

ISSN 2354-0613

TẠP CHÍ

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

Vol. 64, Special Issue 12, 2023

SỐ CHUYÊN ĐỀ

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH



Vol. 64, Special Issue 12, 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

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

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

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 - Dai Nam 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: November 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 Eptosid 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.

CONTENTS

1. **Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023** 1
Nutrition status and quality of life among students of Vinh Medical University in 2023
Bùi Thị Thanh Hoa, Lê Thị Trang, Trần Thị Kiều Anh
2. **Sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An** 10
Use of antibiotics in the treatment of bacteremia at the department of general infectious diseases - Nghe An General Friendship Hospital
Đặng Thị Soa, Vũ Thị Thủy, Nguyễn Thị Hồng Hạnh
3. **ĐỐI CHIẾU BẢNG ĐIỂM GERDQ VỚI HÌNH ẢNH NỘI SOI TRONG BỆNH LÝ GERD TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH** 18
Comparing GERDQ questionnaire with endoscopic images in gastroesophageal reflux disease at Vinh Medical University Hospital
Hoàng Thị Cúc, Nguyễn Văn Tuấn
4. **Thực trạng chất lượng giấc ngủ của sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023** 25
The situation of sleep quality in medical students of Vinh Medical University in 2023
Lê Thị Trang, Bùi Thị Thanh Hoa
5. **Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân ung thư dạ dày đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2023** 33
Nutritional status and portion of patients with gastric cancer at Nghe An Oncology Hospital in 2023
Phan Thị Diệu Ngọc, Ngô Trí Hiệp, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Vũ Thị Thu Thủy
6. **Thực trạng kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được trong mẫu nước tiểu của bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023** 41
Current status of antibiotic resistance of bacteria isolated in urine samples of patients with urinary tract infections at Nghe An general Friendship Hospital in 2023
Trần Thị Phúc, Phan Thị Lựa
7. **Sự thay đổi một số chỉ số sinh lý - hóa sinh trước và sau chạy thận nhân tạo ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh** 49
Changes in some physiological - biochemical indicators before and after hemodialysis in patients with end-stage renal disease at Vinh Medical University Hospital
Trần Thị Thùy Dương
8. **Nghiên cứu mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại thành phố Vinh năm 2023** 56
Research on the relationship between malnutrition and pneumonia in children under 5 years old in Vinh city in 2023
Bùi Kim Thuận, Trần Thị Yến, Nguyễn Doãn Phong, Nguyễn Ngọc Thành Long, Bùi Kim Khánh Trình
9. **Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh sán lá gan lớn tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An năm 2023** 64
Epidemiological, clinical, subclinical characteristics of patients with fascioliasis at CDC Nghe An in 2023
Ngô Trí Hiệp, Lê Quang Thọ, Trần Ngọc Bình, Nguyễn Văn Tuấn, Ngô Đức Kỳ
10. **Một số yếu tố liên quan đến bệnh sán lá gan lớn của người bệnh khám, chữa bệnh tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An năm 2023** 73
Some factors related to fascioliasis in patients examined and treated at Nghe An Center for Disease Control in 2023
Ngô Trí Hiệp, Lê Quang Thọ, Trần Ngọc Bình, Ngô Đức Kỳ

11. Thực trạng chất lượng nước mặt và một số yếu tố liên quan tại thành phố Vinh và vùng lân cận, tỉnh Nghệ An năm 2022	81
Current status of surface water quality and some related factors in Vinh city and surrounding areas, Nghe An province in 2022	
<i>Trần Ngọc Bình, Nguyễn Văn Tuấn, Ngô Trí Hiệp</i>	
12. Thực trạng tiêm chủng vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô lương, tỉnh Nghệ an năm 2023	91
The current status of immunisation some vaccines in pregnant women in Do Luong district, Nghe An province in 2023	
<i>Lê Thị Thanh Tâm, Ngô Trí Hiệp, Nguyễn Thị Nga, Phan Thanh Đồng, Lê Thị Trang</i>	
13. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng tiêm chủng vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An năm 2023	98
Some factors related to the current status of vaccination among pregnant women in Do Luong district, Nghe An province in 2023	
<i>Ngô Trí Hiệp, Lê Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thị Nga</i>	
14. Thực trạng tiêm vắc xin Covid-19 cho trẻ em từ 5 đến dưới 12 tuổi tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2022	105
Current status of Covid-19 vaccination for children from 5 to under 12 years old in Vinh city, Nghe An province in 2022	
<i>Dương Thanh Quang, Nguyễn Trọng Di, Ngô Trí Hiệp, Trần Tất Thắng</i>	
15. Thực trạng bệnh răng miệng ở học sinh trường tiểu học huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2022 - 2023	113
Current status of dental disease among pupils at primary school of Nghia Dan district, Nghe An province, 2022 - 2023	
<i>Vì Thị Hương Thảo, Cao Trường Sinh, Nguyễn Ngọc Hòa</i>	
16. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh, năm 2022-2023	120
The status and some related factors of neonatal sepsis in some hospitals in Vinh city, in 2022-2023	
<i>Tăng Xuân Hải, Trần Thị Kiều Anh, Đậu Khắc Dũng, Đậu Thị Tuyết</i>	
17. Kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh đậu mùa khỉ và một số yếu tố liên quan của hành khách Việt Nam nhập cảnh tại Cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị năm 2023	130
Knowledge and attitudes about monkeypox prevention and control and some related factors of Vietnamese passengers entering the country at Lao Bao international border Gate, Quang Tri in 2023	
<i>Nguyễn Văn Hải, Bùi Đình Long, Nguyễn Văn Tuấn</i>	
18. Thực trạng chỉ số nhãn áp và một số yếu tố liên quan ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2023	139
Current status of intraocular pressure index and some related factors in people over 40 years old in Nghia Dan district, Nghe An province in 2023	
<i>Nguyễn Hữu Lê, Lương Văn Thế, Nguyễn Cảnh Phú</i>	
19. Thực trạng tiêm vacxin viêm gan B trong 24 giờ đầu tại Khoa sản Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An	147
Current status of hepatitis B vaccination in the 24 hours at the Obstetrics Department of Nghe An Obstertrics and Pediatrics Hospital	
<i>Trần Thị Kiều Anh, Bùi Thị Thanh Hoa</i>	
20. Khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục dược lâm sàng của các dược sĩ tại Nghệ An năm 2023	154
Survey of continous clinical pharmacy training needs of pharmacists in Nghe An in 2023	
<i>Nguyễn Thị Càn, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Hồng Thanh</i>	
21. Kiến thức, thực hành về bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh và một số yếu tố liên quan năm 2023	163
Knowledge and practice of medical students about Toxocariasis in humans at Vinh Medical University and some related factors in 2023	
<i>Nguyễn Thị Thanh Chung, Trần Thị Kiều Anh</i>	

22. **Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại một số cơ sở giáo dục chuyên biệt, thành phố Vinh năm 2023** 172
Nutritional status and actual dietary intake of children with autism spectrum disorder in some specialized educational facilities - Vinh city, 2023
Phan Thị Diệu Ngọc, Ngô Trí Hiệp, Trần Ngọc Bình
23. **Thực trạng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh** 180
The situation of tobacco, e-cigarettes smoking and some relevant factors of Vinh Medical University's students
Nguyễn Trọng Tuấn, Tạ Trâm Anh
24. **Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của sinh viên thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023** 188
Current status of hand hygiene compliance among clinical practice students at Vinh Medical University Hospital in 2023
Hồ Thị Hải Lê, Phan Thị Thuỳ
25. **Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân thủy đậu tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An** 197
Epidemiological, clinical, para-clinical characteristics and results of treatment of chickenpox patients at Nghe An general Friendship Hospital
Ngô Trí Hiệp, Lê Bá Kiên, Nguyễn Thị Bích Lam, Dương Duy Quang, Quế Anh Trâm
26. **Khảo sát nguyên nhân nhổ răng của bệnh nhân trưởng thành tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023** 207
Survey on the causes of tooth extraction in adult patients at Vinh Medical University Hospital in 2023
Nguyễn Thị Hoa
27. **Đặc điểm phân bố, hình thái, sinh học và thực trạng sử dụng cây Đắng cay (*zanthoxylum sp.*) làm thuốc trên địa bàn huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An** 215
Characteristics of distribution, morphology, biology and current status of using the Dang Cay plant (*zanthoxylum sp.*) as medicine in Thanh Chuong district, Nghe An province
Nguyễn Xuân Khoa, Trần Thị Oanh, Lê Thị Hải Thanh
28. **Tình hình tai nạn thương tích trẻ em tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, năm 2022** 223
Situation of child injuries at the Department of Orthopedics and Burns, Nghe An Obstetrics and Pediatric's Hospital, 2022
Nguyễn Thị Thanh Hiền
29. **Thực trạng và một số giải pháp nâng cao hiệu quả dạy học môn tin học cho sinh viên ngành Y khoa Trường Đại học Y khoa Vinh** 231
Current status and some solutions to improve the effectiveness of teaching Informatics for medical students at Vinh Medical University
Nguyễn Thị Minh Nguyệt
30. **Đánh giá kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ tại xã Diễn Thành, huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An năm 2022** 239
Assessing knowledge of mothers about breastfeeding in Dien Thanh commune, Dien Chau district, Nghe An province in 2022
Nguyễn Thị Thanh Hiền
31. **Điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp vít xâm lấn tối thiểu tại Bệnh viện huyện Củ Chi** 247
Treatment of proximal humerus fracture with minimally invasive plate osteosynthesis at Cu Chi district Hospital
Phạm Văn Nhật, Trần Chánh Xuân, Nguyễn Mạnh Cường, Trần Đình Lâm, Đỗ Quang Tiến

