm theo.

5. KẾT LUẬN

Hygroma Kystique (HK) là một bất thường của hệ bạch huyết thai nhi ở vùng cổ có thể được phát hiện sớm tại thời điểm siêu âm quý I thai kỳ, hình ảnh siêu âm đặc trưng với dày da gáy và nang trống âm được phân chia bởi các vách.

Các yếu tố tiên lượng HK trên siêu âm là: độ dày da gáy, số vách, các bất thường kèm theo. HK tiên lượng tốt trong những trường hợp đơn độc với độ dày da gáy $< 10\text{mm}$, không kèm theo bất thường hình thái, tình trạng phù thai hoặc bất thường NST. HK ngoài liên quan đến bất thường số lượng NST còn liên quan đến các bất thường cấu trúc NST như hội chứng Digeorge. Vì vậy để có kết cục thai kỳ thuận lợi những trường hợp này cần siêu âm hình thái thai chi tiết và xét nghiệm chẩn đoán di truyền để đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lajeunesse C, Stadler A, Trombert B et al., Hygroma kystique découvert à l'échographie obstétricale du 1er trimestre : caractéristiques échographiques, caryotypiques et devenir de la grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod, 43(6), 455–462, 2014.
- [2] Chen M, Lee CP, Lin SM et al., Cystic hygroma detected in the first trimester scan in Hong Kong. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet, 27(4), 342–345, 2014.
- [3] Graesslin O, Derniaux E, Alanio E et al., Characteristics and outcome of fetal cystic hygroma diagnosed in the first trimester. Acta Obstet Gynecol Scand, 86(12), 1442–1446, 2007.
- [4] Malone FD, Ball RH, Nyberg DA et al., First-trimester septated cystic hygroma: prevalence, natural history, and pediatric outcome. Obstet Gynecol, 106(2), 288–294, 2005.
- [5] Rossi AC, Prefumo F, Accuracy of ultrasonography at 11-14 weeks of gestation for detection of fetal structural anomalies: a systematic review. Obstet Gynecol, 122(6), 1160–1167, 2013.
- [6] Tanriverdi HA, Ertan AK, Hendrik HJ et al., Outcome of cystic hygroma in fetuses with normal karyotypes depends on associated findings. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 118(1), 40–46, 2005.
- [7] Orgul G, Ozyuncu O, Oktem A et al., Management and outcomes of cystic hygromas: experience of a tertiary center. J Ultrasound, 20(2), 127–131, 2017.
- [8] Trần Danh Cường, Chẩn đoán siêu âm trước sinh và phân tích NST ở những trường hợp nang bạch huyết (Hygroma Kystique). Tạp chí Nghiên cứu học, Phụ trương 74 (3), 2011.
- [9] Trần Danh Cường, Nguyễn Hải Long, Vũ Hải Yên, Đánh giá giá trị khoảng sáng sau gáy để chẩn đoán thai bất thường có nhiễm sắc thể bình thường. Tạp Chí Phụ Sản, 12(2), 149–151, 2014.
- [10] Trần Danh Cường, Phạm Xuân Minh, Nghiên cứu chẩn đoán trước sinh dị dạng bạch mạch dạng nang tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, 2017.

RESEARCH RESULTS OF PREGNANCY OUTCOMES AMONG PATIENT'S WITH SLOW FETAL HEART RATE WITHOUT ON CARDIOTOCOGRAPHY

Cao Van Hung*, Tran Danh Cuong

Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of the group of pregnant women who have not yet labored and the pregnancy outcomes in pregnant women with slow fetal heart rate on the non-stimulated fetal heart rate chart at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 240 pregnant women in the first 3 months who visited the clinic on demand and the department of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from August 2021 to July 2022.

Results: Among the study participants, 42.5% were found in low-risk pregnancy group. The percentage of newborns with Apgar score ≤ 7 at 1 minute was 8.8%, bradycardia group 3 (according to ACOG) accounted for 28.3%, of which clinical pregnancy failure rate is high 81.8%.

Conclusion: It is necessary to monitor, evaluate and manage appropriately to limit unnecessary cesarean section cases.

Keywords: Slow fetal heart in third trimester.

*Corresponding author

Email address: caovanhung13111996@gmail.com

Phone number: (+84) 387 393 028



NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ THAI NGHÉN Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ NHỊP CHẬM TRÊN BIỂU ĐỒ NHỊP TIM THAI KHÔNG KÍCH THÍCH

Cao Văn Hùng*, Trần Danh Cường

Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 15 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm thai phụ chưa chuyển dạ và kết quả thai nghén ở những thai phụ có nhịp tim thai chậm trên biểu đồ nhịp tim thai không kích thích tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 240 phụ nữ có thai 3 tháng đầu tiên đến khám tại phòng khám theo yêu cầu và khoa khám bệnh bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022.

Kết quả: 42,5% gặp trên nhóm thai kỳ nguy cơ thấp, tỷ lệ số trẻ sơ sinh có Apgar 1 phút ≤ 7 là 8,8%, Nhịp chậm nhóm 3 (theo ACOG) chiếm 28,3%, trong đó tỷ lệ suy thai lâm sàng cao 81,8%.

Kết luận: Cần theo dõi đánh giá và xử trí phù hợp để hạn chế các trường hợp mổ lấy thai không cần thiết.

Từ khóa: Nhịp tim thai chậm trong 3 tháng cuối thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp tim thai (NTT) phản ánh sự sống của thai nhi, xác định sự xuất hiện của nhịp tim thai là một trong những phương pháp xác định là thai sống. Hiện nay, việc theo dõi NTT nhằm phát hiện suy thai, một số bệnh lý bẩm sinh và sự bất thường của con co tử cung trong chuyển dạ gây suy thai. Suy thai đe dọa tính mạng trẻ sơ sinh, gây ảnh hưởng đến sức khỏe, sự phát triển tinh thần, vận động của trẻ, gây nên bại não và chậm phát triển trí tuệ, đòi hỏi chăm sóc sơ sinh tốn kém, tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Điều trị trong suy thai là sự kết hợp giữa điều trị nội khoa và sản khoa. Chỉ định kết thúc thai nghén đặt ra khi các điều trị nội khoa không kết quả: bao gồm mổ lấy thai hoặc forceps. Theo nghiên cứu của Vương Ngọc Đoàn (2004) tỷ lệ mổ lấy thai vì suy thai là 54,6%, tỷ lệ forcep là 18,4%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Trình (2012), tỷ lệ mổ lấy thai vì suy thai cấp là 67,61% [5], [7].

Thực tế, nhiều trường hợp trong quá trình theo dõi sức khỏe thai nhi bằng Monitoring khi chưa có chuyển dạ có xuất hiện nhịp chậm trên biểu đồ nhịp tim thai

*Tác giả liên hệ

Email: caovanhung13111996@gmail.com

Điện thoại: (+84) 387 393 028

– cơn co tử cung và được chẩn đoán là suy thai, chỉ định chấm dứt thai kỳ, nhưng khi trẻ gia đời thì chỉ số APGAR lại không tương ứng. Làm tăng tỷ lệ mô lấy thai non tháng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của trẻ sau khi ra đời.

Với mong muốn đưa ra gợi ý chẩn đoán đúng các trường hợp bất thường nhịp tim thai không kích thích, từ đó đưa ra những xử trí đúng và phù hợp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả thai nghén ở các trường hợp có nhịp tim chậm trên biểu đồ nhịp tim thai không kích thích” với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm thai phụ chưa chuyển dạ và kết quả thai nghén ở những thai phụ có nhịp tim thai chậm trên biểu đồ nhịp tim thai không kích thích.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có thai từ 28 tuần trở lên có xuất hiện nhịp tim thai chậm trên thử nghiệm nhịp tim thai không kích

thích và được xử trí thai nghén

2.3. Thời gian thực hiện nghiên cứu: từ tháng 10/2021 đến tháng 9 năm 2022

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 240 trường hợp bất thường nhịp tim thai không kích thích về các đặc điểm nhịp tim thai, kết quả thai nghén và chỉ số Apgar của trẻ sau khi sinh.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được tư vấn, giải thích về nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu và được khám bệnh, theo dõi cách xử lý thai nghén và chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh sau đẻ.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được sẽ được nhập bằng Epidata và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=240)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (Phần trăm)
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	3 (1,3)
	20 – 35 tuổi	185 (77,1)
	> 35 tuổi	52 (21,7)
Số con của sản phụ	Con so	128 (53,3)
	Đã có 1 con	58 (24,2)
	Có >1 con	54 (22,5)
Thời điểm xuất hiện nhịp chậm	28 - 32	35 (14,6)
	33 - 34 tuần	36 (15)
	35 – 37 tuần	83 (34,6)
	38 - 40 tuần	70 (29,2)
	> 40 tuần	16 (6,7)



Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (Phần trăm)
Tình trạng sản khoa	Thai kỳ bình thường nguy cơ thấp	102 (42,5)
	Tăng huyết áp – tiền sản giật	28 (11,7)
	Dọa đẻ non	8 (3,3)
	Thai chậm phát triển trong tử cung	66 (27,5)
	Đái tháo đường thai nghén	16 (6,7)
	Ri ối, thiếu ối	11 (4,6)
Hình dạng Nhịp chậm	Nhịp tim thai chậm sớm	20 (8,3)
	Nhịp tim thai chậm muộn	31 (12,9)
	Nhịp chậm kéo dài	30 (12,5)
	Nhịp chậm biến đổi điển hình	11 (4,6)
	Nhịp chậm biến đổi không điển hình	75 (31,3)
	Nhịp tim thai hình sin	1 (0,4)
	Nhịp phẳng	29 (12,1)
	Nhịp phẳng + Nhịp chậm	43 (17,9)

Hầu hết sản phụ xuất hiện nhịp chậm đều ở trong độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 35 tuổi, chiếm 77,1%, độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 30.3 ± 5.8 , sản phụ có độ tuổi thấp nhất là 17 tuổi, sản phụ có độ tuổi cao nhất là 43. Thai phụ có con so có tỷ lệ xuất hiện nhịp chậm cao nhất (53.3%). Số bệnh nhân có thai kỳ khỏe mạnh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 42,5%.

Trong nhóm tình trạng thai nghén nguy cơ cao, thai chậm phát triển trong tử cung là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất (27,5%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân tăng huyết áp – tiền sản giật (11,7%). Khi chưa chuyển dạ, nhịp chậm biến đổi là loại nhịp chậm biến đổi không điển hình chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%. Nhịp tim thai hình sin chiếm tỷ lệ thấp nhất, chiếm 0,4%.

Bảng 2: Kết quả thai nghén liên quan đến đặc điểm lâm sàng của các sản phụ

Phân loại	Đặc điểm	Tỷ lệ trẻ có Apgar ≤ 7 (%)	Tỷ lệ trẻ có Apgar >7 (%)
Nhịp chậm ACOG	Nhóm 2	22.4 (44/196)	77.6 (152/196)
	Nhóm 3	81.8 (36/44)	19.2 (8/44)
Giới tính trẻ	Trẻ trai	35 (49/140)	65 (91/140)
	Trẻ gái	31 (31/100)	69 (69/100)
Tuổi thai	28-32 tuần	91.4 (32/35)	8.6 (3/35)
	33 - 34 tuần	63.9 (23/36)	36.1 (13/36)
	35 - 37 tuần	24.1 (20/83)	75.9 (63/83)
	38 - 40 tuần	4.3 (3/70)	95.7 (67/70)
	> 40 tuần	12.5 (2/16)	87.5 (14/16)

Phân loại	Đặc điểm	Tỷ lệ trẻ có Apgar ≤ 7 (%)	Tỷ lệ trẻ có Apgar >7(%)
Loại biểu đồ Nhịp tim thai	Nhịp chậm sớm	5 (1/20)	95 (19/20)
	Nhịp chậm muộn	32.3 (10/31)	67.7 (21/31)
	Nhịp chậm kéo dài	16.7 (5/30)	83.3 (25/30)
	Nhịp chậm biến đổi điển hình	9.6 (1/11)	90.4 (10/11)
	Nhịp chậm biến đổi không điển hình	18.7 (14/75)	81.3 (61/75)
	Nhịp tim thai hình sin	100 (1/1)	0
	Nhịp phẳng	44.8 (13/29)	55.2 (16/29)
	Nhịp phẳng kèm nhịp chậm	76 (37/49)	24 (12/49)
Tình trạng Sản khoa	Bình thường	8.8 (9/102)	91.2 (93/102)
	Tăng huyết áp – tiền sản giật	60.7 (17/28)	39.3 (11/28)
	Dọa đẻ non	12.5 (1/8)	87.5 (7/8)
	Thai chậm phát triển trong tử cung	60.6 (40/66)	39.4 (26/66)
	Đái tháo đường thai nghén	25 (4/16)	75 (12/16)
	Thiếu ôi, ri ôi	63.6 (7/11)	36.4 (4/11)
	Rau tiền đạo, rau cài răng lược	22.2 (2/9)	77.8 (7/9)
Cân nặng	< 1000g	100 (14/14)	0
	1000 - 1500g	90.6 (29/31)	9.4 (2/31)
	1500 - 2500g	37.8 (28/74)	62.2 (46/74)
	≥ 2500g	6.6 (8/121)	93.4 (113/121)
Dao động Nội tại	Dao động độ 0	67.5 (52/72)	32.5 (20/72)
	Dao động bình thường	17.2 (28/163)	82.8 (135/163)

Theo phân loại theo ACOG thì số lượng trẻ thuộc nhóm 2 cao nhất (196 trẻ), trong đó tỷ lệ suy thai của nhóm này là 22,4%. Nhịp chậm nhóm 3 chiếm 28,3%, nhưng tỷ lệ suy thai lâm sàng cao chiếm 81.8%. Nhóm trẻ nam trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn là 58%. Tỷ lệ suy thai ở nhóm trẻ nam (35%) cao hơn so với nhóm trẻ nữ (31%). Nhóm tuổi thai < 34 tuần tỷ lệ suy thai trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất.