32. **Thực trạng và kết quả sản khoa ở những thai phụ đái tháo thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội** 256
 Current situation and obstetric results in pregnant women with gestational diabetes at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital
Nguyễn Mạnh Hùng, Mai Trọng Hưng, Đỗ Xuân Vinh
33. **Bước đầu nhận xét kết quả khâu cơ tử cung 2 lớp trong phẫu thuật lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội** 263
 The results of 2-layer uterine muscular suction in first c section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital
Nguyễn Phạm Tiến Đạt, Mai Trọng Hưng
34. **Tình hình có thai lại ở bệnh nhân mong con sau phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội** 272
 Return pregnancy in patients expecting a child after hysteroscopic surgery to repair cesarean section scar defects at Hanoi Obstetrics Hospital
Đào Xuân Hải, Nguyễn Mạnh Trí
35. **Kiến thức và thực hành an toàn người bệnh của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times city Hà Nội năm 2023** 280
 Knowledge and practice of nurses about patient safefety in Vinmec Times city International Hospital Hanoi in 2023
Hoàng Thị Thêu, Nguyễn Ngọc Quý, Trần Thị Thanh An, Nguyễn Thị Mỹ Xuân, Nguyễn Thị Kim Chi, Trần Như Nguyễn
36. **Đặc điểm dịch tễ học vi khuẩn gây bệnh trên bệnh phẩm nuôi cấy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên** 288
 Epidemiological characteristics of pathogenic bacteria on cultured specimens at Thai Nguyen National Hospital
Nguyễn Thị Huyền, Lê Thị Hương Lan, Trần Thị Kim Hạnh, Ngô Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Trang
37. **Mô hình can thiệp cải thiện việc điều trị bệnh nhân đột quỵ não có chỉ định sử dụng thuốc tiêu huyết khối tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối giai đoạn 2021-2022** 295
 Intervention model to improve the treatment of stroke patients with indications for using thrombolytic drugs at Pho Noi General Hospital from 2021 to 2022
Ngô Thị Thuý, Mai Duy Tôn, Hồ Thị Hiền
38. **Đặc điểm người bệnh cấp cứu nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối, tỉnh Hưng Yên, giai đoạn năm 2018-2022** 302
 Characteristics of emergency patients with ischemic stroke at Pho Noi General Hospital, Hung Yen province, from 2018 to 2022
Ngô Thị Thuý, Mai Duy Tôn, Hồ Thị Hiền
39. **Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023** 309
 Evaluating patient satisfaction with communication and behavior of medical staff at Vinh Medical University Hospital in 2023
Nguyễn Thị Thanh Tình, Nguyễn Thị Thanh Hà, Vương Thị Hải Hà

NUTRITION STATUS AND QUALITY OF LIFE AMONG STUDENTS OF VINH MEDICAL UNIVERSITY IN 2023

Bui Thi Thanh Hoa*, Le Thi Trang, Tran Thi Kieu Anh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objectives: Describe the nutritional status and quality of life of Vinh medical university students.

Research method: A cross-sectional study on 355 students of Vinh Medical University from April to October 2023 to describe the nutritional status and quality of life of medical students through body mass index and EQ-5D-5L tool.

Results: The average height of male and female students participating in the study was 170,3 cm and 157,6 cm, respectively; 27,9% of students lacked energy chronically; 67,6% of students had normal Body Mass Index and 4,5% were overweight or obese. The highest percentage of students with anxiety/melancholy is 51,5%. The quality of life is higher in student groups: living in the countryside, no part-time job, and no chronic disease.

Conclusion: Schools need to have a long-term intervention strategy to improve nutritional status and quality of life for students.

Keywords: Students; nutritional status; quality of life; EQ-5D

*Corresponding author

Email address: thanhhoa@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 986 182 198

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Bùi Thị Thanh Hoa*, Lê Thị Trang, Trần Thị Kiều Anh

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 355 sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2023 nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên Y thông qua chỉ số khối cơ thể và công cụ EQ-5D-5L.

Kết quả nghiên cứu: chiều cao trung bình của nam và nữ sinh viên tham gia nghiên cứu lần lượt là 170,3 cm và 157,6 cm; 27,9% sinh viên thiếu năng lượng trường diễn; 67,6% bình thường và 4,5% thừa cân, béo phì. Tỷ lệ sinh viên lo lắng/ u sầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,5%. Chất lượng cuộc sống cao hơn ở các nhóm sinh viên: ở nông thôn, không đi làm thêm và không mắc bệnh mạn tính.

Kết luận: Nhà trường cần có chiến lược can thiệp dài hạn để cải thiện tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống cho sinh viên.

Từ khóa: Sinh viên; tình trạng dinh dưỡng; chất lượng cuộc sống; EQ-5D.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhhoa@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 986 182 198

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên là đối tượng cần được quan tâm về dinh dưỡng và sức khỏe. Tình trạng dinh dưỡng không tốt sẽ để lại những hậu quả lâu dài về sức khỏe thể lực, tinh thần, khả năng học tập và lao động. Ngoài ra, đối với sinh viên ngành Y thường phải đối mặt với nhiều vấn đề liên quan đến tâm lý chẳng hạn áp lực học tập, công việc, mối quan hệ với gia đình, bạn bè... Các yếu tố này có thể ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng cuộc sống (CLCS) của sinh viên. Theo một số nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng ở sinh viên, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở sinh viên tương đối cao, bên cạnh đó thì tỷ lệ thừa cân béo phì cũng là vấn đề cần quan tâm. Nghiên cứu của Hoàng Thị Linh Ngọc trên sinh viên Đại học Y Hà Nội cho thấy: có 6,7% sinh viên thừa cân, béo phì; 31,0% sinh viên thiếu năng lượng trường diễn [1]. Bên cạnh đó, Sinh viên ngành Y được đánh giá có cuộc sống nhiều áp lực hơn so với các ngành khác và có thể gặp phải các nguy cơ dẫn đến chất lượng cuộc sống kém hơn so với các đối tượng khác. Để tìm hiểu thực trạng và cung cấp những thông tin cần thiết cho một chiến lược can thiệp và dự phòng dài hạn, nhằm đảm bảo sức khỏe cho sinh viên của Đại học Y khoa Vinh trong quá trình đào tạo, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Y khoa và Dược đang theo học năm nhất, năm ba và năm cuối tại Trường Đại học Y khoa Vinh, không có các dị tật ảnh hưởng đến nhân trắc và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu cho đánh giá tình trạng dinh dưỡng được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: p là tỷ lệ CED, với p=0,31 (tỷ lệ CED của sinh viên Y1 Trường Đại học Y Hà Nội) [1]. d: khoảng sai lệch tuyệt đối, chọn d=0,05 => n1=328.

Cỡ mẫu cho đánh giá chất lượng cuộc sống được áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tương đối:

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

Trong đó: p là tỷ lệ chất lượng cuộc sống của sinh viên, với p=0,82 (tỷ lệ sinh viên có chất lượng cuộc sống cao trên khía cạnh đau theo nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Tuấn) [2]. ϵ =0,05 (độ chính xác tương đối) => n=337.

Cỡ mẫu chung tối thiểu: n = 337. Thực tế, chúng tôi nghiên cứu trên 355 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng. Trong đó, mỗi tầng sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Tiến hành chọn mẫu theo các bước sau:

Bước 1: Phân tầng sinh viên theo ngành học. Trong 05 ngành đào tạo hệ chính quy, chọn chủ đích 02 ngành có số lượng sinh viên nhiều và đại diện cho các chương trình đào tạo của trường là Y khoa và Dược.

Bước 2: Phân tầng theo năm học. Chọn chủ đích sinh viên năm nhất, sinh viên năm ba và sinh viên năm cuối ở cả hai ngành và thống kê số lượng sinh viên để chọn mẫu theo tỷ lệ kích cỡ mỗi tầng.

Bước 3: Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo cỡ mẫu mỗi tầng đã xác định.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Giới, dân tộc, nơi ở, mắc bệnh mạn tính...

Tình trạng dinh dưỡng: Đặc điểm chỉ số nhân trắc, phân loại tình trạng dinh dưỡng theo giới, năm học, ngành học...



Chất lượng cuộc sống: CLCS theo các khía cạnh của EQ-5D; CLCS theo VAS...

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Cân TZ-120 và thước đo Microtoise.

Thu thập thông tin định lượng bằng bộ câu hỏi phát vấn

Tiêu chuẩn đánh giá:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: theo bảng phân loại tình trạng dinh dưỡng người trưởng thành (WHO, 2000).

Đo lường CLCS: Sử dụng thang đo EQ-5D-5L do nhóm nghiên cứu Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà nội và Trường Đại học Umea, Thụy điển tiến hành xây dựng đầu tiên năm 2017-2018 và đã được

Euroqol phê chuẩn.

2.7. Xử lý và phân tích

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn thích hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh thông qua theo quyết định số 770/QĐ-ĐHYKV-QLKH. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân thu được từ sinh viên chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học và được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của sinh viên tham gia nghiên cứu (n = 355)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	123	34,6
	Nữ	132	65,4
Dân tộc	Kinh	333	93,8
	Khác	22	6,2
Nơi ở hiện tại	Nhà riêng/gia đình	44	12,4
	Nhà trọ	241	67,9
	Kí túc xá	70	19,7
Điều kiện kinh tế	Thoải mái	34	9,6
	Bình thường	274	77,2
	Khó khăn	47	13,2
Tình trạng làm thêm	Có	50	14,1
	Không	305	85,9
Mắc bệnh mạn tính	Có	22	6,2
	Không	333	93,8

Có 65,4% sinh viên nữ tham gia nghiên cứu, đa số sinh viên có dân tộc kinh (93,8%). Hơn một nửa sinh viên sống ở nhà trọ (67,9%); 77,2% sinh viên tự đánh giá

điều kiện kinh tế bình thường và có 14,1% sinh viên có đi làm thêm. Về đặc điểm sức khỏe, đa số sinh viên không mắc bệnh mạn tính (93,8%).

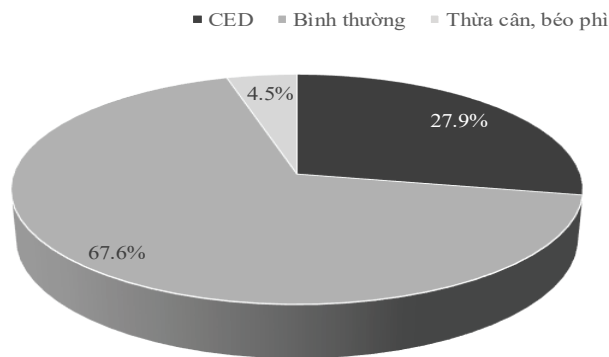
Bảng 2. Một số chỉ số nhân trắc của sinh viên theo giới và ngành học (n = 355)

		Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	BMI (kg/m ²)
Giới	Nam	170,33	62,52	21,5
	Nữ	157,6	48,37	19,47
	<i>p</i> < 0,001			
Ngành học	Y khoa	162,57	54,11	20,37
	Dược	160,89	51,59	19,79
	<i>p</i>	0,07	0,03	0,056

Chiều cao trung bình của nam và nữ sinh viên tham gia nghiên cứu lần lượt là 170,33 cm và 157,6 cm. Nam có cân nặng và BMI trung bình cao hơn so nữ. Sinh viên ngành Y khoa có chiều cao, cân nặng và BMI trung

bình lần lượt là 162,57 cm; 54,11 kg và 20,37 kg/m² cao hơn so với sinh viên ngành Dược với 160,89 cm; 51,59 kg và 19,79 kg/m².

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng chung của sinh viên (n=355)



Hơn một nửa sinh viên tham gia nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng bình thường (67,6%); 27,9% sinh viên thừa cân, béo phì.

viên CED (thiếu năng lượng trường diễn) và 4,5% sinh viên thừa cân, béo phì.

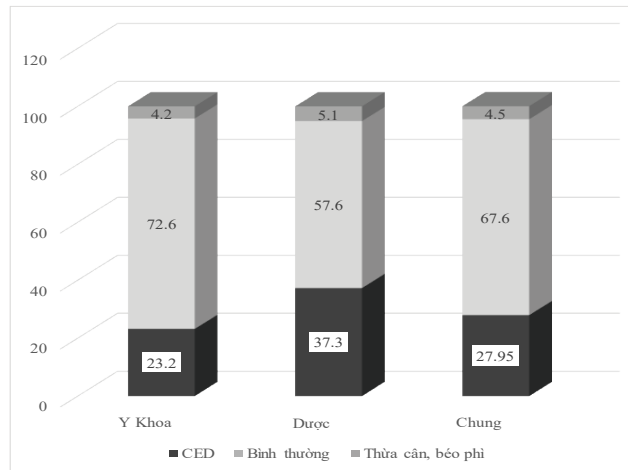
Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên theo năm học (n = 355)

Tình trạng dinh dưỡng	Năm nhất		Năm ba		Năm cuối		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
CED	45	37,5	32	25,8	22	19,8	0,026
Bình thường	68	56,7	87	70,2	85	76,6	
Thừa cân, béo phì	7	5,8	5	4,0	4	3,6	

Tỷ lệ CED và thừa cân béo phì ở sinh viên năm nhất cao nhất chiếm 37,5% và 25,8%; thấp nhất ở sinh viên năm cuối với 19,8% và 3,6%.



Hình 2. Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên theo ngành học (n=355)



Sinh viên Dược có tỷ lệ CED là 37,3% cao hơn so với sinh viên Y khoa là 23,2%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở sinh viên Dược và Y khoa lần lượt là 5,1% và 4,2%. Sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa 2 ngành có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$.

Bảng 4. Chất lượng cuộc sống của sinh viên theo từng khía cạnh EQ-5D (n = 355)

Khía cạnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đi lại	Có vấn đề	29	8,2
	Không có vấn đề	326	91,8
Tự chăm sóc	Có vấn đề	24	6,8
	Không có vấn đề	331	93,2
Sinh hoạt thường ngày	Có vấn đề	34	9,6
	Không có vấn đề	321	90,4
Đau	Có vấn đề	63	17,7
	Không có vấn đề	292	82,3
Lo lắng	Có vấn đề	183	51,5
	Không có vấn đề	172	48,5

CLCS sinh viên theo từng khía cạnh: Về đi lại, có 8,2% gặp các khó khăn khi tự đi lại; 6,8% sinh viên gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân, 9,6% gặp khó khăn khi làm các công việc thường ngày. Có 17,7% sinh viên có các biểu hiện đau đớn và khó chịu trong cơ thể và có tới 51,5% sinh viên có các dấu hiệu lo lắng, buồn phiền.

Bảng 5. Điểm EQ – 5D và EQ – 5D VAS theo một số yếu tố (n=355)

Đặc điểm		TB EQ-5D ± SD	p	TB EQ-5D VAS ± SD	p
Giới	Nam	0,93±0,09	0,132	87,43±14,35	0,08
	Nữ	0,93±0,08		86,28±11,8	
Tôn giáo	Không	0,93±0,08	0,07	87,06±19,54	0,102
	Có	0,89±0,12		80,72±12	
Ngành học	Y khoa	0,93±0,08	0,315	86,33±13,07	0,7
	Điều dưỡng	0,94±0,07		87,17±12,06	
Địa chỉ	Thành thị	0,91±0,10	0,007	84,55±14,28	0,12
	Nông thôn	0,94±0,07		87,75±11,86	
	Miền núi	0,91±0,10		83,44±14,02	
Mối quan hệ cá nhân	Chưa có người yêu	0,93±0,08	0,354	86,97±11,68	0,9
	Đã có người yêu	0,94±0,08		86,4±13,29	
	Đã kết hôn	0,91±0,07		85,4±7,8	
	Ly hôn	0,83±0,24		55±63,64	
Điều kiện kinh tế	Không khó khăn	0,93±0,08	0,064	87,06±12,18	0,16
	Khó khăn	0,90±0,1		83,66±15,76	
Làm thêm	Có	0,89±0,1	0,001	81,08±18,1	0,017
	Không	0,94±0,07		87,52±11,41	
Mức bệnh mạn tính	Có	0,83±0,1	<0,01	78,45±17,11	0,012
	Không	0,94±0,08		87,15±12,24	

Sinh viên ở thành thị và miền núi có điểm trung bình EQ-5D 0,91±0,1 thấp hơn so với nhóm sinh viên nông thôn với 0,94±0,07. Sinh viên có đi làm thêm có điểm trung bình EQ-5D và EQ-5D VAS thấp hơn so với nhóm sinh viên không đi làm thêm. Sinh viên mắc bệnh mạn tính có điểm trung bình EQ-5D là 0,89±0,1 thấp hơn so với nhóm không mắc bệnh (0,94±0,07); tương tự điểm trung bình EQ-5D VAS ở nhóm sinh viên mắc bệnh mạn tính cũng thấp hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình EQ-5D và EQ-5D VAS theo giới, tôn giáo, ngành học, mối quan hệ cá nhân và điều kiện kinh tế của sinh viên.

4. BÀN LUẬN

Chiều cao trung bình của nam và nữ sinh viên tham gia nghiên cứu lần lượt là 170,3 cm và 157,6 cm tương đồng với chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam năm 2020 là 168,1 cm ở nam và 156,2 cm ở nữ [3]. Kết quả này là phù hợp bởi sinh viên tham gia nghiên cứu chủ yếu sinh năm 2000 về sau, giai đoạn mà nước ta bắt đầu các can thiệp về dinh dưỡng và hỗ trợ tăng trưởng.

Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng của sinh viên cho thấy, tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn là 27,9%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Linh Ngọc trên đối tượng sinh viên năm nhất Đại học Y Hà Nội với 31,0% [1] và nghiên cứu của Vũ Thị Nhung trên sinh viên năm hai Đại học Điều dưỡng

Nam Định với 32,4% [4]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên cả sinh viên năm nhất, năm ba và năm cuối. Trong đó tỷ lệ sinh viên năm nhất trường Đại học Y khoa Vinh thiếu năng lượng trường diễn cũng lên tới 37,5%. Bên cạnh đó, tỷ lệ thừa cân béo phì là 4,5%, tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của Vũ Thị Nhung và Hoàng Thị Linh Ngọc với tỷ lệ lần lượt là 4,3% và 6,7% [1, 4]. Như vậy, sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh đang chịu gánh nặng dinh dưỡng kép: tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn và tỷ lệ thừa cân béo phì đều đang cao. Điều này có thể dẫn tới nguy cơ tồn tại nhiều vấn đề sức khỏe do rối loạn dinh dưỡng gây nên như tiểu đường, tăng huyết áp... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng học tập của sinh viên.

Nghiên cứu CLCS của sinh viên theo các khía cạnh của EQ-5D cho thấy tỷ lệ sinh viên lo lắng/ u sầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,5%. Kết quả này tương tự với kết quả của nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long trên sinh viên Đại học Quốc gia Hà Nội [5] và nghiên cứu của Vũ Minh Tuấn trên sinh viên Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng Trường Đại học Y Hà Nội [2]. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra sức khỏe tâm thần là yếu tố làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của sinh viên Y khoa.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và chất lượng cuộc sống. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu về CLCS được thực hiện tại Việt Nam [5, 6]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng nữ giới có CLCS kém hơn so với nam. Sự khác biệt này có thể lý giải là do có sự khác biệt về văn hóa và chăm sóc xã hội ở các quốc gia khác nhau [7, 8]. Sinh viên ở thành thị và miền núi có điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D thấp hơn so với nhóm ở nông thôn. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo EQ-5D và EQ-5D VAS đều thấp hơn ở nhóm sinh viên có đi làm thêm. Các kết quả này cho thấy nhà trường cần quan tâm hơn nữa đến tôn giáo, đặc điểm làm thêm, địa chỉ và mối quan hệ của sinh viên để góp phần nâng cao CLCS cho các em.