Ngoài ra, nhịp phẳng kèm với nhịp giảm chiếm tỷ lệ suy thai cao nhất (76%) và tỷ lệ suy thai ở nhóm thai nhi nhịp chậm sớm và nhịp chậm biến đổi điển hình là thấp nhất. Nhóm thai kỳ nguy cơ cao như THA – TSG, thai CPTTTC, ri ôi khi xuất hiện nhịp tim thai chậm tỷ lệ suy thai sau đẻ cao. Ở những biểu đồ NTT – không kích thích, nhóm biểu đồ có độ dao động nội tại độ 0 cao gấp 10 lần so với nhóm biểu đồ có độ dao động

nội tại bình thường. Tỷ lệ mổ lấy thai chung là 84,5%. Trong đó tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm thai kỳ nguy cơ thấp là 75.5% và tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm thai kỳ nguy cơ cao là 90.6%. Ở những thai nghén nguy cơ thấp chỉ số Apgar sau sinh của trẻ không có sự khác biệt giữa nhóm đẻ thường và nhóm mổ đẻ với $p < 0.01$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đối với những thai nhi có nhịp chậm trên biểu đồ tim thai nhi, 3 nhóm thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là thai kỳ khỏe mạnh không có tiền sử bệnh tật (42,5%), CPTTTC (27,5%), tăng huyết áp – tiền sản

giật (11,7%). Đây là những nhóm thai nghén nguy cơ cao được theo dõi monitoring thường xuyên, cẩn thận, và những trường hợp xuất hiện nhịp chậm ở 3 tháng cuối thai kỳ khi chưa chuyển dạ thường liên quan đến nhóm đối tượng này tiền sản giật – thai CPTTTC. So sánh với các nghiên cứu trên những bệnh nhân có xuất hiện nhịp tim thai chậm ở nhóm thai nghén đã chuyển dạ thì nhóm thai kỳ khỏe mạnh bình thường chiếm tỷ lệ cao hơn (88 - 89%) [5]. Nhóm thai nghén bị tăng huyết áp – tiền sản giật chỉ chiếm (4,5 - 5.06%) [3], [7] Tỷ lệ nhịp tim thai chậm ở nhóm bệnh nhân TSG – Thai CPTTTC của nghiên cứu này cao hơn những nghiên cứu trên là do những thai nghén nguy cơ cao như TSG – thai CPTTTC thường được theo dõi chặt chẽ trong bệnh viện cũng như điều trị ngoại trú, và những nhóm bệnh nhân này thường xuất hiện trong 3 tháng cuối thai kỳ khi chưa chuyển dạ nên khi có biểu hiện nhịp tim thai chậm thường được kết thúc thai nghén. Và nhịp tim thai chậm trên biểu đồ nhịp tim thai không kích thích thường liên quan đến tình trạng suy thai mạn đã diễn tiến từ lâu nên nhóm thai nghén nguy cơ cao trong nghiên cứu này cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trên những bệnh nhân suy thai cấp trong chuyển dạ của các tác giả khác.

Tỷ lệ các loại nhịp chậm trong nhóm nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, nhịp tim thai biến đổi là nhóm hay gặp nhất khi chưa chuyển dạ (31.3%), xếp thứ 2 là nhịp phẳng kèm nhịp giảm (17,9%). Nhịp chậm muộn, nhịp giảm kéo dài, nhịp phẳng, nhịp chậm sớm chiếm tỷ lệ tương đương nhau lần lượt là 12.9%, 12.5%, 12.1%, và 8.3%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang (2018) cho thấy nhịp chậm biến đổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (32%), nhịp chậm sớm (20,1%) và nhịp chậm muộn (16,2%), nhịp tim thai phẳng chỉ (2.3%). Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này do nhịp tim thai phẳng thường xuất hiện trên những thai nghén nguy cơ cao như tiền sản giật, thai CPTTTC, đái tháo đường thai nghén, rau tiền đạo... Những thai nghén này thường có tình trạng thiếu oxy mạn tính dẫn đến ức chế hoạt động của hệ thần kinh trung ương.

4.2. Kết quả thai nghén của đối tượng nghiên cứu

Với những thai nghén tăng huyết áp – tiền sản giật, trong tổng số 28 bệnh nhân có xuất hiện nhịp chậm trên biểu đồ NTT không kích thích thì có 17 trẻ sơ sinh có APGAR 1 phút ≤ 7 , chiếm tỷ lệ 60,7 %. Tỷ lệ này là tương đương với các nghiên cứu trên thế giới về tỷ lệ suy thai trên nhóm bệnh nhân này. Theo Urvashi Verma

(2014) nghiên cứu 100 sản phụ tiền sản giật >34 tuần có bất thường nhịp tim thai thì tỷ lệ trẻ sơ sinh sau đẻ có Apgar ≤ 7 là 62%, theo Supriya (2015) tỷ lệ này là 72%. Theo Phạm Thị Mai Anh nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân TSG thì giá trị chuẩn đoán suy thai của biểu đồ NTT lên đến 76% [6].

Đối với nhóm thai nghén chậm phát triển trong tử cung có 66 bệnh nhân xuất hiện nhịp chậm trên biểu đồ NTT không kích thích thì có tỷ lệ trẻ sơ sinh có Apgar sau sinh ≤ 7 , chiếm tỷ lệ cao (60,7 %). Giá trị chuẩn đoán dương tính của thử nghiệm NTT trên những thai phụ có thai CPTTTC là khá cao, tỷ lệ này cũng khá tương đồng với tác giả Phạm Thị Mai Anh, nghiên cứu giá trị chuẩn đoán suy thai của biểu đồ NTT trên nhóm bệnh nhân thai CPTTTC là 65,2% [1]. Ở những thai nghén này thường có biểu hiện rối loạn tuần hoàn tử cung rau, giảm cấp chất dinh dưỡng cho nên thai nhỏ và kém chịu đựng được với những kích thích như cơn co tử cung, stress.

Biểu đồ theo phân loại của ACOG nhóm 2 (81,7 %) với tình trạng trẻ có Apgar 1 phút sau đẻ ≤ 7 chiếm 22.4%. Khi xuất hiện dạng biểu đồ này cần kết hợp với đánh giá lâm sàng, tình trạng sản khoa của sản phụ để xử trí phù hợp. Biểu đồ nhóm 3 tỷ lệ suy thai lên đến 81,8%, cần kết thúc thai nghén sớm ở thời điểm khảo sát. Nguyên nhân là ở biểu đồ nhóm 3 thường mất độ DDNT kèm với nhịp giảm muộn lặp lại hoặc nhịp giảm biến đổi lặp lại, nên có tiên lượng xấu, thể hiện thai đang suy nặng. Tỷ lệ suy thai của nhịp chậm muộn trong nghiên cứu khá cao (32.3%) do giảm lượng máu cung cấp qua dây rốn cho thai. Khi nhịp chậm muộn kết hợp mất dao động nội tại thì tỷ lệ suy thai tăng lên rất nhiều. Tỷ lệ suy thai trong nghiên cứu này cao hơn so với nhóm nghiên cứu của William (2003) khi mà nhịp chậm muộn kết hợp với dao động bình thường thì chỉ có 13% biểu hiện suy thai trong chuyển dạ và của tác giả Sameshima (2004) là 10%. [2], [8], [7]. Khi nhịp chậm muộn trên những thai nghén khỏe mạnh bình thường mà độ dao động bình thường thì tỷ lệ chẩn đoán suy thai cũng không cao chỉ chiếm 9,1% (1/11 bệnh nhân). Nguyên nhân gây nhịp giảm kéo dài kéo dài thường do giảm độ ngột tuần hoàn tử cung – rau như cơn co tử cung cường tính, sa dây rốn, mạch máu tiền đạo, rau bong non, rau quấn cổ, vỡ tử cung... Điều này thường không liên quan đến tình trạng suy thai, nhưng nếu tái phát và nguyên nhân vẫn tồn tại thì tiên lượng xấu và suy thai sẽ xuất hiện. Theo Poseiro nghiên cứu 242 trường hợp nhịp giảm kéo dài thì chỉ có 22 trường hợp trẻ sơ sinh có Apgar ≤ 7 ,

chiếm 9.6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi 5 trẻ sơ sinh có Apgar 1 phút sau sinh ≤ 7 điểm (16,7%) bao gồm 2 thai nghén bình thường và 3 thai nghén nguy cơ cao. Nhịp TT chậm biến đổi là nhóm nhịp chậm hay gặp nhất trong khi chuyển dạ chiếm đến 90% các loại nhịp chậm trong chuyển dạ và thường liên quan đến bất thường dây rốn như dây rốn quấn cổ, sa dây rau, dây rau thắt nút, thiếu ối,... Trong nhóm nhịp chậm biến đổi không điển hình thì nhịp chậm type 1 chiếm tỷ lệ cao nhất và là nhịp chậm khá lành tính có hình dạng chữ V, không có nhịp tăng đáp ứng trước và sau nhịp chậm. Nhịp phẳng đơn thuần có tỷ lệ suy thai là 44,8% tăng lên gấp 7,3 lần khi kết hợp nhịp phẳng với nhịp giảm khác là 86%. Theo Ngô Thị Uyên tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar 1 phút thấp ở sản phụ NTT phẳng là 24%. [4] NTT phẳng biểu hiện của thai thiếu oxy nặng đến đến ảnh hưởng tới sự tự điều chỉnh NTT của hệ thần kinh trung ương, NTT phẳng cũng gặp trong các trường hợp thai ngủ. Khi kết hợp nhịp phẳng với nhịp giảm khác khả năng chuẩn đoán suy thai rất cao. Vì vậy việc đánh giá ĐĐNT của thai rất quan trọng.

5. KẾT LUẬN

Với những thai kỳ nguy cơ thấp cần đánh giá kỹ các yếu tố nguy cơ, biểu đồ NTT không kích thích để giảm tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết.

Với những thai nghén nguy cơ cao cần theo dõi biểu đồ NTT thường xuyên để phát hiện sớm những trường hợp suy và có cách xử trí phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bissonette JM [1975]. Relationship between continuous fetal heart rate and apgar score in the newborn. BJOG 82 (1): 2428. <https://www.researchgate.net/journal/BJOG-An-International-Journal-of-Obstetrics-Gynaecology-1471-0528>
- [2] Sameshima [2000], Electronic fetal heart rate monitoring: early neonatal outcomes associated with normal rate, fetal stress and fetal distress. , BJOG 82 (1): 2428. https://www.researchgate.net/publication/12665780_Electronic_fetal_heart_rate_monitoring_Early_neonatal_outcomes_associated_with_normal_rate_fetal_stress_and_fetal_distress
- [3] Đào Thị Hoa, Nghiên cứu sự thay đổi nhịp tim thai trên monitor sản khoa ở bệnh nhân nhiễm độc thai nghén 3 tháng cuối. Luận tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế, 2017
- [4] Ngô Thị Uyên, Giá trị theo dõi Monitoring bất thường trong chẩn đoán suy thai, 2004. Tạp chí Phụ sản, Tập 10, Số 2, Tháng 4 - 2012
- [5] Nguyễn Công Trình, Nghiên cứu về suy thai cấp tính trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (2017): 9: 130-137).
- [6] Phạm Thị Mai Anh, Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler động mạch rốn, động mạch não giữa, động mạch tử cung, thử nghiệm nhịp tim thai không kích thích trong đánh giá bệnh nhân tiền sản giật tại BV Phụ Sản Trung ương, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [7] Vương Ngọc Đoàn, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và biện pháp xử trí suy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014 - 2015. Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [8] William FR, Christopher CJ. Fetal heart rate parameters predictive of neonatal outcome in the presence of a prolonged deceleration, Obstetrics and Gynecology. 2002 Nov;100(5 Pt 1):951-4. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02240-8.



RESEARCH ON PRENATAL DIAGNOSIS AND POSTPARTUM STATUS OF CASES OF AGENESIS OF CORPUS CALLOSUM AT THE PRENATAL DIAGNOSIS CENTER OF THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Tran Danh Cuong^{1*}, Nguyen Thi Thuy Duong², Luu Thi Hong Mai²

¹Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 04/05/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the results of prenatal diagnosis and postpartum status of fetuses diagnosed with agenesis of corpus callosum (ACC) at the Prenatal Diagnosis Center of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials:** 181 pregnant women who visited the Prenatal Diagnosis Center of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology were diagnosed with agenesis of corpus callosum. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** Complete ACC accounted for 92,3%, isolated ACC accounted for 64,6%, non-isolated ACC accounted for 35,4%. Features on ultrasound: ventricular dilatation 81,8%, tear drop sign 83,4%, sign of two frontal horn running parallel 95,6%, absent of the septum pellucidum 97,2%, direct demonstration of ACC 66,3%. The rate of ventricular dilatation at the time of diagnosis increased gradually with gestation age: from 22 weeks or less 61,5%, from 23-28 weeks 77,6%, from 29 weeks or more 92,8%. The group of isolated ACC was diagnosed later, the rate of termination of pregnancy (43,6%) was lower than that of the group with non-isolated ACC (78,1%). The most common lesion associated with ACC was central nervous system abnormalities (cerebral cyst at the position of the septum pellucidum, cortical abnormalities and Dandy Walker malformations...). 16 cases had amniocentesis: 15 cases (93,8%) had normal karyotype, 1 case (6,2%) 46 XY, 1qh+. In 52 cases of post partum follow up: 63,5% had normal development, 13,5% psychomotor retardation compared to children of the same age, speed delay 5,7%, epilepsy 3,8%, postpartum death 13,5%. **Conclusion:** ACC can be diagnosed by second and third-trimester ultrasound. Diagnoses of combined lesions play an important role in prognosis.

Keywords: Agenesis of corpus callosum, epilepsy.

*Corresponding author

Email address: trandanhcuong.pstw@gmail.com

Phone number: (+84) 983 212 099

NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ TÌNH TRẠNG SAU SINH CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP BẤT SẢN THỂ CHAI TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Trần Danh Cường^{1*}, Nguyễn Thị Thùy Dương², Lưu Thị Hồng Mai²

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả chẩn đoán trước sinh và tình trạng sau sinh của những trường hợp thai được chẩn đoán bất sản thể chai tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương (CĐTS – BVPSTW). **Đối tượng:** Hồ sơ bệnh án của 181 thai phụ đến khám tại Trung tâm CĐTS – BVPSTW được chẩn đoán bất sản thể chai hoàn toàn. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Bất sản thể chai hoàn toàn chiếm 92,3%, đơn độc chiếm 64,6%, thể phối hợp các tổn thương khác chiếm 35,4%. Đặc điểm trên siêu âm: giãn não thất 81,8%, não thất bên hình giọt nước 83,4%, hai sừng trán chạy song song 95,6%, không có vách trong suốt 97,2%. Tỷ lệ giãn não thất tại thời điểm chẩn đoán tăng dần theo tuổi thai: từ 22 tuần trở xuống 61,5%, từ 23-28 tuần 77,6%, từ 29 tuần trở lên 92,8%. Bất sản thể chai đơn độc được chẩn đoán muộn hơn, tỷ lệ đình chỉ thai nghén (43,6%) thấp hơn so với nhóm bất sản thể chai có tổn thương phối hợp (78,1%). Tổn thương phối hợp với bất sản thể chai hay gặp nhất là bất thường hệ thần kinh trung ương (nang não vị trí của vách trong suốt, bất thường võ não và hội chứng Dandy Walker...). 16 trường hợp (8,8%) chọc hút dịch ối: 15 trường hợp (93,8%) nhiễm sắc thể bình thường, 1 trường hợp (6,2%) 46XY, 1qh+. Trong 52 trường hợp theo dõi sau sinh: 63,5% phát triển bình thường, 13,5% chậm phát triển so với trẻ cùng lứa tuổi, 5,7% chậm nói, 3,8% động kinh và 13,5% tử vong sau sinh.