Nghiên cứu còn cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng mắc bệnh mạn tính và CLCS của sinh viên, trong đó sinh viên không mắc bệnh mạn tính có điểm CLCS

tốt hơn đáng kể so với nhóm sinh viên mắc bệnh. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Tuấn tại Trường Đại học Y Hà Nội [5]. Bệnh mạn tính có thể ảnh hưởng đến quá trình và chất lượng học tập của sinh viên, từ đó có thể gây ra những căng thẳng, lo âu liên quan đến sức khỏe tâm thần. Ngoài ra, sinh viên là đối tượng còn trẻ, các bệnh mạn tính có thể trở thành nhân tố chính gây ra sự suy giảm sức khỏe đáng kể. Bên cạnh đó, CLCS cũng có thể bị ảnh hưởng bởi sự đánh giá chủ quan về sức khỏe của sinh viên.

CLCS là vấn đề phức tạp, đa chiều với nhiều mối liên quan đan xen lẫn nhau đến từ những yếu tố chủ quan và khách quan, vì vậy cần tiến hành thêm các nghiên cứu trên sinh viên Y khoa để có những đánh giá toàn diện hơn.

5. KẾT LUẬN

Chiều cao trung bình của nam và nữ sinh viên tham gia nghiên cứu lần lượt là 170,3 cm và 157,6 cm. Tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn là 27,9%; 67,6% bình thường và 4,5% thừa cân, béo phì. Tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân béo phì cao ở sinh viên năm nhất và sinh viên ngành Dược.

Sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh chủ yếu gặp vấn đề sức khỏe tâm lý với tỷ lệ sinh viên lo lắng/ u sầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,5%. Chất lượng cuộc sống cao hơn ở các nhóm sinh viên: ở nông thôn, không đi làm thêm và không mắc bệnh mạn tính. Nhà trường cần quan tâm nhiều hơn đến sinh viên và có các biện pháp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và CLCS sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoàng Thị Linh Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Lê Thị Hương, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y1 Trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học; 146(10), 2021, 192 - 197.
- [2] Vũ Minh Tuấn, Phùng Chí Ninh, Vũ Xuân Thịnh và cộng sự, Chất lượng cuộc sống của sinh viên Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

- Trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam; 521 (1), 2022, 126 - 130.
- [3] MOH, Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020, Truy cập ngày 28/10/2023.
- [4] Vũ Thị Nhung, Tình trạng dinh dưỡng và một số chỉ số sinh học của sinh viên Đại học chính quy năm thứ 2 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; Tạp chí Y học Việt Nam; 516 (1), 2022, 106 - 110.
- [5] Nguyễn Hoàng Long, Hoàng Minh Tuấn, Nguyễn Thành Trung và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên năm thứ nhất Đại học Quốc gia Hà Nội. Tạp chí Y học dự phòng, 155(6), 2014, 96 - 102.
- [6] Ngô Thị Thu Hiền, Vũ Thị Thủy, Dương Hoàng Ân và cộng sự, Chất lượng cuộc sống của sinh viên năm thứ tư và một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Thăng Long năm học 2018-2019. Tạp chí Y tế công cộng, 49, 2019, 36 - 45.
- [7] Gan GG and Yuen LH. Anxiety, depression and quality of life of medical students in Malaysia. Med J Malaysia; 74 (1), 2019, 57 - 61.
- [8] Malibary H, Zagzoog MM, Banjiari MA et al., Quality of life (QoL) among medical students in Saudi Arabia: a study using the WHOQOL-BREF instrument. BMC Med Educ, 19(1), 2019, 344.



USE OF ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF BACTEREMIA AT THE DEPARTMENT OF GENERAL INFECTIOUS DISEASES - NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Dang Thi Soa*, Vu Thi Thuy, Nguyen Thi Hong Hanh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: Surveying the current situation of antibiotic use and assessing the rationality and safety of antibiotic use in patients with Bloodstream infection.

Research methods: A cross-sectional description of 38 medical records of patients with BSI treated at the at the Department of General Infectious - Nghe An General Hospital from January to March 2023.

Results: Mean age 66.9 ± 20.7 ; male/female = 1.7; 81.6% of patients were at high risk of infection. The most used antibiotics in the study sample were piperacillin/tazobactam, meropenem, doxycycline and amikacin, respectively 39.5%; 39.5%; 44.7% and 50%. 94.7% of the patients in the study had a reasonable choice of antibiotics with risk stratification for infection. 100% of patients used the appropriate dose and no adverse events occurred during the patient's antibiotic use. Drug interactions occurred in 28.9% of patients, which was mainly moderate interactions (26.3%).

Conclusion: Antibiotics to treat sepsis are mainly Betalactam group, most antibiotic choices and dosages are consistent with the recommendations of the Vietnam Intensive Care Association.

Keywords: Bloodstream infection; antibiotics

*Corresponding author

Email address: dangsoadkh@gmail.com

Phone number: (+84) 367 783 294

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA NHIỄM KHUẨN TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đặng Thị Soa*, Vũ Thị Thủy, Nguyễn Thị Hồng Hạnh

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thực trạng và đánh giá tính hợp lý, an toàn sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 38 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp – Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là $66,9 \pm 20,7$; tỉ lệ nam/nữ = 1,7; 81,6% bệnh nhân có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Các kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là piperacillin/tazobactam, meropenem, doxycyclin và amikacin tỉ lệ lần lượt là 39,5%; 39,5%; 44,7% và 50%. 94,7% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được lựa chọn kháng sinh hợp lý với phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn. 100% bệnh nhân sử dụng liều phù hợp và không có biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình bệnh nhân sử dụng kháng sinh. Tương tác thuốc xảy ra trên 28,9% bệnh nhân trong đó chủ yếu là tương tác mức độ trung bình (26,3%).

Kết luận: Kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết chủ yếu là nhóm Betalactam, hầu hết là lựa chọn kháng sinh và liều dùng phù hợp với khuyến cáo của Hội Hôi sức tích cực Việt Nam.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, Bloodstream infection, BSI, kháng sinh.

*Tác giả liên hệ

Email: dangsoadkh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 367 783 294

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (Bloodstream infection) là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng, do vi khuẩn lưu hành trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân, có thể dẫn đến sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong rất cao (từ 20 - 50%) [1]. Trên thế giới, tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn huyết tăng theo hàng năm và dao động từ 122 - 220 ca/100.000 người [2]. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, chúng tôi thực hiện đề tài “Thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An” với mục tiêu: Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý, an toàn sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp – Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Lấy toàn bộ mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được là 38 hồ sơ bệnh án đủ điều kiện để khảo sát.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện các hồ sơ bệnh án lưu tại phần

mềm bệnh viện đầy đủ dữ liệu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn, kết quả vi sinh.

- Đặc điểm sử dụng thuốc trong mẫu nghiên cứu: thuốc sử dụng, số lần thay đổi phác đồ, phác đồ đầu, phác đồ thay thế, liều dùng.

- Đánh giá sử dụng thuốc: Tính hợp lý trong lựa chọn kháng sinh, biến cố xảy ra, tương tác thuốc.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Đọc bệnh án, thu thập các thông tin phục vụ nghiên cứu vào mẫu phiếu thu thập thông tin thiết kế sẵn.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn, lựa chọn kháng sinh theo “Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh 2020 của Hội Hôi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam”. Đánh giá liều dùng: Dựa vào “Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh 2020 của Hội Hôi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam” và “Dược thư Quốc gia Việt Nam” chúng tôi xây dựng liều dùng của các thuốc trong mẫu nghiên cứu. Đánh giá tương tác thuốc: Dựa theo phần mềm kiểm tra tương tác thuốc trên trang web <http://www.medcapes.com>, <https://www.drugs.com/> và sách “Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định” của Bộ Y tế năm 2006.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Tất cả số liệu thu thập được qua nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Excel, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Y khoa Vinh theo số quyết định 146/ QĐ - ĐHYKV ngày 7/02/2023, được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 38)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	4	10,5
	40 - 60 tuổi	12	31,6
	> 60 tuổi	22	57,9
	Tổng	38	100
	Trung bình ± SD	66,9 ± 20,7	
Giới tính	Nam	24	63,2
	Nữ	14	36,8
Phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn	Nguy cơ cao	31	81,6
	Nguy cơ trung bình	7	18,4

Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là $66,9 \pm 20,7$ trong đó chủ yếu là nhóm trên 60 tuổi chiếm 57,9%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,7. Đa số bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có nguy cơ cao với 31 bệnh nhân (81,6%), nguy cơ trung bình có 7 bệnh nhân (18,4%). Trong 33 bệnh nhân được làm

xét nghiệm vi sinh cấy máu có 5 bệnh nhân cho kết quả dương tính (15,15%).

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị

3.2.1. Các thuốc được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Các thuốc được sử dụng trong mẫu nghiên cứu (n = 38)

Nhóm thuốc	Thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Beta - lactam	Ampicillin/Sulbactam	1	2,6
	Ceftriaxone	10	26,3
	Ceftazidim	10	26,3
	Cefoperazone	1	2,6
	Cefoperazone/Sulbactam	2	5,3
	Piperacillin/Tazobactam	15	39,5
	Meropenem	15	39,5
Aminosid	Gentamycin	1	2,6
	Amikacin	19	50
Cyclin	Doxycyclin	17	44,7
Quinolon	Ciprofloxacin	2	5,3
	Levofloxacin	2	5,3
	Moxifloxacin	2	5,3
Peptid	Vancomycin	4	10,5
	Colistin	1	2,6



Nhóm thuốc	Thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Macrolid	Azithromycin	1	2,6
Oxazolidinon	Linezolid	5	13,2
5- nitro imidazole	Metronidazol	2	5,3
Co-trimoxazol	Sulfamethoxazol/Trimethoprim	1	2,6

Có 19 hoạt chất thuộc 9 nhóm kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu bao gồm Beta- lactam, Aminositid, Quinolon, Cyclin và một số nhóm khác (Oxazolidinon, Peptid, Macroid, 5-nitroimidazole, Cotrimoxazol).

3.2.2. Liều dùng các thuốc

Bảng 3. Liều dùng các thuốc (n = 38)

Tên thuốc	Chế độ liều	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ceftriaxon	1g mỗi 24 giờ	1	10
	1g mỗi 12 giờ	3	30
	2g mỗi 24 giờ	3	30
	2g mỗi 12 giờ	3	30
	Tổng	10	100
Ceftazidim	1g mỗi 8 giờ	1	10
	2g mỗi 12 giờ	3	30
	2g mỗi 8 giờ	6	60
	Tổng	10	100
Piperacillin/ Tazobactam	4/0.5g mỗi 24 giờ	1	6,7
	4/0.5g mỗi 12 giờ	1	6,7
	4/0.5g mỗi 8 giờ	12	80
	4/0.5g mỗi 6 giờ	1	6,7
	Tổng	15	100
Meropenem	1g mỗi 24 giờ	1	6,7
	1g mỗi 12 giờ	5	33,3
	1g mỗi 8 giờ	8	53,3
	2g mỗi 12 giờ	1	6,7
	Tổng	15	100
Amikacin	0.5g mỗi 24 giờ	1	5,3
	1g mỗi 24 giờ	18	94,7
	Tổng	19	100
Doxycyclin	100mg mỗi 12 giờ	16	100
Linezolid	600 mg mỗi 12 giờ	5	100

Tên thuốc	Chế độ liều	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vancomycin	1g mỗi 24 giờ	1	25
	1g mỗi 12 giờ	2	50
	1.5g mỗi 12 giờ	1	25
	Tổng	4	100
Moxifloxacin	400mg mỗi 24 giờ	2	100
Levofloxacin	1g mỗi 24 giờ	2	100

Các kháng sinh được sử dụng với chế độ liều rất đa dạng và đều nằm trong khoảng phạm vi cho phép.

3.3. Đánh giá tính hợp lý an toàn trong sử dụng thuốc

Bảng 4. Tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh (n= 38)

Đánh giá	Phân tầng	Hợp lý		Không hợp lý		P
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Lựa chọn kháng sinh theo phân tầng nguy cơ	Cao	31	81,6	0	0	0,002
	Trung bình	5	13,1	2	5,3	
Liều dùng		38	100	0	0	

94,7% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định kháng sinh hợp lý với phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn. Tỷ lệ bệnh nhân dùng kháng sinh không phù hợp là 5,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). 100% bệnh nhân được sử dụng liều dùng phù hợp.

Bảng 5. Đánh giá tương tác thuốc và biến cố bất lợi xảy ra (n = 38)

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tương tác thuốc	Không có tương tác	27	71,1
	Có tương tác	11	28,9
	Mức độ trung bình	10	26,3
	Mức độ nhẹ	6	15,8
	Cặp tương tác mức độ trung bình và hậu quả		
	Tăng độc với thận		
	Ceftazidim + Amikacin	5	13,2
	Ceftriaxone + Amikacin	3	7,9
	Cefoperazone + Amikacin	2	5,3
	Ceftazidim + Vancomycin	1	2,6
Biến cố bất lợi	Không xảy ra		
	Xảy ra		



Tương tác thuốc xảy ra trên 28,9% bệnh nhân trong đó chủ yếu là tương tác mức độ trung bình (26,3%). Các cặp tương tác thường xảy ra ở khi kết hợp nhóm Beta – lactam với các nhóm khác như Aminosit. Cặp tương tác mức độ trung bình thường gặp nhất là ceftazidim + amikacin chiếm 13,2%. Đặc biệt không có tương tác thuốc ở mức độ nặng. 100% bệnh nhân không xảy ra biến cố bất lợi khi sử dụng kháng sinh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $66,9 \pm 20,7$ tuổi, trong đó chủ yếu là nhóm trên 60 tuổi chiếm 57,9 %; tỉ lệ nam/nữ = 1,7. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng tỉ lệ mắc nhiễm khuẩn huyết tăng theo độ tuổi và bệnh nhân nam mắc nhiễm khuẩn huyết cao hơn bệnh nhân nữ. Theo nghiên cứu Đỗ Văn Đông (2019) tại Bệnh viện 108 với tuổi trung bình mắc nhiễm khuẩn huyết là $61,6 \pm 19,7$ trong đó tỷ lệ nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 64,9% [4]. Theo chúng tôi, số dĩ nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất vì tuổi càng cao, càng nhiều bệnh lý kết hợp, sức đề kháng yếu, dễ bị nhiễm khuẩn và khi đã mắc bệnh thì dễ bị nhiễm khuẩn nặng hơn. Theo Quế Anh Trâm (2020) tại Trung tâm Nhiệt đới - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An, tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ giới (61,28% so với 38,72%) [5]. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Lịch (2018) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk với tỷ lệ nam/nữ = 1,6 [6].

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có nguy cơ cao chiếm 81,6%; nguy cơ trung bình chiếm 18,4% và không có bệnh nhân nào nguy cơ thấp. Kết quả này số dĩ do Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An là bệnh viện tuyến cuối của khu vực Bắc Trung Bộ, tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh nặng nên các bệnh nhân chủ yếu là các bệnh nhân được chuyển từ bệnh viện tuyến dưới lên và một số bệnh nhân được chuyển về từ các bệnh viện tuyến trung ương.

4.2. Về sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết

Các kháng sinh sử dụng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều phù hợp với “Hướng dẫn chung

sử dụng kháng sinh 2020” của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam đã đưa ra gợi ý. Các nhóm kháng sinh được sử dụng là Beta- lactam, Aminosit, Quinolon, Cyclin và một số nhóm khác (Oxazolidinon, Peptid, Macroid, 5-nitro imidazole, Cotrimoxazol). Beta – lactam là nhóm được sử dụng nhiều nhất trong đó các kháng sinh phổ rộng có hoạt tính trên *Pseudomonas* như piperacillin/tazobactam và meropenem là hai kháng sinh được dùng nhiều nhất (39,5% và 39,5%), tiếp theo là các Cephalosporin thế hệ 3 ceftriaxon (26,3%) và ceftazidim (26,3%). Về liều dùng của các kháng sinh: Các kháng sinh trong mẫu nghiên cứu được sử dụng với chế độ liều rất đa dạng và đều nằm trong khoảng phạm vi cho phép.

4.3. Về tính hợp lý, an toàn sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết

94,7% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định kháng sinh hợp lý với phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn. Như vậy có thể thấy, đa số các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được bác sĩ tiên lượng, chẩn đoán và sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp. Điều này giúp hạn chế sự đề kháng của các vi khuẩn. Chỉ có 5,3% chưa phù hợp cụ thể là có 2 bệnh nhân thuộc nhóm phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn mức độ trung bình chưa có nguy cơ cao nhiễm các loại vi khuẩn đa kháng thuốc như *Pseudomonas* nhưng được chỉ định các kháng sinh có hoạt tính mạnh trên *Pseudomonas* như amikacin, meropenem và piperacillin/tazobactam.

100% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được sử dụng liều phù hợp. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đa phần là người lớn tuổi, có tình trạng bệnh lý phức tạp, nhiều can thiệp y khoa. Do đó chế độ liều luôn được các bác sĩ chú ý, mỗi bệnh nhân đều được hiệu chỉnh liều theo chức năng thận như các kháng sinh nhóm Beta – lactam, Aminosit, Peptid. Không có bệnh nhân nào xảy ra biến cố bất lợi trong quá trình sử dụng thuốc. Tương tác thuốc xảy ra trên 28,9% bệnh nhân trong đó chủ yếu là tương tác thuốc ở mức độ trung bình (26,3%). Cặp tương tác thường gặp nhất là ceftazidim + amikacin chiếm 13,2%. Đặc biệt không có tương tác thuốc ở mức độ nặng. Đặc biệt trong mẫu nghiên cứu không có tương tác thuốc ở mức độ nặng.

5. KẾT LUẬN

Các nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là Beta – lactam, Aminosit, Quinolon và Cyclin. Nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là Beta – lactam. Các kháng sinh được sử dụng với chế độ liều rất đa dạng. Hầu hết các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được lựa chọn kháng sinh hợp lý với phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn. Các bệnh nhân được hiệu chỉnh liều theo mức độ lọc cầu thận và không có biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình bệnh nhân sử dụng kháng sinh. Các tương tác thuốc xảy ra khi phối hợp kháng sinh nhóm Beta - lactam với Aminosit.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 708/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”; Ngày 02/03/2015.
- [2] Kontula KSK, Population-Based Study of Bloodstream Infection Incidence and Mortality Rates, Finland, 2004 - 2018. *Emerg Infect Dis*, 27(10), 2021, 2560 - 2569.
- [3] Đỗ Văn Đông, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2016 đến năm 2018; *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108; 14(4), 2019, 146 - 152.
- [4] Quế Anh Trâm, Khảo sát sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết được phân lập tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/1/2019 đến 31/12/2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*, (495), 2020, 363 - 369.
- [5] Phạm Văn Lịch, Giá trị tiên lượng của thang điểm APACHE II, qSOFA và SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng; *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 22, 2018, 205 - 208.



COMPARING GERDQ QUESTIONNAIRE WITH ENDOSCOPIC IMAGES IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Hoang Thi Cuc*, Nguyen Van Tuan

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe clinical characteristics, endoscopic images and compare the GERDQ score with esophageal endoscopic images in patients with gastroesophageal reflux.

Methods: Describe a series of cases at Vinh Medical University Hospital from March 2022 to November 2022.

Results: Average age is 47.8 ± 12.5 years, Symptoms of heartburn appeared in 90.5% of patients, heartburn 85.6%, nausea, vomiting 84.4%, chest pain 48.8%, dry cough 67.7%, swallowing choking 16.9%, hoarseness 19.9%. Rate of esophageal injury on endoscopy: 28.4%, of which reflux esophagitis grade: grade A 17.9%, grade B 7%, grade C 0.5%, grade D 0%, Barrett's metaplasia accounted for 3%. There is a difference between the GERDQ score, the impact score and the esophageal injury that is statistically significant.