Kết luận: Bất sản thể chai có thể chẩn đoán được bằng siêu âm hình thái quý II, III. Chẩn đoán tổn thương phối hợp có vai trò quan trọng trong tiên lượng.

Từ khóa: Bất sản thể chai, động kinh.

*Tác giả liên hệ

Email: trandanhcuong.pstw@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983 212 099



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất sản thể chai là một trong những bất thường phổ biến nhất của hệ thần kinh trung ương. Tỷ lệ bất sản thể chai khoảng 0,3% đến 0,7% dân số nói chung và 2-3% những người được chẩn đoán chậm phát triển [3]. Bất sản thể chai có thể đơn độc hoặc đi kèm các bất thường về hình thái và bất thường nhiễm sắc thể khác thường gặp ở hệ thần kinh trung ương như nhãn não, thoát vị não, Dandy Walker..., các bất thường của mặt, hệ tim mạch, hệ cơ xương.... Bất sản thể chai đơn độc hay kết hợp để lại nhiều di chứng cho trẻ sau khi ra đời như chậm phát triển vận động, chậm phát triển tâm thần, động kinh, bại não [6]. Thời điểm chẩn đoán bất sản thể chai thường muộn vào cuối quý II hoặc đầu quý III của thai kì nên mặc dù tỷ lệ đình chỉ thai nghén trong bất sản thể chai khá cao vẫn còn rất nhiều trường hợp tiếp tục theo dõi thai nghén. Các nghiên cứu chẩn đoán trước sinh bất sản thể chai có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng bệnh, tuy nhiên chưa được thực hiện nhiều trên thế giới và Việt Nam. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm trước sinh của những trường hợp thai được chẩn đoán bất sản thể chai và đánh giá tình trạng sau sinh của những trường hợp bất sản thể chai được tiếp tục theo dõi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Hồ sơ bệnh án của 181 thai phụ được chẩn đoán bất sản thể chai tại Trung Tâm CĐTS – BVPSTW từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm Samsung Medison WS80A, đầu dò Convex 2-6 Hz, tại Trung Tâm CĐTS - BVPSTW.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong 5 năm nghiên cứu, tại Trung tâm CĐTS – BVPSTW có 181 thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của các thai phụ là 27,4 +/- 5,5 tuần, trẻ nhất là 17 tuổi, lớn tuổi nhất là 44 tuổi. Tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán bất sản thể chai là 28 +/- 4 tuần, sớm nhất là 19 tuần, muộn nhất là 37 tuần.

3.2. Mô tả kết quả chẩn đoán trước sinh của bất sản thể chai

3.2.1. Các dấu hiệu trên siêu âm

❖ **Bất sản thể chai hoàn toàn và bất sản thể chai không hoàn toàn**

Phát hiện 167 trường hợp được chẩn đoán bất sản thể chai hoàn toàn chiếm 92,3%, 14 trường hợp được chẩn đoán bất sản thể chai không hoàn toàn chiếm 7,7%.

❖ **Bất sản thể chai đơn độc và bất sản thể chai phối hợp tổn thương khác**

Có 117 trường hợp (64,6%) bất sản thể chai đơn thuần và 64 trường hợp (35,4%) bất sản thể chai có phối hợp với các tổn thương khác.

❖ **Các dấu hiệu siêu âm của bất sản thể chai**

Bảng 3.1. Dấu hiệu siêu âm của bất sản thể chai

Dấu hiệu siêu âm	Có		Không	
	n	%	n	%
Giãn não thất	148	81,8	33	18,2
Não thất bên bình giọt nước	151	83,4	30	16,6
Sừng trán chạy song song	173	95,6	8	4,4
Không thấy vách trong suốt	176	97,2	5	2,8
Dấu hiệu trực tiếp	120	66,3	61	33,7

Nhận xét: Tỷ lệ giãn não thất là 81,8%, não thất bên hình giọt nước (83,4%), hai sừng trán chạy song song (95,6%) và không có vách trong suốt (97,2%). Có 66,3% trường hợp thực hiện được mặt cắt đứng dọc

giữa và/hoặc mặt cắt đứng ngang để quan sát dấu hiệu trực tiếp.

3.2.2. Kích thước não thất bên và tuổi thai

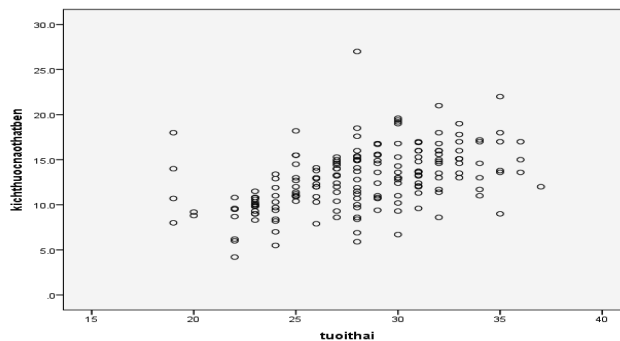
Bảng 3.2. Dấu hiệu giãn não thất và tuổi thai

	<= 22 tuần		23-28 tuần		>= 29 tuần		p<0,01
	n	%	n	%	n	%	
Giãn não thất	5	61,5	66	77,6	77	92,8	
Không giãn não thất	8	38,5	19	22,4	6	7,2	
Tổng	13	100	85	100	83	100	

Nhận xét: Tỷ lệ giãn não thất ở nhóm tuổi thai từ 22 tuần trở xuống (61,5%), nhóm tuổi thai 23-28 tuần (77,6%) và nhóm 29 tuần trở lên (92,8%). Ngược lại,

tỷ lệ thai không có giãn não thất giảm dần từ nhóm tuổi thai nhỏ đến lớn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Biểu đồ 1: Kích thước não thất bên và tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán



Nhận xét: Kích thước não thất bên tại thời điểm chẩn đoán có xu hướng tăng theo tuổi thai.

hợp với tổn thương khác

❖ Một số đặc điểm của nhóm bất sản thể chai đơn độc và bất sản thể chai kết hợp tổn thương khác

3.2.3. Bất sản thể chai đơn độc và bất sản thể chai kết

Bảng 3.3. Bất sản thể chai đơn độc và bất sản thể chai kết hợp với các tổn thương khác

Đặc điểm	BSTC đơn độc (n=117)	BSTC kết hợp tổn thương khác (n=64)	p
Tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán	28,7 +/- 3,6	27,1 +/- 4,3	0,007
Giãn não thất	103 (88%)	45 (70,3%)	0,003
Kích thước não thất bên (mm)	13,4 +/- 3,3	11,9 +/- 3,4	0,008
Não thất bên giãn hình giọt nước	103 (88%)	48(75%)	0,02
MRI thai nhi	19 (16,2%)	8 (12,5%)	0,5
Tổn thương vỏ não trên MRI	0	7	
Đình chỉ thai nghén	51 (43,6%)	50 (78,1%)	<0,01



Nhận xét: Nhóm bất sản thể chai đơn độc được chẩn đoán muộn hơn so với nhóm bất sản thể chai có tổn thương phối hợp ($p=0,007$). Tỷ lệ giãn não thất, kích thước não thất bên và dấu hiệu não thất bên giãn hình giọt nước ở nhóm bất sản thể chai đơn độc cao hơn so với nhóm bất sản thể chai có tổn thương kết hợp

($p<0,05$). Trong 27 trường hợp chụp MRI, có 7 trường hợp phát hiện được thêm tổn thương vỏ não. Tỷ lệ đình chỉ thai nghén trong nhóm tổn thương kết hợp (78,1%) cao hơn nhóm đơn độc (43,6%).

❖ **Loại tổn thương phối hợp với bất sản thể chai**

Bảng 3.4. Các loại tổn thương phối hợp với bất sản thể chai

Tổn thương phối hợp		Số trường hợp
Hệ thần kinh trung ương	Dandy Walker	9
	Nang não vị trí vách trong suốt	7
	Nang dưới nhện khác	13
	Bất thường vỏ não	11
	Lipome thể chai	2
	Hội chứng não bé	2
	U não	1
Hệ tim mạch		15
Hệ tiêu hóa		4
Bất thường tư thế chi		6
Đầu - Mặt - Cổ		4
Hệ tiết niệu		1
Hệ hô hấp		1
Bất thường thành bụng trước		1

Nhận xét: Bất thường hệ thần kinh trung ương và hệ tim mạch hay gặp nhất. Các bất thường hệ thần kinh trung ương chủ yếu gồm các nang ở vị trí vách trong suốt và các nang dưới nhện, bất thường vỏ não và hội chứng Dandy Walker.

3.2.4. Kết quả chọc ối

Có 16 trường hợp (8,8%) chọc hút dịch ối xét nghiệm nhiễm sắc đồ cho kết quả 15 trường hợp (93,8%)

bình thường, 1 trường hợp (6,2%) có tăng kích thước vùng dị nhiễm sắc trên nhánh dài nhiễm sắc thể số 1 (46XY, 1qh+).

3.3. Tình trạng sau sinh của các trường hợp bất sản thể chai

Trong 101 trường hợp đình chỉ thai nghén (55,8%) có 52 trường hợp khai thác được tình trạng sau sinh phát hiện:

Bảng 3.5. Tình trạng sau sinh của các trường hợp bất sản thể chai

	Tổng	
	n	%
Phát triển bình thường	33	63,5
Chậm phát triển tâm thần , vận động	7	13,5
Chậm nói	3	5,7
Động kinh	2	3,8
Tử vong sau sinh	7	13,5
Tổng	52	100

Nhận xét: Có 33 em bé sau sinh được chẩn đoán bình thường chiếm 63,5%, 7 trẻ chậm phát triển so với trẻ cùng lứa tuổi (13,5%), 3 trẻ chậm nói (5,7%), 2 trẻ (3,8%) động kinh sau đẻ và 7 trường hợp tử vong sau sinh.

4. BÀN LUẬN

Trong 5 năm, tại Trung tâm CĐTS – BVPSTW có 181 thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Phát 167 trường hợp được chẩn đoán bất sản thể chai hoàn toàn chiếm 92,3%, 14 trường hợp bất sản thể chai không hoàn toàn chiếm 7,7%. Các trường hợp bất sản thể chai của nghiên cứu chủ yếu là bất sản thể chai đơn thuần (64,6%).

Tỷ lệ giãn não thất, não thất bên hình giọt nước và không có vách trong suốt từ 80 – 97,2% cao hơn nghiên cứu của Kim và cộng sự với tỷ lệ giãn não thất từ 70 – 80% [8]. Biểu đồ 3.1 cho thấy kích thước não thất bên có xu hướng tăng dần theo tuổi thai được giải thích do sự phát triển của đầu thai nhi theo tuổi thai [5].

Tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán thai bất sản thể chai là 28 +/- 4 tuần, sớm nhất là 19 tuần, muộn nhất là 37 tuần. Kết quả này cho thấy bất sản thể chai thường được chẩn đoán khá muộn vào cuối quý II và đầu quý III của thai kì. Nghiên cứu của Kim và cộng sự (2017), tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán bất sản thể chai là 27 tuần (nhỏ nhất 20 tuần, lớn nhất 37 tuần) [8]. Theo Paladini, nếu khảo sát siêu âm trước 24 tuần, các dấu hiệu gián tiếp của bất sản thể chai thường không có hoặc không rõ ràng như não thất bên dưới 10 mm gặp trong 73,5%, dấu hiệu não thất bên giãn hình giọt nước chỉ chiếm 20,6% số trường hợp ở tuổi thai dưới 24 tuần.

Kết quả bảng 3.3, tuổi thai trung bình nhóm bất sản thể chai đơn độc từ 28,7 +/- 3,6 tuần, muộn hơn so với nhóm bất sản thể chai có tổn thương phối hợp 27,1 +/- 4,3 (p<0,01). Nhóm bất sản thể chai kết hợp tổn thương khác do nhiều bất thường của hệ thần kinh trung ương và tim mạch nên có thể được chẩn đoán sớm hơn.

Trong các bất thường hệ thần kinh trung ương hay gặp các nang ở vị trí của vách trong suốt và các nang dưới nhện (vị trí rãnh liên bán cầu). Nang não tại vị trí vách trong suốt hoặc u mỡ của thể chai là những bất thường liên quan đến bất sản thể chai, 50% u mỡ thể chai có kèm bất sản thể chai [1]. Hội chứng Dandy Walker và bất thường vỏ não cũng là những bất thường phổ biến khác trong cấu trúc não phối hợp với bất sản thể chai [5]. Có 7 trường hợp thai có bất thường vỏ não được phát hiện qua chụp MRI thai nhi mà kết quả siêu âm vỏ não bình thường (trong tổng cộng 27 trường hợp chụp MRI, chiếm 25,9%), đây là những bất thường khó chẩn đoán trên siêu âm. Vì vậy, trong chẩn đoán bất sản thể chai nên đề xuất chụp MRI thai nhi để tìm tổn thương phối hợp với bất sản thể chai.

Trong nhóm nghiên cứu có 16 trường hợp (8,8%) chọc hút dịch ối xét nghiệm nhiễm sắc thể cho kết quả 15 trường hợp (93,8%) bình thường, 1 trường hợp (6,2%) có tăng kích thước vùng dị nhiễm sắc trên nhánh dài nhiễm sắc thể số 1 (46XY, 1qh+). Nghiên cứu những năm gần đây cho thấy hầu hết các trường hợp bất sản thể chai đều có kết quả nhiễm sắc thể bình thường, các bất thường di truyền thường được phát hiện nhờ các kỹ thuật di truyền phân tử như microarray, CNV hoặc giải trình tự exome thay vì phương pháp lập karyotype truyền thống. Theo She và cộng sự (2022) trên 65 trường hợp bất sản thể chai đơn độc, tỷ lệ karyotype bất thường là 8%, tỷ lệ có bất thường trên microarray là 12%. 25

trường hợp bất sản thể chai có kết quả karyotype và/ hoặc microarray bình thường được giải trình tự exome cho kết quả 9 trường hợp (36%) phát hiện gen bệnh [7].

Bất sản thể chai luôn là một tổn thương hệ thần kinh trung ương khó tiên lượng sau sinh do trong y văn có ít nghiên cứu có hệ thống và tác động của quá trình học tập, vận động, chỉ số IQ của trẻ sau sinh. Trong 181 trường hợp bất sản thể chai của nghiên cứu này có 52 trường hợp khai thác được tình trạng sau sinh của em bé. Theo bảng 3.5, 33 trường hợp em bé sau sinh được chẩn đoán bình thường hoặc không đi khám, 7 trẻ chậm phát triển so với trẻ cùng lứa tuổi, đa số là chậm phát triển vận động như chậm biết đi, 3 trẻ chậm nói, 2 trẻ có động kinh và 7 trường hợp tử vong sau sinh do nhiều nguyên nhân khác nhau như thai non tháng, suy hô hấp, nhiễm khuẩn sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh... Theo Kim và cộng sự (2017) cho rằng 75% (chẩn đoán trước sinh) và 55,6% (chẩn đoán sau sinh) các trường hợp bất sản thể chai đơn độc có sự phát triển các cấu trúc khác trong hệ thần kinh bình thường. Nghiên cứu meta – analysis của D’Antonio và cộng sự (2016), đối với bất sản thể chai hoàn toàn tỷ lệ bất thường trong khả năng điều khiển vận động thô và tinh của trẻ là 4,4% (95% CI, 0,6 – 11,3) và 10,98% (95% CI, 4,1 – 20,6), tỷ lệ trẻ bị động kinh 6,8% (95% CI, 1,7- 14,9), bất thường tình trạng nhận thức của trẻ 15,16% (95% CI, 6,9-25,9) [2]. Moutard và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 17 trẻ được chẩn đoán bất sản thể chai sau sinh, theo dõi sự phát triển tâm thần vận động và đánh giá khả năng học tập đến năm 10 tuổi cho thấy ¾ số trẻ có chỉ số IQ trong giới hạn bình thường mặc dù một nửa số này gặp khó khăn trong học tập ở mức độ trung bình [4]. Trong nghiên cứu này, những trẻ chậm phát triển hầu hết gặp chậm phát triển về khả năng vận động, chậm nói.

5. KẾT LUẬN

Siêu âm hình thái thai trong quý II và quý III của thai kì hoàn toàn có thể chẩn đoán được bất sản thể chai dựa trên các dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp. Chẩn đoán bất sản thể chai đơn độc hay có kết hợp tổn thương khác có vai trò quan trọng trong tiên lượng. Chẩn đoán bất

thường di truyền trong bất sản thể chai nên phối hợp giữa phương pháp lập karyotype truyền thống và các phương pháp di truyền phân tử như microarray hoặc giải trình tự exome.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gaillard F, Intracranial lipoma | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Radiopaedia, <<https://radiopaedia.org/articles/intracranial-lipoma>>, accessed: 07/03/2023.
- [2] D’Antonio F, Pagani G, Familiari A et al., Outcomes Associated With Isolated Agenesis of the Corpus Callosum: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 138(3), e20160445, 2016.
- [3] Grogono JL, Children with agenesis of the corpus callosum. *Dev Med Child Neurol*, 10(5), 613–616, 1968.
- [4] Moutard ML, Kieffer V, Feingold J et al., Isolated corpus callosum agenesis: a ten-year follow-up after prenatal diagnosis (how are the children without corpus callosum at 10 years of age?). *Prenat Diagn*, 32(3), 277–283, 2012.
- [5] Pilu G, Sandri F, Perolo A et al., Sonography of fetal agenesis of the corpus callosum: a survey of 35 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*, 3(5), 318–329, 1993.
- [6] Shevell MI, Clinical and diagnostic profile of agenesis of the corpus callosum. *J Child Neurol*, 17(12), 896–900, 2002.
- [7] She Q, Zhen L, Fu F et al., [Prenatal genetic diagnosis of the fetuses with isolated corpus callosum abnormality]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 57(9), 671–677, 2022.
- [8] Kim SE, Jang HI, Chang KH et al., Clinical outcomes and neurodevelopmental outcome of prenatally diagnosed agenesis of corpus callosum in single center of Korea. *Obstet Gynecol Sci*, 60(1), 8–17, 2017.

EVALUATION OF CENTRAL LYMPH NODE METASTASIS FOR PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA IN CNO

Do Thanh Cong*

National Hospital of Endocrinology - Nguyen Bo Street, Tu Hiep Commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the central lymph node metastasis of papillary thyroid microcarcinoma in cN0 (mPTC) and risk factors.

Subject and Method: A retrospective study was implemented on 120 patients diagnosed with papillary thyroid microcarcinoma cN0, who underwent lobectomy or total thyroidectomy, with prophylactic central lymph node dissection at National Hospital of Endocrinology from February 2020 to May 2021.

Results: 33,5% of cN0 mPTC patients had central lymph node metastases (CLND). Univariate analysis found central lymph node metastases to be associated with age (≤ 45 years), large tumor ($> 0,5$ cm), multifocality, bilaterality, extrathyroidal infiltration.

Conclusion: Prophylactic central neck dissection has a higher yield for cN0 papillary thyroid microcarcinoma patients with age ≤ 45 , tumor size $> 0,5$ cm, multifocality, bilaterality and extrathyroidal infiltration.

Key words: cN0 papillary thyroid microcarcinoma, prophylactic central neck dissection, central lymph node metastasis.

*Corresponding author

Email address: thanhcongdo10@gmail.com

Phone number: (+84) 975 631 010



ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH TRUNG TÂM CỦA VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ CNO

Đỗ Thành Công*

Bệnh viện Nội tiết Trung ương - Nguyễn Bô, Tứ Hiệp, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch trung tâm ở vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên tổng số 120 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, được phẫu thuật cắt 1 thùy hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp, kèm nạo hạch trung tâm dự phòng tại BV Nội tiết TW từ tháng 2/2020 đến tháng 5/2021.

Kết quả: 33,5% bệnh nhân có di căn hạch khoang trung tâm. Phân tích đơn biến cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn hạch trung tâm với tuổi (≤ 45), kích thước khối u ($> 0,5$ cm), đa ổ, u ở hai thùy, xâm lấn tổ chức lân cận.

Kết luận: Nạo vét hạch trung tâm dự phòng nên được thực hiện cho các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 gồm tuổi ≤ 45 , kích thước u $> 0,5$ cm, đa ổ, u ở hai thùy và có xâm lấn tổ chức xung quanh.

Từ khóa: Vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, nạo vét hạch cổ trung tâm dự phòng, di căn hạch trung tâm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể nhú là thể thường gặp nhất trong ung thư tuyến giáp (80-85%). Theo định nghĩa của WHO năm 1998, vi ung thư tuyến giáp thể nhú được định nghĩa là khối u tuyến giáp có đường kính lớn nhất không quá 1cm, và giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp thể nhú¹. Mặc dù phần lớn bệnh nhân ung thư tuyến giáp có tiên lượng tốt, tuy nhiên có thể có di căn hạch, trong đó di căn hạch cổ đặc biệt là hạch cổ trung tâm gặp ở nhiều bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú. Di căn hạch cổ trung tâm thường làm

tăng nguy cơ tái phát tại chỗ và tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Tuy nhiên do hạch có kích thước nhỏ, vị trí ở sâu và khuất sau xương đòn nên nhiều trường hợp không phát hiện được hạch cổ trung tâm qua siêu âm hay chụp cắt lớp vi tính. Đã có một số báo cáo cho thấy tỷ lệ di căn hạch trung tâm từ 30-65% trong số các bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0². Do đó một số tác giả trên thế giới cho rằng nên nạo vét hạch trung tâm dự phòng với bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, để làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và cải thiện thời gian sống thêm.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhcongdo10@gmail.com

Điện thoại: (+84) 975 631 010

Do đó mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ di căn hạch trung tâm của bệnh nhân mắc vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 và các yếu tố nguy cơ của di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 120 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, được phẫu thuật cắt 1 thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp toàn bộ kèm nạo vét hạch trung tâm dự phòng. Nghiên cứu thực hiện tại BV Nội tiết TW trong thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 3/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Chẩn đoán trước mổ là vi ung thư tuyến giáp thể nhú

cN0, giải phẫu bệnh sau mổ có kết quả là vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

+ Tất cả các bệnh nhân đều có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0: tuổi, giới, vị trí u, kích thước u, tính chất đa ổ, một thùy hay 2 thùy, xâm lấn vỏ, xâm lấn tổ chức lân cận.

+ Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, tỷ lệ phát hiện hạch cổ trung tâm, mối liên quan giữa tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm và các yếu tố nguy cơ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng vi ung thư tuyến giáp thể nhú

Đặc điểm LS, CLS		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới	Nam	17	14,2
	Nữ	103	85,8
Tuổi	≤45	63	52,5
	> 45	57	47,5
Kích thước u	≤0,5 cm	44	36,7
	>0,5 cm	76	63,3
Ung thư hai thùy	Hai thùy	43	35,8
	Một thùy hoặc eo	77	64,2
Đa ổ	Một ổ	38	51,7
	Đa ổ	82	68,3
Xâm lấn vỏ	Có	81	67,5
	Không	39	32,5
Xâm lấn tổ chức lân cận	Có	14	11,7
	Không	106	88,3

Bảng 1: + Số bệnh nhân nam, nữ chiếm tỷ lệ 14,2% và 85,8%

+ Tuổi ≤45 và tuổi > 45 chiếm tỷ lệ là 52,5% và 47,5%

+ Kích thước u ≤0,5 cm và > 5 cm chiếm tỷ lệ 36,7%

và 63,3%

+ Ung thư hai thùy chiếm 35,8%, 1 thùy chiếm 64,2%

+ Khối u đa ổ chiếm 68,3% và 1 ổ chiếm 51,7%

+ Xâm lấn vỏ chiếm 67,5% và xâm lấn cơ chiếm 11,7%



Bảng 2. Mối liên quan giữa tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm và các yếu tố

Đặc điểm		Tình trạng di căn hạch		Giá trị p
		Có di căn hạch	Không di căn hạch	
Giới	Nam	7	10	0,364
	Nữ	31	72	
Tuổi	≤45	25	38	0,047
	> 45	13	44	
Kích thước u	≤0,5 cm	8	36	0,016
	>0,5 cm	30	46	
Ung thư hai thùy	Hai thùy	19	24	0,029
	Một thùy hoặc eo	19	58	
Đa ổ	Có	29	53	0,0004
	Không	38	29	
Xâm lấn vỏ	Có	29	52	0,16
	Không	9	30	
Xâm lấn tổ chức lân cận	Có	8	6	0,045
	Không	32	74	

Bảng 2 cho thấy các yếu tố tuổi ≤ 45 , kích thước u $> 0,5$ cm, ung thư ở hai thùy, đa ổ, xâm lấn ra tổ chức lân cận là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0. Các yếu tố giới, xâm lấn vỏ không liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0.

4. BÀN LUẬN

Nạo vét hạch cổ trung tâm dự phòng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú nguy cơ thấp vẫn là vấn đề gây tranh cãi. Quyết định nạo vét hạch hay không phụ thuộc vào sự cân bằng giữa tai biến biến chứng sau mổ và lợi ích của nạo vét hạch cổ. Việc sử dụng siêu âm thường quy trong sàng lọc ung thư tuyến giáp làm tăng tỷ lệ phát hiện sớm vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Phần lớn bệnh nhân này không phát hiện được di căn hạch cổ trung tâm trên lâm sàng (cN0). Các guideline hướng dẫn đều khuyến cáo cắt 1 thùy hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp, tuy nhiên vấn đề nạo vét hạch cổ trung tâm dự phòng vẫn là vấn đề gây tranh luận. Nhìn chung bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú có tiên lượng tốt, tuy

nhiên vẫn có khoảng 2% bệnh nhân có tái phát tại chỗ và 2,5% có di căn xa. Sự xuất hiện hạch di căn là yếu tố quan trọng liên quan đến sự tái phát tại chỗ và di căn xa. Thậm chí một số báo cáo cho thấy có 30-65% vi ung thư tuyến giáp thể nhú có di căn hạch cổ trung tâm². Nạo vét hạch cổ trung tâm dự phòng có thể làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và phòng các biến chứng do việc mổ lại.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 31,67% bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 có di căn hạch trung tâm. Tỷ lệ này tương tự báo cáo của Lim YC, tỷ lệ di căn hạch trung tâm ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú thay đổi từ 30-65%², điều này càng ủng hộ việc nạo vét hạch dự phòng ở các bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 có yếu tố nguy cơ cao.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $43,8 \pm 7,65$ tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi dưới 45 có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch trung tâm cao hơn ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Qiang Zhang cũng cho thấy bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú dưới 45 tuổi có nguy cơ di căn hạch trung tâm cao hơn³. Ngược lại, một số nghiên cứu không cho thấy mối liên quan giữa

độ tuổi và di căn hạch cổ trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú trong nghiên cứu của chúng tôi là 6.06/1. Kết quả này của chúng tôi tương đương của tác giả Nguyễn Xuân Hậu là 5,7/1⁴ và Qiang Zhang là 6,35/1³. Nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy mối liên quan giữa đặc điểm giới tính và tỷ lệ di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú ($p>0,05$). Nghiên cứu của Qiang Zhang thì nam giới có tỷ lệ di căn hạch trung tâm cao hơn ở bệnh nhân cN0 mắc vi ung thư tuyến giáp thể nhú³.

Chúng tôi nhận thấy kích thước u có kích thước lớn hơn 0,5 cm có nguy cơ di căn hạch trung tâm cao hơn ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, tương tự như các báo cáo của Qiang Zhang, Lim YC^{3,2}.

Ung thư ở hai thùy và ung thư đa ổ cũng được báo cáo làm tăng nguy cơ di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Tính đa ổ thường đi kèm với ung thư ở hai thùy. Báo cáo của Qiang Zhang trên 1304 bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú thấy 84% bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp đa ổ gặp ở hai thùy tuyến giáp³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả tính chất đa ổ và vị trí u ở hai thùy đều làm gia tăng nguy cơ di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Zhao Q, Qiang Zhang^{5,3}.