Conclusion: Symptoms of GERD are diverse, the rate of esophageal lesions on endoscopy is 28.4%. There is a difference between the GERDQ score, the impact score and the esophageal injury.

Keywords: GERDQ, GERD, reflux esophagitis .

*Corresponding author

Email address: hoangcucykv88@gmail.com

Phone number: (+84) 946 803 767

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

ĐỐI CHIẾU BẢNG ĐIỂM GERDQ VỚI HÌNH ẢNH NỘI SOI TRONG BỆNH LÝ GERD TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Hoàng Thị Cúc*, Nguyễn Văn Tuấn

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, TP Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và đối chiếu bảng điểm GERDQ với hình ảnh nội soi thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả một loạt ca bệnh với 201 bệnh nhân có triệu chứng của bệnh trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh từ tháng 03/2022 đến tháng 11/2022.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình $47,8 \pm 12,5$, triệu chứng ợ nóng xuất hiện 90,5% bệnh nhân, ợ chua 85,6%, buồn nôn, nôn 84,4%, đau ngực 48,8%, ho khan 67,7%, nuốt nghẹn 16,9%, khàn tiếng 19,9%. Tỷ lệ tổn thương thực quản trên nội soi: 28,4%. Viêm thực quản trào ngược: độ A 17,9%, độ B 7%, độ C 0,5%, độ D 0%, barrett thực quản chiếm 3%. Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương thực quản trên nội soi có điểm GERDQ từ 8- 10 chiếm 9,4% và 19% có GERDQ ≥ 11 . Có sự khác biệt giữa điểm GERDQ, điểm tác động với tổn thương thực quản có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Các triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản đa dạng, tỷ lệ tổn thương thực quản trên nội soi 28,4%. Có sự khác biệt giữa điểm GERDQ, điểm tác động với tổn thương thực quản.

Từ khóa: GERD, GERDQ, viêm thực quản trào ngược.

*Tác giả liên hệ

Email: hoangcucykv88@gmail.com

Điện thoại: (+84) 946 803 767

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc trào ngược dạ dày thực quản (GERD) ngày càng tăng [1], trong khi loét dạ dày tá tràng có xu hướng giảm. Tỷ lệ mắc GERD chung ở khu vực Đông Nam Á khoảng 7,4% [2], ở Bắc Mỹ là 8,1% - 27,8%, ở Nam Mỹ là 23,0 %, ở châu Âu 8,8% - 25,9%; 2,5% - 7,8% ở Đông Á [3 - 5]. GERD ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tổn kém thời gian và gia tăng chi phí điều trị [1]. Các triệu chứng lâm sàng của GERD đa dạng, đôi khi chồng lấp, nhầm lẫn với các triệu chứng thuộc hệ hô hấp, tai mũi họng, tim mạch [3]. Bộ câu hỏi GERDQ là công cụ chẩn đoán đơn giản, không xâm lấn, có tiềm năng ứng dụng cao. Tuy nhiên chẩn đoán bệnh GERD vẫn là thách thức vì cả phương pháp xâm lấn và bộ câu hỏi, dựa vào triệu chứng đều có mặt hạn chế và có sự khác biệt. Với mong muốn có thêm nhiều dữ liệu liên quan đến dịch tễ học và quản lý bệnh GERD, một cuộc kiểm tra dựa trên bằng chứng và cập nhật là cần thiết. Đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân GERD và đối chiếu bảng điểm GERDQ với hình ảnh nội soi trong bệnh GERD tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu một loạt ca bệnh

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại khoa khám bệnh và khoa nội tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Khoa Vinh từ tháng 03/2022 đến 11/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh có triệu chứng của bệnh GERD từ tháng 03/2022 - 11/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có triệu chứng GERD: ợ nóng (nóng rát vùng thượng vị sau xương ức hoặc vùng ngực) ≥ 2 lần/ tuần, có hoặc không có ợ chua. Tổng điểm GERDQ ≥ 8 , được nội soi thực quản dạ dày tá tràng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán GERD trước đó và có can thiệp nội soi và hoặc phẫu thuật, đã phẫu thuật ở dạ dày, thực quản. Trào ngược dạ dày thực quản do các nguyên nhân thực thể (tắc ruột cao, u dạ dày, hẹp môn vị). Có dùng thuốc ức chế bơm Proton, kháng H2 trong vòng 04 tuần trước khi đến khám.

2.4. Cơ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn bệnh và tiêu chí loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi chọn được 201 bệnh nhân với cách chọn mẫu thuận tiện

2.5. Biến số nghiên cứu

- Tuổi: tính bằng năm, chia các nhóm 18 - < 40, 40 - 59, ≥ 60 . Giới: nam, nữ. Chỉ số khối cơ thể: BMI = cân nặng (kg)/ chiều cao (m)². Nghề nghiệp: lao động chân tay, lao động trí óc.

- Triệu chứng cơ năng: Nóng rát vùng thượng vị sau xương ức, ợ chua, khó ngủ, đau thượng vị, ho khi nằm, đau rát họng, nuốt khó, đau ngực...

- Tính điểm bảng GERDQ.

- Đánh giá tổn thương qua nội soi thực quản dạ dày theo theo phân loại Los Angeles 1999. Đối chiếu hình ảnh nội soi thực quản với bảng điểm GERDQ ở bệnh nhân GERD.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Tất cả các bệnh nhân được thực hiện theo thứ tự các bước như sau:

Bước 1: Phỏng vấn tất cả bệnh nhân

Bệnh nhân tự điền vào bảng câu hỏi GERDQ. Sau khi bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi GERDQ, dựa vào đó để tính tổng điểm và điểm tác động.

Phỏng vấn ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Khai thác các triệu chứng cơ năng: ợ chua, nóng rát vùng thượng vị sau xương ức lan lên cổ, đau ngực, nuốt khó, nuốt nghẹn, khàn tiếng, ho...nghề nghiệp, địa chỉ, tiền sử bệnh, hút thuốc lá, uống rượu, bia, ...

Bệnh nhân được đo chiều cao và cân nặng, tính BMI.

Bước 2: Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng.

Ghi nhận các tổn thương trên nội soi và đánh giá tổn

thương theo theo phân loại Los Angeles 1999 [6].

Bước 3: Đối chiếu hình ảnh nội soi thực quản với bảng điểm GERDQ

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm Medcalc 20.1, SPSS 26. Giá trị được trình bày theo giá trị trung bình cộng và độ lệch chuẩn hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của 2 biến bằng Chi - square test. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ với độ tin cậy là 95%.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích mục đích, nội dung và

sự đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật. Đề tài được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Khoa Vinh tại quyết định số 1274/QĐ-ĐHYKV-QLKH.

3. KẾT QUẢ

Trong 201 bệnh nhân GERD nam chiếm 46,3%, nữ 53,7%, tuổi trung bình là $X \pm SD: 47,8 \pm 12,5$.

Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng GERD (n = 201)

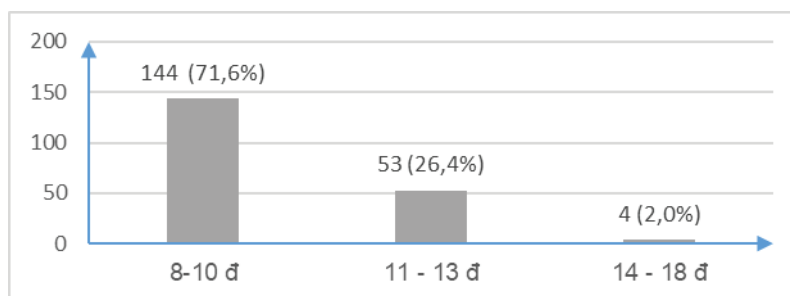
Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ợ nóng	182	90,5
Ợ chua	172	85,6
Buồn nôn, nôn	169	84,4
Đau ngực	98	48,8
Ho khan	136	67,7
Nuốt khó	32	15,9
Nuốt nghẹn	34	16,9
Khàn tiếng	40	19,9
Khó ngủ	88	43,8%

Triệu chứng ợ nóng chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,5%, ợ chua, buồn nôn khá thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 85,6% và 84,4%. Ho khan là triệu chứng hay gặp nhất

trong nhóm triệu chứng ngoài thực quản.

Tổng điểm theo bộ câu hỏi GERDQ

Hình 1. Tổng điểm tính theo GERDQ (n = 201)



Tổng điểm GERDQ từ 8- 10 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất với 26,4%. điểm GERDQ từ 14- 18 điểm thấp nhất với 2%. 71,6%, tổng điểm GERDQ từ 11- 13 điểm cao thứ 2 với **Phân loại tổn thương thực quản trên nội soi**

Bảng 2. Phân loại tổn thương thực quản (n = 201)

Phân loại tổn thương		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không tổn thương		144	71,6
Có tổn thương thực quản	Viêm thực quản trào ngược	51	25,4
	Hẹp, Loét, xuất huyết, ung thư thực quản	0	0,0
	Barrett thực quản	6	3,0

Tỷ lệ bệnh nhân không tổn thương thực quản chiếm 71,6%. Tỷ lệ viêm thực quản trào ngược chiếm 28,4%, barret thực quản 3%, không có bệnh nhân nào hẹp thực quản, xuất huyết hay ung thư thực quản. **Phân loại tổn thương thực quản qua nội soi theo LA**

Bảng 3. Phân loại tổn thương thực quản qua nội soi theo LA (n = 51)

Tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ A	36	17,9
Độ B	14	7,0
Độ C	1	0,5
Độ D	0	0,0

Tỷ lệ tổn thương viêm thực quản trào ngược độ A chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,9%, Độ B 7%, độ C 0,5%. Không có trường hợp nào viêm thực quản trào ngược độ D trên nội soi. **ĐỐI CHIẾU ĐIỂM GERDQ VỚI TỔN THƯƠNG THỰC QUẢN**

Bảng 4. Đối chiếu điểm GERDQ với tổn thương thực quản (n = 201)