Chúng tôi không nhận thấy sự liên quan giữa tính chất xâm lấn vỏ với tỷ lệ di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0. Điều này khác với một số tác giả khác như Gulben K⁶. Ngược lại xâm lấn ra tổ chức lân cận làm tăng nguy cơ di căn hạch trung tâm trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 ($p<0,05$). Điều này tương tự nghiên cứu các một số tác giả như Park, Qiang Zhang^{7,3}.

5. KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch trung tâm ở nhóm bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 là 31,67%. Các yếu tố tuổi ≤ 45 , kích thước u $>0,5$ cm, tính đa ổ và

u ở hai thùy, xâm lấn tổ chức lân cận là các yếu tố làm tăng nguy cơ di căn hạch trung tâm ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0, ngược lại giới, sự xâm lấn vỏ không liên quan đến tỷ lệ di căn hạch trung tâm. Do đó chúng tôi khuyến cáo nạo hạch trung tâm dự phòng ở các bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cN0 có các yếu tố nguy cơ cao như trên phân tích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hedinger C, Williams ED, Sobin LH, The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. *Cancer*. 1989;63:908-911.
- [2] Lim YC, Choi EC, Yoon YH et al., Central lymph node metastases in unilateral papillary thyroid microcarcinoma. *Br J Surg*. 2009;96:253-257.
- [3] Qiang Z, Zhengmin W, Xianying M et al., Predictor for central lymph node metastases in cN0 papillary thyroid microcarcinoma (mPTC): A retrospective analysis of 1304 cases, *Asian Journal of Surgery*, 2019; 42: 571-576.
- [4] Nguyễn Xuân Hậu, Đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể nhú, *Tạp chí Y học Việt Nam*. Số 1 tháng 8/2021, trang 217-220.
- [5] Zhao Q, Ming J, Liu C et al., Multifocality and total tumor diameter predict central neck lymph node metastases in papillary thyroid microcarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2013; 20: 746-752.
- [6] Gülben K, Berberoglu U, Celen O et al., Incidental papillary microcarcinoma of the thyroid –factors affecting lymph node metastasis. *Langenbecks Arch Surg*. 2008;393: 25-29.
- [7] Park JS, Chang JW, Liu L et al., Clinical implications of microscopic extrathyroidal extension in patients with papillary thyroid carcinoma. *Oral Oncol*. 2017 Feb 17;72:183-187.



SURGICAL OUTCOMES OF FOLLICULAR THYROID CANCER IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Do Thanh Cong*

National Hospital of Endocrinology - Nguyen Bo Street, Tu Hiep Commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 12/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate surgical outcomes of follicular thyroid cancer in the National Hospital of Endocrinology.

Subject and method: A retrospective study of 52 follicular thyroid carcinoma patients treated by surgery at the National Hospital of Endocrinology from March 2017 to August 2022.

Results: The percentage of patients who had undergone total thyroidectomy and lobectomy were 80,8% and 19,2%, in each group neck dissection had been performed in 64,3% and 0% respectively. Most patients had stage I (69,2%). Complication rates of recurrent laryngeal nerve injury and parathyroid injury were 9,6% and 15,3% respectively. None of the patients had permanent hypoparathyroidism.

Conclusion: Surgery for follicular thyroid carcinoma is safe and effective.

Keywords: Follicular thyroid cancer, surgical outcomes, recurrent laryngeal nerve, parathyroid.

*Corresponding author

Email address: thanhcongdo10@gmail.com

Phone number: (+84) 975 631 010

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thành Công*

Bệnh viện Nội tiết Trung ương - Nguyễn Bô, Tứ Hiệp, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 12 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2022.

Kết quả: Tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể nang được cắt toàn bộ và 1 thùy (và eo) là 80,8% và 19,2%, tỷ lệ nạo vét hạch cổ trong mỗi nhóm lần lượt là 64,3% và 0%. Phân loại giai đoạn bệnh giai đoạn I chiếm chủ yếu là 69,2%. Tỷ lệ biến chứng tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản là 9,6%, tỷ lệ biến chứng tổn thương tuyến cận giáp là 15,4%. Không có bệnh nhân nào bị tổn thương tuyến cận giáp vĩnh viễn.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nang, kết quả phẫu thuật, dây thần kinh quặt ngược thanh quản, tuyến cận giáp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp được chia làm 2 nhóm mô bệnh học khác nhau về lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và tiên lượng là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và thể không biệt hóa. Thể biệt hóa của ung thư tuyến giáp gồm ung thư tuyến giáp thể nhú và ung thư tuyến giáp thể nang, trong đó ung thư tuyến giáp thể nang đứng hàng thứ hai (chiếm 6-10%) sau ung thư tuyến giáp thể nhú (chiếm 80-85%) trong tổng số bệnh nhân mắc ung thư tuyến giáp¹.

Ung thư tuyến giáp thể nang thường gặp ở nhóm tuổi lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch thấp hơn thể nhú và có thể biểu hiện là khối u giáp đơn độc, được phát hiện tình cờ qua siêu âm, đôi khi di căn xa là triệu chứng đầu tiên của bệnh (với tỷ lệ 10-15%). Thường di căn xa ở phổi, xương (xương ức, xương sọ, xương chậu). So với ung thư tuyến giáp thể nhú, ung thư tuyến giáp thể nang có khả năng tái phát cao hơn và tỷ lệ sống sót kém hơn.

Phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất điều trị ung thư tuyến giáp thể nang, phẫu thuật có thể gồm cắt thùy và eo, cắt toàn bộ tuyến giáp, kèm nạo vét hạch hoặc không.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhcongdo10@gmail.com

Điện thoại: (+84) 975 631 010



2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 . Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư tuyến giáp thể nang.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Có đủ thông tin kiểm tra, theo dõi sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại cơ sở khác trước đó.
- Bệnh ung thư tuyến giáp tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (kích thước u trên siêu âm, phân loại TIRADS, số lượng và vị trí hạch di căn, FNA trước mổ).
- Phương pháp phẫu thuật: Cắt 1 thùy (và eo), cắt toàn bộ tuyến giáp, nạo vét hạch cổ (1 bên, 2 bên, khoang trung tâm).
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (đánh giá giai đoạn bệnh).
- Các tai biến, biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật: tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, tổn thương tuyến cận giáp...

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh

Bảng 1: Phân loại theo phương pháp phẫu thuật và nạo vét hạch cổ

Các phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân	Tổng
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	10 (100%)	10 (19,2%)
	Có vét hạch	0 (0%)	
Cắt toàn bộ tuyến giáp	Không vét hạch	15 (35,7%)	42 (80,8%)
	Có vét hạch	27 (64,3%)	

Theo bảng 1: Số bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy + eo tuyến giáp lần lượt là 80,8% và 19,2%. Trong số cắt thùy và eo không có bệnh nhân nào vét

hạch cổ. Trong số bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp có 64,3% bệnh nhân được nạo vét hạch cổ.

Bảng 2: Phân loại nạo vét hạch cổ theo vị trí nạo vét hạch

Nạo vét hạch cổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Nạo vét hạch khoang trung tâm (TT)	12	44,4%
Nạo vét hạch khoang TT và bên	15	55,6%

Bảng 2 cho thấy có 27 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ. Tỷ lệ nạo vét hạch cổ trung tâm đơn thuần là 44,4%, tỷ lệ nạo vét hạch trung tâm kèm khoang bên là 55,6%.

Bảng 3: Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật theo phân loại AJCC 2017⁶

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
I	36	69,2
II	12	23,1
III	3	5,7
IV	1	2

Bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể nang giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 69,2%, 23,1%, 5,7%, 2%.

3.2. Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang

- Thời gian nằm viện sau mổ: Có 16 bệnh nhân nằm viện dưới 6 ngày (32%), 34 bệnh nhân nằm viện từ 6-10

ngày (65,4%) và 2 bệnh nhân nằm viện từ 11-15 ngày.

- Biến chứng sau mổ: Sau mổ có 5 bệnh nhân có biến chứng tổn thương dây thần kinh quặt ngược (9,6%) với biểu hiện khàn tiếng, có 8 bệnh nhân bị tổn thương tuyến cận giáp có tê bì, co rút chân tay (15,4%).

Bảng 4: Mối liên quan giữa biến chứng tổn thương dây thần kinh quặt ngược và các yếu tố

Đặc điểm		Tổn thương dây TK quặt ngược		P
		Có	Không	
Phẫu thuật	Cắt TBTG	4	38	0,813
	Cắt thùy + eo	1	9	
Nạo hạch	Có	3	24	0,705
	Không	2	23	

Bảng 4 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp phẫu thuật với biến chứng

tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản ($p>0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa biến chứng tổn thương tuyến cận giáp và các yếu tố

Đặc điểm		Tổn thương tuyến cận giáp		P
Phẫu thuật	Cắt TBTG	3	39	0,214
	Cắt thùy + eo	2	8	
Nạo hạch	Có	7	20	0,028
	Không	1	24	

Bảng 5 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật nạo hạch cổ và biến chứng tổn thương tuyến cận giáp ($p>0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến

giáp là 80,8% và cắt 1 thùy là 19,2%. Các trường hợp lựa chọn cắt 1 thùy khi kích thước u nhỏ dưới 1 cm, chưa có xâm lấn ra các cấu trúc lân cận và siêu âm không phát hiện hạch cổ bất thường. Việc lựa chọn cắt 1 thùy thường ít tai biến biến chứng hơn, bệnh nhân không phải dùng hormone bổ trợ sau phẫu thuật như bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp. Các trường hợp cắt

toàn bộ tuyến giáp khi thấy khối u có kích thước > 2 cm, có dấu hiệu xâm lấn phá vỡ vỏ, u ở hai thùy hoặc phát hiện hạch bất thường trên siêu âm hay khám lâm sàng và FNA. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cắt toàn bộ tương đương với của Nguyễn Thị Phương Anh với tỷ lệ cắt toàn bộ là 75%².

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nang thường thấp hơn khá nhiều so với ung thư tuyến giáp thể nhú, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nang chỉ từ 3-8%³. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ, tỷ lệ nạo vét hạch cổ ở nhóm toàn bộ tuyến giáp là 64,3%, ở nhóm bệnh nhân cắt 1 thùy và eo không có bệnh nhân nào phải nạo vét hạch cổ.

Đa số các bệnh nhân đều ở giai đoạn I chiếm tỷ lệ 69,2%, sau đó là ung thư ở giai đoạn II chiếm 23,1%. Có 1 bệnh nhân ở giai đoạn IV có di căn xa. Kết quả này gần tương tự với kết quả của tác giả Lê Văn Quảng với tỷ lệ giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 65,6%, 7,8%, 22,4%, 4,2%⁴. Tỷ lệ giai đoạn I trong nghiên cứu của chúng tôi giống của Lê Văn Quảng, nhưng tỷ lệ giai đoạn III trong nghiên cứu của Lê Văn Quảng cao hơn, vì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3 bệnh nhân có tổn thương ung thư xâm lấn dây thần kinh quặt ngược thanh quản (T4a). Khác biệt lớn nhất là trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân di căn xa (2%) thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Anh ở bệnh viện K là 18,8%². Điều này có thể lý giải là do Bệnh viện K là trung tâm Ung thư lớn và nhiều chuyên khoa. Có thể bệnh nhân đến khám vì một ung thư ở phổi hay xương trước nhưng vào viện mới phát hiện là tổn thương thứ phát di căn từ tuyến giáp đến. Còn chúng tôi ở Bệnh viện Nội tiết Trung ương chủ yếu bệnh nhân đi khám phát hiện tổn thương nguyên phát ở tuyến giáp trước.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ 6-10 ngày (65,4%) và có 32% bệnh nhân nằm viện dưới 6 ngày, trong số này chủ yếu là các bệnh nhân cắt thùy và eo tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp không có nạo vét hạch cổ. Có 2 bệnh nhân nằm viện từ 11-15 ngày, gồm có 1 bệnh nhân bị cơn tetani nên phải điều trị ổn định hết tê bì tay chân mới được ra viện và 1 bệnh nhân bị rò rỉ dịch chảy sau mổ nạo vét hạch được nhịn ăn và cho truyền tĩnh mạch nuôi dưỡng. Không có bệnh nhân nào nằm viện trên 15 ngày. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Thị Phương Anh với thời gian nằm viện chủ yếu từ 6-10 ngày (68,8%)².

Tổn thương dây thần kinh quặt ngược trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 5 bệnh nhân (9,6%). Biểu hiện của tổn thương dây thần kinh quặt ngược là triệu chứng khàn tiếng. Tổn thương dây thần kinh quặt ngược ở nhiều mức độ, nhưng chủ yếu là do khối u xâm lấn dây thần kinh quặt ngược, do tổn thương nhiệt khi cắt tuyến giáp nhất là chỗ đổ vào của dây thần kinh quặt ngược và dây chằng Berry, do phù nề do chảy máu hay do chấn thương cơ học khi dùng pince để biệt lập dây thần kinh quặt ngược khi cắt thùy tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp này tổn thương đứt hoàn toàn hay bán phần dây thần kinh quặt ngược. Do đó các trường hợp này đều là khàn tiếng tạm thời và hồi phục sau 3-6 tháng. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê Ngọc Phúc (8,1%)⁵. Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ khàn tiếng với các yếu tố như cắt toàn bộ hay cắt thùy tuyến giáp, nạo vét hạch cổ hay không nạo vét hạch. Nghiên cứu của Mai Thế Vương thì cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ làm tăng tỷ lệ khàn tiếng một cách có ý nghĩa thống kê⁶.

Tổn thương tuyến cận giáp có thể ở nhiều mức độ như chấn thương trực tiếp, mất mạch máu nuôi, tổn thương nhiệt hay tình cờ cắt bỏ tuyến cận giáp. Kết quả dẫn đến thiếu máu nuôi dưỡng tuyến cận giáp làm giảm tiết PTH hoặc mất hẳn tuyến cận giáp. Các tổn thương này có thể hồi phục và tình trạng hạ calci máu có thể thoáng qua hoặc có triệu chứng như cơn tê bì co rút chân tay, thường xảy ra sau mổ 24-48h. Tỷ lệ tổn thương tuyến cận giáp gây tê bì, co rút chân tay của chúng tôi là 15,4%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Nguyễn Thị Phương Anh (18,9%)² hay Lê Ngọc Phúc (17,7%)⁵. Về mối liên quan giữa tổn thương tuyến cận giáp và các yếu tố, nghiên cứu của chúng tôi thấy giữa chỉ định cắt toàn bộ hay cắt 1 thùy và eo không liên quan đến tỷ lệ tổn thương tuyến cận giáp. Nhưng ở nhóm nạo vét hạch cổ thì tỷ lệ tổn thương tuyến cận giáp tăng đáng kể so với nhóm không nạo vét hạch cổ ($p=0,028$). Nghiên cứu của Hossam và cộng sự (2015) cho thấy nạo vét hạch cổ trung tâm dự phòng điều trị ung thư tuyến giáp làm tăng tỷ lệ tổn thương tuyến cận giáp⁷.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang được cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt 1 thùy tuyến giáp lần lượt là 80,8% và 19,2%. Trong đó tỷ lệ nạo vét hạch cổ của mỗi nhóm lần lượt là 64,3% và 0%. Giai đoạn bệnh

của ung thư tuyến giáp thể nang trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là I, II, III, IV chiếm tỷ lệ 69,2%, 23,1%, 5,7%, 2%.

Tổn thương thần kinh thanh quản ngược và tuyến cận giáp là hai biến chứng sớm hay gặp nhất trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang. Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược và tuyến cận giáp trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 9,6% và 15,4%. Nạo vét hạch cổ làm tăng tỷ lệ tổn thương tuyến cận giáp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ricardo VL, Robert Y, Ousamura et al., WHO classification of tumorous of endocrine organs: IARC; 2017.
- [2] Nguyễn Thị Phương Anh, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang tại BV K. 2020. Đại học Y Hà Nội.
- [3] Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR et al., The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. Surgery. 2008; 144(6): 1070-1078.
- [4] Lê Văn Quảng, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ 1992-2000, Tạp chí Y học Việt Nam, 2000: 323-326.
- [5] Lê Ngọc Phúc, Nguyễn Xuân Hậu, Kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại Viện Y học phóng xạ và U Bướu quân đội, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022: 17-22.
- [6] Mai Thế Vương, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K, 2019, Đại học Y Hà Nội.
- [7] Hossam A, Hesham I, Ahmad F et al., Pattern and Distribution of lymph node metastases in papillary thyroid cancer. J Clin Exp Pathol. 2015. Vol5(2).



THE SITUATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES ASSESSED AT THE HANOI MEDICAL ASSESSMENT CENTER IN 2019

Nguyen Hong Hien¹, Dang Van Chau¹, Dang Duc Nhu^{2*},
Nguyen Thanh Chung³

¹Hanoi Medical Assessment Center - No 86 Tho Nhuom street, Tran Hung Dao ward, Hoan Kiem district, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy - National University, Hanoi - No 144 Xuan Thuy street, Dich Vong Hau ward, Cau Giay district, Hanoi, Vietnam

³National Institute of Hygiene and Epidemiology - No 1 Yersin street, Pham Dinh Ho ward, Hai Ba Trung district, Hanoi, Vietnam

Received 13/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the situation of people with disabilities assessed at the Hanoi Medical Assessment Center in 2019.

Methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study of 386 records of subjects who visited the Hanoi Medical Assessment Center from January 2015 to April 2019.

Results: The study showed that male subjects were 60.4% higher than female 39.6%. The young age group <6 years old (32.4%) and the working age group 18-59 (32.9%) accounted for a higher proportion than the youth group 6-18 (18.7%) and the elderly 60 years old (16.1%). Subjects with two or more disabilities accounted for the highest rate of 32.1%, followed by hearing, speech disabilities at 18.4%. Intellectual disability accounted for the lowest rate of 6.7%. In general, the rate of disability in men is higher than that of women. The rate of disability is very severe (9.3%), severe (79.0%) and mild (11.7%). People with disabilities in rural areas account for 66.6%, nearly twice as much as in urban areas. The time for examination and assessment is less than 2 weeks, accounting for the highest rate of 49%. The average time to examine one subject was 3.7 weeks. The assessment Committee could not conclude the level of disability, accounting for 89.9%.

Conclusion: The Ministry of Health should develop guidelines to identify the level of disability in order to reduce the rate of unidentified disability.

Keywords: Medical Assessment; Disability; Hanoi.

*Corresponding author

Email address: dangnhu258@yahoo.com

Phone number: (+84) 922 958 879

THỰC TRẠNG NGƯỜI KHUYẾT TẬT ĐẾN KHÁM GIÁM ĐỊNH TẠI TRUNG TÂM GIÁM ĐỊNH Y KHOA HÀ NỘI NĂM 2019

Nguyễn Hồng Hiền¹, Đặng Văn Châu¹, Đặng Đức Nhu^{2*},
Nguyễn Thành Chung³

¹Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội - Số 86 Thọ Nhuôm, phường Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam
²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Dịch Vọng Hậu, quận Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương - số 1 Yec Xanh, phường Phạm Đình Hồ, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 05 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng người khuyết tật đến khám giám định tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội năm 2019

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hỏi cứu 386 hồ sơ của các đối tượng đã đến khám giám định tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 4 năm 2019.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy đối tượng giới tính nam chiếm 60,4% cao hơn so với nữ giới 39,6%. Nhóm tuổi nhỏ <6 tuổi (32,4%) và tuổi lao động 18-59 tuổi (32,9%) tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm vị thành niên 6-18 tuổi (18,7%) và người già ≥ 60 tuổi (16,1%). Đối tượng bị từ hai khuyết tật trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 32,1%, sau đó là khuyết tật nghe nói 18,4%. Khuyết tật trí tuệ chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,7%. Nhìn chung tỷ lệ khuyết tật ở nam cao hơn nữ, riêng khuyết tật trí tuệ thì tỷ lệ ở nữ (3,6%) cao hơn ở nam (3,1%). Mức độ khuyết tật rất nặng chiếm 9,3%, nặng chiếm tỷ lệ cao vượt trội 79,0% và nhẹ chiếm 11,7%. Người khuyết tật ở nông thôn chiếm tỷ lệ 66,6%, gần gấp 2 lần ở thành thị. Thời gian khám giám định dưới 2 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 49%. Thời gian trung bình khám giám định 1 đối tượng mất 3,7 tuần. Hội đồng giám định không đưa ra được kết luận về mức độ khuyết tật chiếm 89,9%. Do vậy, nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ khuyết tật ở nam cao hơn nữ. Tỷ lệ khuyết tật phân bố cao ở độ tuổi lao động 18-60 và <6 tuổi. Tỷ lệ khuyết tật nặng chiếm tỷ lệ cao vượt trội so với mức rất nặng và nhẹ. Tỷ lệ ở vùng nông thôn cao gấp 2 lần ở thành thị.

Kết luận: Bộ Y tế sớm nghiên cứu xây dựng chi tiết hơn các văn bản pháp luật hướng dẫn xác định dạng tật và mức độ khuyết tật nhằm giảm tỷ lệ không xác định được mức độ khuyết tật.

Từ khóa: Khuyết tật; Giám định y khoa, Hà Nội.

*Tác giả liên hệ
Email: dangnhu258@yahoo.com
Điện thoại: (+84) 922 958 879



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật là tình trạng khiếm khuyết về tâm thần và/ hoặc thể chất, dẫn tới tình trạng suy giảm chức năng cơ thể, gây trở ngại trong thực hiện vai trò để tồn tại trong cộng đồng mà phải phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác. Hiện nay trên toàn cầu có khoảng 1 tỷ người trong tổng số 6,9 tỷ người (tương đương 14% dân số) có khiếm khuyết về thể chất, trí tuệ, cảm giác hoặc tâm thần ở các mức độ khác nhau. Trong đó, khoảng 470 triệu người khuyết tật trong độ tuổi lao động. Số liệu thống kê của Liên Hiệp Quốc cho biết tại các nước đang phát triển, 80% người khuyết tật sống dưới mức nghèo khổ và họ rất hạn chế tiếp cận các dịch vụ y tế, giáo dục và việc làm (1).

Ở Việt Nam, có khoảng 7 triệu người khuyết tật, chiếm 7,7% dân số, trong đó người khuyết tật nặng và đặc biệt nặng chiếm 28,9% tính đến tháng 6 năm 2015 (2). Những số liệu trên cho thấy tỷ lệ người khuyết tật chiếm khá cao. Sự khiếm khuyết các chức năng của cơ thể khiến họ khó khăn trong quá trình sinh hoạt và tham gia các hoạt động xã hội.

Chính phủ Việt Nam đã có nhiều cam kết hỗ trợ người khuyết tật. Hiến pháp năm 1992 và Hiến pháp sửa đổi bổ sung năm 2001 đảm bảo tất cả các quyền công dân, trong đó bao gồm sự hỗ trợ của Nhà nước cho người khuyết tật (3).

Tại Hà Nội, Thành phố có 98.792 người khuyết tật, chiếm 1,3% dân số, trong đó, nữ chiếm 47%. Số lượng người có nhu cầu khám xác định khuyết tật và mức độ khuyết tật tại Hội đồng Giám định y khoa Hà Nội tăng lên trong những năm gần đây. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả các đặc điểm người khuyết tật đến khám giám định tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ đối tượng đến khám giám định khuyết tật và mức độ khuyết tật theo quy định tại Thông tư liên tịch số 34/2012/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 28/12/2012 của Bộ Y tế - Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (4).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2015 đến tháng

4 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số 386 hồ sơ đến khám giám định tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 4 năm 2019.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ đối tượng nghiên cứu đáp ứng tiêu chí lựa chọn.

Tiêu chí lựa chọn: gồm hồ sơ đủ các thông tin theo mục tiêu nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

+ Đối tượng không đến khám đầy đủ theo quy trình khám giám định người khuyết tật.

+ Đối tượng vượt khả năng chuyên môn, chuyển viện Giám định Y khoa Trung ương.

2.6. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm nhóm biến số đặc điểm chung của đối tượng như: tuổi, giới tính, địa chỉ, người giám hộ và nhóm các thông tin về tình trạng khuyết tật và mức độ khuyết tật theo quy định hiện hành. Dạng khuyết tật gồm 6 dạng khuyết tật: vận động; nghe - nói; nhìn; thần kinh - tâm thần; trí tuệ; khuyết tật khác. Các trường hợp người khuyết tật bị từ 2 khuyết tật trong sáu dạng khuyết tật trên trở lên, thì xếp vào nhóm đa khuyết tật.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Bộ công cụ có cấu trúc được thiết kế sẵn để trích xuất các thông tin cần thiết cho nghiên cứu. Bộ công cụ gồm các thông tin cá nhân và các bảng trống thiết kế sẵn để tiến hành thu thập các số liệu cần thiết từ hồ sơ đủ tiêu chuẩn.

Quy trình thu thập số liệu:

Sau khi chuẩn hóa bộ công cụ nghiên cứu, nhóm nghiên cứu tổ chức hồi cứu số liệu qua hồ sơ lưu trữ trong khung thời gian nghiên cứu.

Sai số và cách khắc phục:

Trong quá trình thu thập, các thông tin sao chép có thể

không chính xác hoặc phi logic, thiếu do vậy nhóm nghiên cứu đã làm sạch số liệu bằng cách đổi chiều và bổ sung số liệu trước khi nhập và phân tích số liệu.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập và SPSS 20.0 để phân tích số liệu định lượng. Số liệu được mô tả bằng tần số và tỷ lệ và các phân tích nâng cao khác.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Lãnh đạo Trung tâm đồng ý cho thực hiện. Nghiên cứu không vi phạm các quy định về đạo đức trong y học. Nghiên cứu đảm bảo bí mật các thông

tin của bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu. Các kết quả chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội

Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội hiện nay được thành lập trên cơ sở hợp nhất Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội (cũ) với Trung tâm Giám định y khoa Hà Tây theo Quyết định số 1243/QĐ-UBND ngày 13/10/2008 của UBND thành phố Hà Nội.

3.2. Đặc điểm đối tượng khám giám định y khoa

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng người khuyết tật (n=386)

Nhóm tuổi (năm)	Giới tính				Tổng số	
	Nam		Nữ			
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 6	82	21,2	43	11,1	125	32,4
6 - <18	49	12,7	23	6,0	72	18,7
18 - <60	74	19,2	53	13,7	127	32,9
≥ 60	28	7,3	34	8,8	62	16,1
Tổng số	233	60,4	153	39,6	386	100,0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng giới tính nam chiếm 60,4% cao hơn so với nữ giới 39,6%. Nhóm tuổi nhỏ <6 tuổi (32,4%) và tuổi lao động 18-

<60 tuổi (32,9%) tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm vị thành niên 6-18 tuổi (18,7%) và người già ≥ 60 tuổi (16,1%).

Bảng 2. Lý do giới thiệu đến Hội đồng Giám định y khoa (n=386)

Lý do giới thiệu đến Hội đồng Giám định y khoa	n	Tỷ lệ %
Hội đồng xác định mức độ khuyết tật không đưa ra được kết luận về mức độ khuyết tật	347	89,9
Người khuyết tật hoặc đại diện hợp pháp của người khuyết tật không đồng ý với kết luận của Hội đồng xác định mức độ khuyết tật	39	10,1
Có bằng chứng xác thực về việc xác định mức độ khuyết tật của Hội đồng xác định mức độ khuyết tật không khách quan, không chính xác	0	0,0

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy có đến 89,9% Hội đồng xác định mức độ khuyết tật không đưa ra được kết luận về mức độ khuyết tật.



Bảng 3. Các dạng khuyết tật theo giới (n=386)

Dạng khuyết tật	Giới				Tổng số	
	Nam		Nữ			
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Vận động	28	7,3	15	3,9	43	11,1
Nghe, nói	41	10,6	30	7,8	71	18,4
Nhìn	24	6,2	19	4,9	43	11,1
Thần kinh, tâm thần	32	8,3	13	3,4	45	11,7
Trí tuệ	12	3,1	14	3,6	26	6,7
Khuyết tật khác	23	6,0	11	2,8	34	8,8
Đa khuyết tật	73	18,9	51	13,2	124	32,1
Tổng số	233	60,4	153	39,6	386	100,0

Nhận xét: Đối tượng bị từ hai khuyết tật trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 32,1%, sau đó là khuyết tật nghe nói chiếm 18,4%. Khuyết tật trí tuệ chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,7%. Nhìn chung tỷ lệ khuyết tật ở nam cao hơn nữ, riêng khuyết tật trí tuệ thì tỷ lệ ở nữ (3,6%) cao hơn ở nam (3,1%).