	Điểm GERDQ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
	8-10	≥11			
Có tổn thương	19 (9,4)	38 (19,0)	57	28,4	<0,0001
Không có tổn thương	125 (62,2)	19 (9,4)	144	71,6	
n (%)	144 (71,6)	57 (28,4)	201	100,0	

Tổng điểm GERDQ cao thì tỷ lệ tổn thương thực quản trên nội soi tăng lên. Có sự khác biệt giữa điểm GERDQ và tổn thương thực quản có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. **ĐỐI CHIẾU ĐIỂM GERDQ VỚI MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG THỰC QUẢN TRÊN NỘI SOI**

Bảng 5. Đối chiếu điểm GERDQ và mức độ tổn thương thực quản

Tổn thương thực quản		Tổng điểm GERDQ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
		8 - 10	≥ 11			
Hình ảnh nội soi	Độ A	12	24	36	17,9	<0,0001
	Độ B	7	7	14	7,0	
	Độ C	0	1	1	0,5	
	Độ D	0	0	0	0,0	
	Hẹp thực quản	0	0	0	0,0	
	Barrett thực quản	0	6	6	3,0	
n(%)		19 (9,5)	38 (18,9)	57	28,4	

Sự khác biệt về tổng điểm GERDQ với mức độ tổn thương thực quản có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001 < 0,05$

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $47,8 \pm 12,5$, tương đồng 1 số tác giả như Nguyễn Thị Diệu Trâm tuổi trung bình $43,05 \pm 12,24$, Thạch Hoàng Sơn với độ tuổi trung bình của bệnh nhân GERD là $42,0 \pm 11,7$ tuổi

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh GERD

Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng lâm sàng của GERD đa dạng, trong nghiên cứu này tỷ lệ BN ợ nóng chiếm tỷ lệ cao nhất 90,5%, ợ chua 85,6%. Theo tác giả Bồ Kim Phượng ợ nóng chiếm 100%, ợ chua 83,6%. Một số nghiên cứu ở Châu Á đã sử dụng triệu chứng nóng rát và hoặc ợ chua như là một chẩn đoán GERD. Các triệu chứng: buồn nôn, nôn chiếm 84,4%, ho khan 67,7%, đau ngực 48,8%. Một số triệu chứng tỷ lệ gặp thấp hơn như nuốt khó 15,9%, nuốt nghẹn 16,9%, khàn tiếng 19,9%, khó ngủ 43,8%. Các triệu chứng ngoài thực quản dù chiếm một tỷ lệ thấp nhưng có thể gây khó khăn cho việc chẩn đoán.

Tổng điểm GERDQ từ 8 - 10 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,6%, tổng điểm GERDQ từ 11- 13 chiếm với 26,4%, tổng điểm GERDQ từ 14- 18 chiếm 2%. Theo tác giả Đặng Thị Thu Hiền 82% BN có tổng GERDQ

từ 8 -10 chiếm 82%, tổng điểm từ 11- 13 chiếm 16%, tổng điểm từ 14- 16 chiếm 2% . Trong cả 2 nghiên cứu tổng điểm trong GERDQ từ 8 -10 đều chiếm đa số, tỷ lệ tổng điểm GERDQ từ 14- 18 chiếm tỷ lệ thấp chỉ 2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có tổn thương thực quản trên nội soi là 28,4%. Theo Vũ Thị Thu Trang nghiên cứu năm 2021 trên 239 bệnh nhân GERD thì tỷ lệ có tổn thương thực quản trên nội soi chiếm 58,6% [7]. Tỷ lệ phát hiện tổn thương thực quản do GERD rất khác nhau giữa các tác giả, một phần phụ thuộc vào kinh nghiệm của các nhà nội soi, phần khác do hạn chế của phương pháp nội soi thông thường. Ở Việt Nam phân độ LA đang được áp dụng rộng rãi nhất. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ tổn thương viêm thực quản trào ngược độ A chiếm tỷ lệ cao nhất 17,9%, chỉ có 1 BN (0,5%) viêm thực quản trào ngược độ C và không có trường hợp nào viêm thực quản trào ngược độ D. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu Quách Trọng Đức [8], Trần Mạnh Bắc, tỷ lệ viêm thực quản trào ngược độ A theo phân loại LA qua nội soi ở bệnh nhân GERD chiếm tỷ lệ cao nhất, tổn thương độ C và D cũng như những biến chứng như loét, Barrett thực quản, hẹp thực quản thì gặp với tỉ lệ thấp. Ở nghiên cứu của nước ngoài như: Wang, M tỷ lệ viêm thực quản trào ngược độ A 76,58%, độ B 14,2%, độ C 5,95%, độ D 3,35% [9], nghiên cứu Da Silva E.P và cộng sự nghiên cứu trên 218 bệnh nhân có viêm thực quản trên nội soi, phân loại LA độ A 114 (52,3%), độ B 77 (35,3%), độ C 24 (11,0%), độ D 3 (1,4%). Các nghiên cứu nước ngoài tỷ lệ bệnh nhân viêm thực quản trào ngược độ C, D gặp cao hơn ở Việt Nam.

Điểm GERDQ từ 8- 10 điểm có 144 BN, trong đó có 19 BN (9,4%) có tổn thương thực quản trên nội soi. Trong số 57 BN có tổng điểm GERDQ ≥ 11 có 38 BN (19%) số BN có tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm GERDQ từ 8- 10 với nhóm tổng điểm GERDQ ≥ 11 , điểm tác động < 3 và điểm tác động ≥ 3 với tổn thương thực quản trên nội soi và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Kết quả này tương đồng nghiên cứu Vũ Thị Thu Trang [7].

Viêm thực quản trào ngược độ A có 30 BN có tổng điểm GERDQ từ 8- 10 và 30 BN có tổng điểm GERDQ ≥ 11 . Viêm thực quản trào ngược độ B có 8 BN điểm GERDQ từ 8- 10 và 6 BN điểm GERDQ ≥ 11 . Viêm thực quản trào ngược độ C chúng tôi ghi nhận 1 BN và nằm ở nhóm tổng điểm GERDQ ≥ 11 . Đặc biệt trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện 6 BN có barrett thực quản và các BN này có điểm GERDQ ≥ 11 . Sự khác biệt về tổng điểm gerdq với mức độ tổn thương thực quản có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001 < 0,05$.

Nội soi cho phép sinh thiết và sàng lọc barrett. Cả 6 BN barrett trong nghiên cứu này đều là barrett đoạn ngắn. Mặc dù các yếu tố nguy cơ dịch tễ cho Barrett thực quản đã được xác định rõ (độ tuổi trên 50, béo phì, nam). Dữ liệu gần đây cho thấy có thể thực hiện nội soi tầm soát ở một số nhóm có nguy cơ đặc biệt là nam giới > 50 tuổi với các triệu chứng GERD mạn tính.

5. KẾT LUẬN

Triệu chứng GERD đa dạng, tỷ lệ tổn thương thực quản trên nội soi: 28,4 %, trong đó viêm thực quản trào ngược: độ A 17,9 %, độ B 7%, độ C 0,5 %, không có BN tổn thương độ D, barrett thực quản chiếm 3 %, không có BN hẹp thực, xuất huyết, ung thư thực quản. BN có tổn thương thực quản có 9,4% BN có điểm GERDQ từ 8 - 10 và 19% có GERDQ ≥ 11 . Có sự khác biệt giữa

điểm GERDQ, điểm tác động với tổn thương thực quản có ý nghĩa thống kê với p đều $< 0,0001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quách Trọng Đức, Bệnh GERD ở Việt Nam, một số đặc điểm dịch tễ học và các thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam; 33(8), 2013, 2158-2159.
- [2] Hojo M, Digestion 2020; 101: 66 -79.
- [3] Marco GP, Gastroesophageal Reflux Disease: Practice Essentials, Background, Anatomy. 2017.
- [4] El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC et al., Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut, 63(6), 2014, 871- 880.
- [5] Boeckstaens G, El-Serag HB, Smout AJPM et al., Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. Gut, 63(7), 2014, 1185-1193.
- [6] M Kusano, Interobserver and intraobserver variation in the endoscopic assessment of GERD using the Los Angeles classification. Gastroenterol Endosc; 49, 1999, 700-704.
- [7] Vũ Thị Thu Trang, Đối chiếu đặc điểm lâm sàng với tổn thương thực quản qua nội soi ở bệnh nhân GERD tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp; Tạp chí Y học Việt Nam, 515, 2022, 248- 254.
- [8] Quách Trọng Đức, Hồ Xuân Linh, Giá trị của bộ câu hỏi GERDQ trong chẩn đoán các trường hợp bệnh GERD có hội chứng thực quản; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh; 16, 2012, 15-22.
- [9] Wang, M. Relevance between GerdQ score and the severity of reflux esophagitis in Uyghur and Han Chinese. Oncotarget; 8(43), 2017, 74371-74377.

THE SITUATION OF SLEEP QUALITY IN MEDICAL STUDENTS OF VINH MEDICAL UNIVERSITY IN 2023

Le Thi Trang*, Bui Thi Thanh Hoa

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of sleep quality in students at Vinh Medical University in 2023

Research Method: Cross-sectional description designed on 426 students majoring in general medicine and pharmacy at Vinh University of Medicine by using the sleep quality index tool set - PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index).

Results: 43,0% of students had poor sleep quality (PSQI > 5); This rate among general practitioner students is 40,9%, and pharmacy students is 46,9%. The rate of poor sleep quality was highest among final-year students (59.4%), and lowest among first year students (27.1%). The average sleep time per night of students is 6,16 hours. There are statistically significant differences between students with poor sleep quality and students with good sleep quality across the following measures: average PSQI score, average sleep time per night, and average sleep time.

Conclusion: Students should manage study and entertainment time reasonably and effectively, and practice positive sleeping habits.

Keywords: Sleep quality; students; PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index).

*Corresponding author
Email address: letrang0812@gmail.com
Phone number: (+84) 374 714 236
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Lê Thị Trang*, Bùi Thị Thanh Hoa

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng chất lượng giấc ngủ ở sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 426 sinh viên ngành bác sĩ đa khoa và dược tại trường Đại học Y khoa Vinh bằng bộ công cụ đo chỉ số chất lượng giấc ngủ - PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index).