Bảng 4. Mức độ khuyết tật theo giới (n=386)

Mức độ khuyết tật	Giới				Tổng số	
	Nam		Nữ			
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đặc biệt nặng	16	4,1	20	5,2	36	9,3
Nặng	185	47,9	120	31,1	305	79,0
Nhẹ	32	8,3	13	3,4	45	11,7
Tổng số	233	60,4	153	39,6	386	100,0

Nhận xét: Mức độ khuyết tật rất nặng chiếm 9,3%, nặng chiếm tỷ lệ cao vượt trội 79,0% và nhẹ chiếm 11,7%.

Bảng 5. Phân bố người khuyết tật, mức độ khuyết tật theo nơi cư trú (n=386)

Mức độ khuyết tật	Nơi cư trú			
	Thành thị		Nông thôn	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đặc biệt nặng	7	1,8	29	7,5
Nặng	109	28,2	196	50,8
Nhẹ	13	3,4	32	8,3
Tổng số	129	33,4	257	66,6

Nhận xét: Người khuyết tật ở nông thôn chiếm tỷ lệ 66.6%, gần gấp 2 lần ở thành thị.

Bảng 6. Thời gian khám giám định (n=386)

Tuần	n	Tỷ lệ %
Trung bình	3,7 tuần	
< 2	188	48,7
2 - 4	87	22,5
4 - 6	41	10,6
6 - 8	27	7,0
8 - 10	23	6,0
≥ 10	20	5,2

Nhận xét: Thời gian khám giám định dưới 2 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 49%. Thời gian trung bình khám giám định 1 đối tượng mất 3,7 tuần.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nổi bật của nghiên cứu này là tỷ lệ khuyết tật ở nam giới cao hơn nữ giới, ở vùng nông thôn cao hơn vùng thành thị và mức độ nặng của khuyết tật chiếm tỷ lệ cao. Ngoài ra, các lý do mà Hội đồng giám định chưa đưa ra được mức độ nặng vẫn còn chiếm một tỷ lệ cao.

Nam giới có tỷ lệ khuyết tật cao hơn nữ giới trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng giới tính nam chiếm 60,4% cao hơn so với nữ giới 39,6%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy nữ giới là đối tượng có tỷ lệ khuyết tật cao hơn nam (5, 6). Điều này có thể do nghiên cứu này chọn mẫu không xác suất và Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội mặc dù là một trung tâm ở thành phố lớn nhưng có thể đối tượng có nhiều lựa chọn khám giám định ở các trung tâm trung ương.

Về nhóm tuổi nhỏ <6 tuổi chiếm tỷ lệ cao 32,4% hơn các nhóm khác trong nghiên cứu này khá phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi đối tượng này còn nhỏ tuổi và rất khó giám sát định các khuyết tật do chưa phát triển hoàn chỉnh về tâm sinh lý và thể chất (6, 7).

Đối tượng bị từ hai khuyết tật trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 32,1%, sau đó là khuyết tật nghe nói chiếm 18,4%. Khuyết tật trí tuệ chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,7%. Người khuyết tật ở nông thôn chiếm tỷ lệ 66,6%, gần gấp 2 lần ở thành thị. Các kết quả này phù hợp với các nghiên

cứ trên thế giới khi quan sát thấy rằng tỷ lệ khuyết tật ở các nước đang phát triển cao hơn ở các nước phát triển, vùng nông thôn có tỷ lệ cao hơn vùng thành thị. Ngoài ra, trong các loại khuyết tật thì khuyết tật trí tuệ nói chung có tỷ lệ từ 1-3%, như vậy nghiên cứu này ở Hà Nội có tỷ lệ cao hơn nhiều so với mặt bằng chung trên thế giới (8).

Thời gian cần để hội đồng khám giám định khuyết tật tại Trung tâm Giám định y khoa Hà Nội là 3,7 tuần. Trong khi hầu hết chỉ cần 2 tuần để hoàn thành một quy trình khám giám định. Một khó khăn nữa của hội đồng giám định y khoa là thiếu các hướng dẫn cụ thể hơn nữa nhằm xác định mức độ nặng của khuyết tật.

Nghiên cứu này được tiến hành trong thời gian hơn 4 năm ở một Trung tâm Giám định y khoa của thành phố Hà Nội cũng có thể cho thấy một thực trạng cơ bản về đặc điểm người khuyết tật và các khó khăn trong quá trình giám sát định. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng hạn chế về phương pháp nghiên cứu khi không lấy mẫu xác suất và thu thập số liệu hồi cứu qua hồ sơ sẵn có.

5. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt giữa tỷ lệ khuyết tật, nam cao hơn nữ, nông thôn cao hơn thành thị ở trong nghiên cứu này. Ngoài ra, khó khăn trong xác định mức độ khuyết tật của Trung tâm Giám định Hà Nội là chưa có hướng dẫn cụ thể, chi tiết hơn từ các cơ quan quản lý cấp trên. Do vậy, cần có những hướng dẫn chuyên môn sâu và chi tiết để công tác giám định khuyết tật được thực hiện tốt hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Xuân Hoàng, Thực trạng và giải pháp giải quyết việc làm và tăng thu nhập cho lao động nông thôn xã Đồng Trạch-huyện Bố Trạch-tỉnh Quảng Bình. 2018.
- [2] Lê Thị Thủy, Công tác xã hội nhóm trong việc hỗ trợ người khuyết tật vận động tìm việc làm tại phường Cẩm Trung, thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh: Luận văn ThS. Khác: 6090 2018.
- [3] UNFPA, Báo cáo về “Người khuyết tật ở Việt Nam, một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009”. 2011.
- [4] BHYT-BLĐTBXH, Thông tư liên tịch số 34/2012/TTLT-BYT-BLĐTBXH của Bộ Y tế, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội: Quy định chi tiết về việc xác định mức độ khuyết tật do Hội đồng Giám định y khoa thực hiện. 2012 17.03.2023. Report No.
- [5] Leveille SG, Resnick HE, Balfour J, Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2000;12:106-12.
- [6] Van Wijngaarden-Cremers PJ, van Eeten E, Groen WB et al., Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44:627-35.
- [7] Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al., Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(2):419-36.
- [8] Harris JC, *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*: Oxford University Press; 2006.

THE SITUATION OF COMPLIANCE TO TREATMENT OF OUTPATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION, IN 2022

Tran Thi Ly^{1*}, Le Van Nhan², Cao Sy Trung³, Tran Quoc Thang⁴, Dao Van Dung⁴

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Vinh Phu, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Van Hien University - 613 Au Co, Phu Trung, Tan Phu, HCMC, Vietnam

³National Institute of Hematology and Blood Transfusion - Pham Van Bach, Yen Hoa, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

⁴Institute of Community Health - 24 Lieu Giai, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 14/02/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 27/04/2023

ABSTRACT

Background: Chronic myeloid leukemia (CML) is a group of hematological diseases with many complications and a high risk of death. Adherence to treatment helps improve the effectiveness of treatment and quality of life for patients.

Objective: Describe the situation of compliance to treatment of patients with chronic myeloid leukemia at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT), in 2022

Methods: Cross-sectional study, quantitative research.

Results: The study collected quantitative information from 170 patients with chronic myeloid leukemia at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) through questionnaires. The research results show that the rate of patients with chronic myeloid leukemia who adhered to treatment was: 71,8% had adherence and 28,2% had not adherence. 98.8% of patients comply with regular check-ups.

Keywords: Adherence/accompliance to treatment, patients with chronic myeloid leukemia.

*Corresponding author

Email address: ly13021984@gmail.com

Phone number: (+84) 947 793 568



THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH LƠ XÊ MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG, NĂM 2022

Trần Thị Lý^{1*}, Lê Văn Nhân², Cao Sỹ Trung³, Trần Quốc Thắng⁴, Đào Văn Dũng⁴

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Vĩnh Phú, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Văn Hiến - 613 Âu Cơ, phường Phú Trung, quận Tân Phú, TP.HCM, Việt Nam

³Viện Huyết học Truyền máu Trung ương - P. Phạm Văn Bạch, Yên Hoà, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

⁴Viện Sức khỏe cộng đồng - 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14 tháng 02 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lơ xê mi là nhóm bệnh rất ác tính trong số các bệnh lý huyết học với nhiều biến chứng và nguy cơ tử vong cao. Tuân thủ điều trị giúp nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML) điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương, năm 2022.

Phương pháp: Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng

Kết quả: Nghiên cứu thu thập thông tin định lượng từ 170 người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh và Điều trị ngoại trú, Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương thông qua phiếu phỏng vấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 98,8% người bệnh tuân thủ tái khám định kỳ, 71,8% người bệnh tuân thủ điều trị và 28,2% người bệnh chưa tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (Chronic Myeloid Leukemia - CML) là bệnh ác tính hệ tạo máu, đặc trưng bởi sự tăng sinh quá mức dòng bạch cầu hạt đã biệt hoá [2], hậu quả là số lượng bạch cầu hạt tăng cao ở máu ngoại vi với đủ các lứa tuổi dòng bạch cầu hạt. Trong quá trình bệnh lý, các bệnh trong hội chứng tăng sinh tủy có mối liên quan rất chặt chẽ với nhau, có sự chuyển

đổi qua lại và đều có thể kết thúc bằng một lơ-xê-mi cấp [1], [3]. CML chiếm khoảng 15% tổng số lơ xê mi ở người trưởng thành. CML có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, mặc dù nó không phổ biến trước 10 tuổi, và tuổi trung bình ở thời điểm chẩn đoán là 45-55. CML có thể xảy ra ở cả hai giới.

Hiện nay, tại Việt Nam có hai phương pháp điều trị CML tiên tiến nhất được lựa chọn, gồm điều trị nhắm đích và ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài. Điều trị

*Tác giả liên hệ

Email: ly13021984@gmail.com

Điện thoại: (+84) 947 793 568

nhằm đích có thể coi là một cuộc cách mạng trong điều trị CML, thuốc nhắm đích sẽ tấn công trực tiếp và sửa chữa các đột biến di truyền nhiễm sắc thể gây bệnh, giúp người bệnh không phải truyền hóa chất và có cuộc sống gần như người bình thường [24]. Việc tuân thủ liệu điều trị đã trở thành vấn đề rất quan trọng để đạt hiệu quả tối đa trong kết quả điều trị lâu dài.

Trong công tác khám chữa bệnh hàng ngày các thầy thuốc thường ít chú trọng đến việc giáo dục bệnh nhân mà thường chú trọng đến việc kê đơn và kết quả điều trị. Trong thực tế lâm sàng, hiệu quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào bệnh nhân có nhận thức, thực hành và hợp tác điều trị hay không. Nếu bệnh nhân không tuân thủ việc điều trị của bác sĩ và tự chăm sóc cho bản thân sẽ góp phần làm gia tăng xuất hiện các biến chứng, làm gia tăng chi phí điều trị và tỉ lệ tử vong cao.

Viện Huyết học - Truyền máu TW đang quản lý và điều trị trên 800 bệnh nhân bệnh lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML), mỗi năm có thêm khoảng từ 60 – 80 bệnh nhân mới. Đây là một bệnh ác tính hệ tạo máu, chiếm 5% tổng số các bệnh tạo máu, 20-25% các bệnh máu ác tính. Tiến trình tự nhiên của lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt bao gồm 3 giai đoạn: (1) Giai đoạn mạn tính; (2) giai đoạn tăng tốc; (3) giai đoạn chuyển lơ-xê-mi cấp [4].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh CML, tuy nhiên tại Việt Nam chủ đề nghiên cứu này còn rất hạn chế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu **“Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML) điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học -Truyền máu Trung ương, năm 2022”** với mục tiêu như sau:

1. Mô tả đặc điểm của người bệnh CML điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học -Truyền máu Trung ương, năm 2022.

2. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh CML điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học -Truyền máu Trung ương, năm 2022

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh và điều trị ngoại trú, Viện Huyết học truyền máu Trung ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh mắc bệnh CML, được quản lý ngoại trú.
- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Có HSBA quản lý người bệnh CML tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354.
 - + Đã điều trị CML tại khoa từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022.
 - + Có khả năng trả lời phỏng vấn.
 - + Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có vấn đề về rối loạn tâm lý.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng

2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96 với $\alpha=0,05$.

p: Tỷ lệ ước lượng tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh CML, do chưa tìm được nghiên cứu tương ứng đã công bố tại Việt Nam ($p = 0,5$)

d: Là sai số mong muốn hoặc sai số cho phép ($d=0,15*p$).

- Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu: 170 người bệnh

- Cách chọn mẫu: Chọn thuận tiện người bệnh CML đến khám và điều trị tại khoa từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022 đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu (lấy đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu).

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Cách thức thu thập số liệu: Phát vấn (NB tự đọc và trả lời câu hỏi, có sự hỗ trợ của điều tra viên).

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn NB gồm 38 với 4 nhóm thông tin

+ Phần 1: Thông tin chung về NB (13 câu).

+ Phần 2: Thông tin về tuân thủ điều trị thuốc (9 câu).

+ Phần 3: Thông tin về tuân thủ chế độ ăn uống, tập luyện (11 câu).

+ Phần 4: Thông tin liên quan đến kiến thức về bệnh (5 câu).



2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả đặc điểm người bệnh và thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh.

2.8. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

❖ *Đo lường mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh*

- Thang đo mức độ tuân thủ điều trị thuốc gồm 09 câu, được tính như sau:

+ Đối với 08 câu hỏi “có/không”: Trả lời “Không” được 1 điểm, trả lời “Có” được 0 điểm.

+ Đối với 01 câu hỏi theo thang đo likert điểm từ 1 điểm đến 5 điểm: (1 điểm-Không bao giờ; 2 điểm-Hiếm khi; 3 điểm-Thỉnh thoảng; 4 điểm-Thường xuyên; 5 điểm-luôn luôn).

- Tổng số điểm: Tối thiểu là 1 điểm và tối đa là 13 điểm.

- Mức độ tuân thủ điều trị thuốc của NB được mã hóa thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1-Có tuân thủ: 11-13 điểm

+ Nhóm 2-Không tuân thủ: < 11 điểm

❖ *Đo lường mức độ tuân thủ chế độ ăn uống và luyện tập của người bệnh*

- Thang đo mức độ tuân thủ chế độ ăn uống và luyện tập gồm 11 câu, mỗi câu được áp dụng với thang điểm từ 1 điểm đến 3 điểm: (1 điểm-Không bao giờ; 2 điểm-

Thỉnh thoảng; 3 điểm-Thường xuyên).

- Tổng số điểm: Tối thiểu là 11 điểm và tối đa là 33 điểm.

- Mức độ tuân thủ chế độ ăn và luyện tập của NB được mã hóa thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1-Có tuân thủ: 16-33 điểm

+ Nhóm 2-Không tuân thủ: < 16 điểm

❖ *Đo lường mức độ tuân thủ điều trị nói chung của NB*

- Tuân thủ điều trị là: Tuân thủ điều trị thuốc, tuân thủ chế độ ăn uống và luyện tập.

- Thang đo mức độ tuân thủ điều trị chung của NB bao gồm thang đo mức độ tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ chế độ ăn uống, luyện tập. Theo đó, mức độ tuân thủ chung của người bệnh được mã hóa thành 2 nhóm như sau:

+ Nhóm 1-Có tuân thủ: 27-46 điểm

+ Nhóm 2-Không tuân thủ: < 27 điểm

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Người bệnh được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu.

- Mọi thông tin về người bệnh được bảo mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của người bệnh CML điều trị ngoại trú

Bảng 3.1. Thông tin chung về người bệnh CML (n=170)

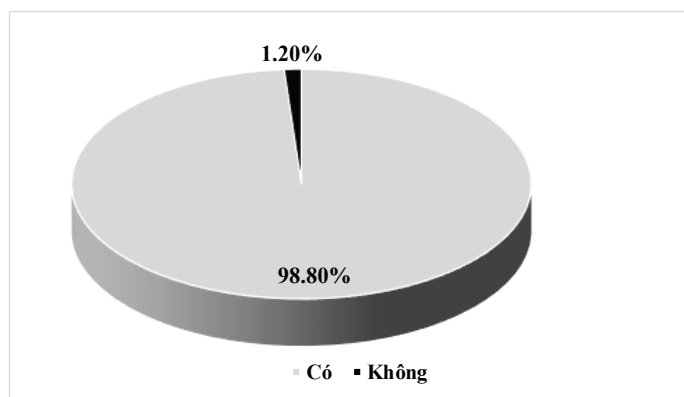
Thông tin chung	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính:		
Nam	91	53,5
Nữ	79	46,5
Nhóm tuổi:		
<60	131	77,1
≥ 60	39	22,9
Trình độ học vấn:		
Cấp 1	10	5,9

Thông tin chung	Số lượng	Tỷ lệ %
Cấp 2	64	37,6
Cấp 3	54	31,8
Trung cấp/cao đẳng/đại học	42	24,7
Nghề nghiệp:		
Cán bộ, viên chức	13	7,6
Công nhân, nông dân, nghỉ hưu, lao động tự do	127	92,4
Hiện tại sống với ai:		
Sống cùng người thân	161	94,7
Sống 1 mình	9	5,3
Thu nhập/tháng (triệu đồng):		
≤ 5 triệu	123	72,4
1-10 triệu	47	27,6
Bảo hiểm y tế:		
Có	169	99,4
Không	1	0,6
Tổng	170	100

Nhận xét:

53,5% người bệnh là nam giới, nhóm tuổi dưới 60 chiếm 77,1%. Người bệnh có trình độ cao đẳng/trung cấp/đại học là 24,7%. Đa số người bệnh là công nhân, nông dân, hưu trí, lao động tự do (92,4%). Chủ yếu người

bệnh sống cùng người thân (94,7%). Nhóm người bệnh có thu nhập/tháng ≤ 5 triệu chiếm 72,4%. Chỉ số 01 người bệnh không có thẻ BHYT.

3.2. Tình trạng tuân thủ điều trị của người bệnh CML điều trị ngoại trú**Biểu đồ 3.1. Kết quả tuân thủ tái khám định kỳ của NB****Nhận xét:**

98,8% người bệnh CML đều tuân thủ điều trị tái khám theo quy định. Chỉ có 1,2% người bệnh chưa tuân thủ tái khám do nhà xa.

Bảng 3.2. Mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh CML (n=170)

Tuân thủ chế độ dùng thuốc		Tần số	Tỉ lệ (%)
Quên uống thuốc	Có	40	23.5
	Không	130	76.5
Trong 2 tuần qua có quên thuốc ngày nào không	Có	36	21.2
	Không	134	78.8
Tự ý dừng thuốc khi cảm thấy khó chịu sau khi uống thuốc	Có	11	6.5
	Không	159	93.5
Quên mang theo thuốc khi đi du lịch hoặc vắng nhà	Có	23	13.5
	Không	147	86.5
Có loại thuốc nào không dùng ngày hôm qua không	Có	110	64.7
	Không	60	35.9
Có nhắc nhở đặc biệt hoặc ghi chú về việc uống thuốc	Có	109	64.1
	Không	61	35.9
Tự dừng thuốc khi cảm thấy các triệu chứng tốt lên	Có	10	5.9
	Không	160	94.1
Cảm thấy việc dùng thuốc hàng ngày bất tiện/phiền toái	Có	8	4.7
	Không	162	95.3
Gặp khó khăn trong việc phải nhớ uống thuốc hàng ngày	Thường xuyên	4	2.4
	Thỉnh thoảng	28	16.5
	Hiếm khi	19	11.2
	Không bao giờ	119	70.0
Điểm trung bình tuân thủ điều trị thuốc		15.46 ± 3.68	

Nhận xét: Nhìn chung người bệnh tuân thủ và ít gặp uống thuốc và không có nhắc nhở đặc biệt khi uống thuốc vẫn chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 23.5% và 35,9%.

Bảng 3.3. Mức độ tuân thủ chế độ ăn uống của người bệnh CML (n=170)

Tuân thủ chế độ ăn uống		Tần số	Tỉ lệ (%)	Điểm trung bình
Chế độ ăn ít muối dưới 5gr/ngày (muỗng cà phê)	Thường xuyên	87	51.2	1.62 ± 0.706
	Thỉnh thoảng	61	35.9	
	Không bao giờ	22	12.9	
Chế độ ăn uống ít chất béo và mỡ động vật	Thường xuyên	87	51.2	1.61 ± 0.691
	Thỉnh thoảng	63	37.1	
	Không bao giờ	20	11.7	
Ăn tăng chất xơ và các loại rau tươi	Thường xuyên	149	87.6	1.14 ± 0.398
	Thỉnh thoảng	18	10.6	
	Không bao giờ	3	1.8	
Ăn tăng lượng trái cây tươi	Thường xuyên	131	77	1.25 ± 0.487
	Thỉnh thoảng	35	20.6	
	Không bao giờ	4	2.4	
Sử dụng rượu, bia và các chất kích thích	Thường xuyên	4	2.3	1.26 ± 0.493
	Thỉnh thoảng	37	21.8	
	Không bao giờ	129	75.9	
Điểm trung bình tuân thủ chế độ ăn uống: 6.88 ± 2.14				

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn uống trong đôi tốt tuy nhiên vẫn còn số lượng lớn bệnh nhân thỉnh thoảng còn ăn nhiều muối 5.9% và thỉnh thoảng dùng chất béo, mỡ động vật 37.1%.

Bảng 3.4. Mức độ tuân thủ chế độ hoạt động thể lực của người bệnh CML

Tuân thủ chế độ hoạt động thể lực		Tần số	Tỉ lệ (%)	Điểm trung bình
Tập thể dục hàng ngày	Thường xuyên	84	49.4	1.61 ± 0.672
	Thỉnh thoảng	68	40.0	
	Không bao giờ	18	10.6	
Tập thể dục 30 phút mỗi lần	Thường xuyên	73	42.9	1.24 ± 0.75
	Thỉnh thoảng	65	38.2	
	Không bao giờ	32	18.8	
Điểm trung bình tuân thủ chế độ hoạt động thể lực: 2.85±1.422				

Nhận xét: Mức độ tuân thủ chế độ luyện tập, vận động thể lực của NB chưa cao, trên 40% người bệnh thường xuyên luyện tập, trên 30% NB thỉnh thoảng luyện tập, vẫn còn trên 10% NB không bao giờ luyện tập.

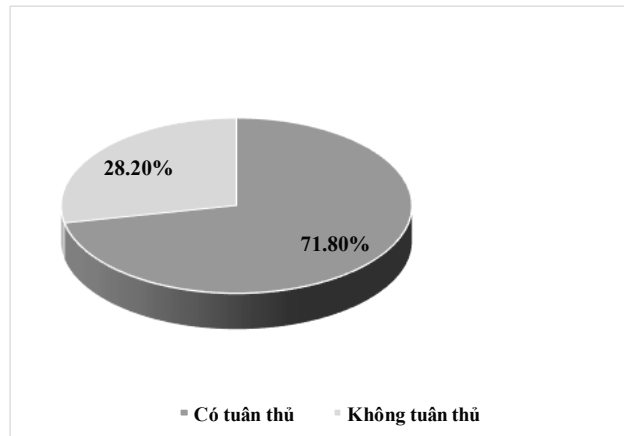


Bảng 3.5. Mức độ tuân thủ thay đổi lối sống của người bệnh CML

Tuân thủ thay đổi lối sống		Tần số	Tỉ lệ (%)	Điểm trung bình
Hạn chế hút thuốc lá	Thường xuyên	134	78.8	1.26±0.55
	Thỉnh thoảng	27	15.9	
	Không bao giờ	9	5.3	
Hạn chế sử dụng rượu bia và các chất kích thích	Thường xuyên	129	75.9	1.26±0.493
	Thỉnh thoảng	37	21.8	
	Không bao giờ	4	2.4	
Áp dụng các phương pháp để giảm căng thẳng	Thường xuyên	70	41.2	1.82±0.78
	Thỉnh thoảng	61	35.9	
	Không bao giờ	39	22.9	
Kiểm chế được bản thân khi phải đối mặt với bất kỳ sự cố nào	Thường xuyên	81	47.6	1.75 ± 0.815
	Thỉnh thoảng	50	29.4	
	Không bao giờ	39	22.9	
Điểm trung bình tuân thủ thay đổi lối sống: 6.09 ± 2.63				

Nhận xét: Trên 70% NB hạn chế sử dụng thuốc lá, Trên 40% NB áp dụng các biện pháp giảm căng thẳng rượu bia và chất kích thích ở mức độ thường xuyên. và kiểm soát bản thân ở mức độ thường xuyên.

Biểu đồ 3.2. Mức độ tuân thủ điều trị chung của người bệnh CML



Nhận xét: 71,8% NB tuân thủ điều trị, 28,2% NB không tuân thủ điều trị.

4. BÀN LUẬN

Trong 170 NB đủ tiêu chuẩn được chọn vào nhóm nghiên cứu có 53,5% NB là nam giới. Nhóm tuổi dưới

60 chiếm 77,1%. Trình độ học vấn của NB có sự khác biệt, 75,3% NB có trình độ từ cấp 3 trở xuống Đây là một yếu tố đòi hỏi nhân viên y tế trong quá trình giải thích về bệnh, phương pháp điều trị và chăm sóc người bệnh cần kiên nhẫn, sử dụng ngôn từ dễ hiểu và có thái độ nhẹ nhàng. Đặc biệt cần phải giải thích rõ tình trạng bệnh, cách sử dụng thuốc và thay đổi lối sống cần thiết cho cả người bệnh và gia đình giúp cho việc tuân thủ điều trị

tốt hơn. 72,4% NB cso mức thu nhập trung bình dưới 5 triệu/tháng, đây cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình tuân thủ điều trị của NB. Tuy nhiên, hầu hết NB có thẻ BHYT và sống cùng người thân, điều này giúp giảm gánh nặng về kinh tế cho NB khi tham gia vào điều trị bệnh trong thời gian dài, đồng thời có người hỗ trợ, nhắc nhở họ tuân thủ điều trị tốt hơn.

Nhìn chung, mức độ tuân thủ điều trị của NB khá tốt (71,8%), tỷ lệ NB tái khám đúng hẹn (98,8%). Nguyên nhân NB chưa tuân thủ điều trị bao gồm: (1) nhà xa cơ sở khám, chữa bệnh; (2) Quên thuốc khi đi du lịch/vắng nhà/bận công việc/suy giảm trí nhớ ở người bệnh cao tuổi/uống nhiều loại thuốc do bệnh đồng mắc; (3) Tự ý ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu sau khi uống thuốc hoặc cảm nhận các triệu chứng tốt lên; (4) Một số trường hợp tự điều chỉnh liều tăng lên dẫn tới thiếu thuốc uống trước khi đến hẹn khám; (5) Thời gian điều trị dài, lâu dẫn đến sự chủ quan bỏ thuốc 1,2 ngày cũng không sao; (6) Một số trường hợp cần hạn chế vận động hoặc chống chỉ định hoạt động thể lực, đặc biệt trên đối tượng người già có các bệnh lý mạn tính đi kèm như tim mạch, thận, do vậy nhân viên y tế cần có những can thiệp, tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp cho từng đối tượng người bệnh.

5. KẾT LUẬN

53,5% người bệnh là nam giới, nhóm tuổi dưới 60 chiếm 77,1%. Người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở xuống chiếm 75,3%. Tỷ lệ người bệnh sống cùng với người thân là 94,7% và 99,4% người bệnh có thẻ BHYT.

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ tái khám đạt 98,8%, tuân thủ điều trị chung là 71,8%. Nguyên nhân người bệnh chưa

tuân thủ điều trị chủ yếu là do quên thuốc.

6. KIẾN NGHỊ

Cần xây dựng chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe toàn diện cho bệnh nhân lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt, đồng thời tích cực truyền thông, vận động sự hỗ trợ xã hội giúp người bệnh tuân thủ điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Ngọc Dũng, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xét nghiệm phân loại và kết quả điều trị tấn công Loxêmi cấp chuyển từ Loxêmi kinh dòng hạt. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội”, 2015.
- [2] Huy Hoàng Quốc và các cộng sự, “Nghiên cứu ứng dụng tin sinh học xác định biến dị di truyền trên bệnh nhân bệnh bạch cầu dòng tủy mạn tính”, 2017.
- [3] Chu Hoàng Hưng và các cộng sự, “Đặc điểm huyết học của bệnh lơ-xê-mi kinh dòng hạt tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên”, TNU Journal of Science and Technology. 227(14), tr. 214-219, 2022.
- [4] Viện Huyết học truyền máu TW, “tài liệu tư vấn về bệnh Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt”, 2020.
- [5] Alan Rodrigues Andrade và các cộng sự, “Analysis of imatinib adherence in chronic myeloid leukemia: a retrospective study in a referral hospital in the Brazilian Amazon”, Hematology, transfusion and cell therapy. 41, tr. 106-113, 2019.