Kết quả nghiên cứu: Có 43,0% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI >5); Tỷ lệ này ở sinh viên bác sĩ đa khoa là 40,9%, sinh viên dược là 46,9%. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao nhất ở sinh viên năm cuối (59,4%), thấp nhất ở sinh viên năm đầu (27,1%). Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của sinh viên là 6,16 giờ. Có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê giữa sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém và sinh viên có chất lượng giấc ngủ tốt qua các thước đo: điểm PSQI trung bình, thời gian ngủ trung bình mỗi đêm, độ trễ của giấc ngủ.

Kết luận: Sinh viên nên quản lý thời gian học tập, giải trí một cách hợp lý và hiệu quả, thực hiện các thói quen ngủ tích cực.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ; sinh viên Y; PSQI.

*Tác giả liên hệ

Email: letrang0812@gmail.com

Điện thoại: (+84) 374 714 236

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một trong những nhu cầu sinh lý thiết yếu và cơ bản của con người. Ngủ không phải là lãng phí thời gian, hay là một cách nghỉ ngơi khi mọi việc quan trọng đã hoàn thành, thay vào đó giấc ngủ còn là một quá trình phục hồi, tích lũy và dự trữ năng lượng cần thiết cho cơ thể, đóng vai trò quan trọng trong việc cân bằng sức khỏe thể chất và tinh thần [1]. Có nhiều bằng chứng cho thấy chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến tình trạng tiền viêm, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và chuyển hóa, gây ra các bệnh về tâm thần, và cũng là nguyên nhân của những vụ tai nạn giao thông, tai nạn lao động do thiếu tỉnh táo [2 - 3].

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng tình trạng chất lượng giấc ngủ kém xảy ra phổ biến ở sinh viên đại học nói chung [4-5]. Do chương trình học khá đặc thù, yêu cầu cao về khối lượng kiến thức và kỹ năng, cùng với những kỳ thi lý thuyết và lâm sàng liên tục, sinh viên y khoa được coi là nhóm đối tượng đặc biệt dễ gặp các vấn đề về giấc ngủ. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của trường trường đại học Y dược Cần Thơ (2023) có đến 56,5% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém. Tỷ lệ này tại trường Đại học Duy Tân (2020) là 68,6% và trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2020) là 78,53% [6 - 8]. Trường Đại học Y khoa Vinh là một trong những trường đào tạo về nhân lực y tế cho tỉnh Nghệ An, khu vực Bắc Trung Bộ và cả nước. Để có kế hoạch cải thiện chất lượng giấc ngủ của sinh viên, nhằm nâng cao sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng học tập, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng chất lượng giấc ngủ của sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Y khoa và Dược đang theo học năm nhất, năm ba và năm cuối tại Trường Đại học Y khoa Vinh có mặt tại thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia

nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: p = 56,5% (tỉ lệ SV hệ bác sĩ đa khoa có chất lượng giấc ngủ kém ở Trường Đại học y dược Cần Thơ năm 2023) [6]. d: Sai số tuyệt đối cho phép, chọn d = 0,05. Cỡ mẫu tối thiểu n = 378. Thực tế, chúng tôi nghiên cứu trên 426 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng. Trong đó, mỗi tầng sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Tiến hành chọn mẫu theo các bước sau:

Bước 1: Phân tầng sinh viên theo ngành học. Trong 05 ngành đào tạo hệ chính quy, chọn chủ đích 02 ngành có số lượng sinh viên nhiều và đại diện cho các chương trình đào tạo của trường là Y khoa và Dược.

Bước 2: Trong 02 ngành Y khoa và Dược, tiếp tục phân tầng theo năm học. Chọn chủ đích sinh viên năm nhất, sinh viên năm ba và sinh viên năm cuối ở cả hai ngành và tiến hành thống kê số lượng sinh viên để chọn mẫu theo tỷ lệ kích cỡ mỗi tầng.

Bước 3: Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo cỡ mẫu mỗi tầng đã xác định. Đối với ngành Y khoa, trong hai khối năm nhất, năm ba và năm sáu có 12 lớp, tiến hành bắt thăm ngẫu nhiên theo từng lớp, mỗi lớp lấy 25 sinh viên đưa vào nghiên cứu. Ngành Dược, trong ba khối năm nhất, năm ba và năm năm có 05 lớp, bốc thăm ngẫu nhiên theo từng lớp, mỗi lớp lấy 25 sinh viên đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi, nơi ở, năm học, ngành học,...

Thực trạng chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI: gồm 19 mục được nhóm lại thành 7 phần (chất lượng giấc ngủ tự đánh giá, độ trễ giấc ngủ, thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ, sự gián đoạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày), mỗi phần được tính điểm từ 0-3. Tổng số điểm của 7 phần tạo nên điểm tổng, dao động từ 0-21 điểm, điểm càng cao thì chất



lượng giấc ngủ càng kém. Chất lượng giấc ngủ được cho là tốt khi điểm PSQI tổng thể ≤ 5 và kém khi điểm PSQI tổng thể > 5 .

Đặc điểm hành vi cá nhân: Uống rượu bia, tập thể dục thể thao, uống trà, uống cà phê, sử dụng điện thoại di động.

Đặc điểm môi trường ngủ: Nơi ở, tiếng ồn, không khí, mùi hương, nhiệt độ.

Áp lực học tập và áp lực xã hội của sinh viên: Áp lực trước thi, kết quả học tập, cạnh tranh bạn bè, quan hệ gia đình, quan hệ xã hội.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phương pháp thu thập thông tin: Thu thập thông tin định lượng bằng bộ câu hỏi phát vấn.

Công cụ thu thập số liệu: bộ câu hỏi có cấu trúc gồm 6 phần:

Phần 1: Đặc điểm cá nhân

Phần 2: Đặc điểm về thói quen, hành vi cá nhân

Phần 3: Đặc điểm về môi trường ngủ

Phần 4: Áp lực học tập

Phần 5: Áp lực xã hội

Phần 6: Chất lượng giấc ngủ dựa trên bảng câu hỏi Pittsburgh gồm 19 câu hỏi phát triển năm 1989 bởi

Daniel J. Buysse và cộng sự [9].

Quy trình thu thập số liệu gồm các bước sau:

Bước 1: Chuẩn bị: Liên hệ với lớp trưởng từng khối/lớp để được hỗ trợ về địa điểm và thời gian tiến hành phát vấn.

Bước 2: Tập huấn cho điều tra viên: Các điều tra viên sẽ được tập huấn về nội dung của bộ câu hỏi, hướng dẫn sinh viên cách trả lời phiếu điều tra.

Bước 3: Điều tra thử: Bộ công cụ dự kiến thử nghiệm trên 40 sinh viên tình nguyện.

Bước 4: Điều tra chính thức.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn thích hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh thông qua theo quyết định số 799/QĐ-ĐHYKV-QLKH. Các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các thông tin đối tượng cung cấp chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của sinh viên tham gia nghiên cứu (n = 426)

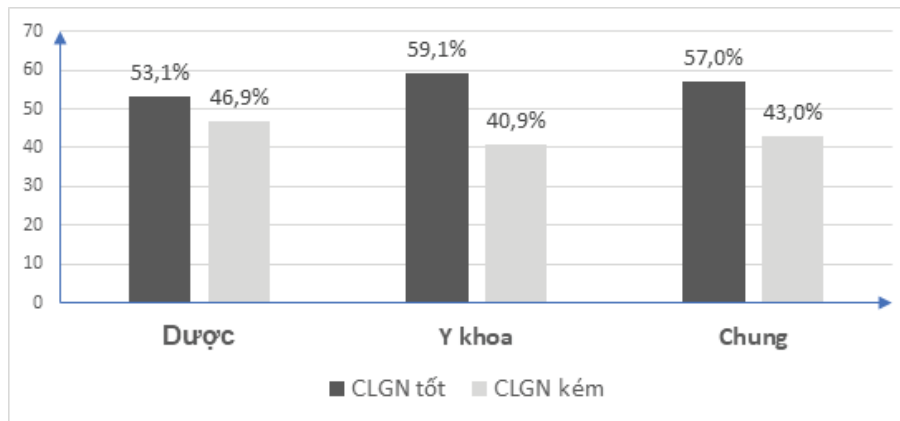
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	145	34,0
	Nữ	281	66,0
Tuổi	20,4 ± 2,06*		
Năm học	Năm nhất	140	32,9
	Năm ba	153	35,9
	Năm cuối	133	31,2
Nơi ở hiện tại	Nhà riêng/gia đình	46	10,8
	Ký túc xá	111	26,1
	Nhà trọ (1 mình)	165	38,7
	Nhà trọ (bạn bè)	104	24,4
Thu nhập hàng tháng	Gia đình chu cấp hoàn toàn	314	73,7
	Bản thân tự trang trải	9	2,11
	Gia đình chu cấp một phần	103	24,2

*Trung bình ± độ lệch chuẩn

Tỷ lệ sinh viên nữ chiếm 66,0% cao hơn so với sinh viên nam (34,0%). Độ tuổi trung bình của sinh viên là

20,4± 2,06. Có 63,1% sinh viên sống ở nhà trọ; nguồn thu nhập hàng tháng của sinh viên chủ yếu từ gia đình (73,7%).

Hình 1. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên trong một tháng vừa qua (n= 426)



Có 43,0% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5). Sinh viên ngành dược (46,9%) có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn so với sinh viên y khoa (40,9%).

Bảng 2. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên theo giới tính và năm học (n= 426)

Biến số		CLGN tốt		CLGN kém		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	86	59,3	59	40,7	0,497
	Nữ	157	55,9	124	44,1	
Năm học	Năm nhất	102	72,9	38	27,1	< 0,001
	Năm ba	87	56,9	66	43,1	
	Năm cuối	54	40,6	79	59,4	

Sinh viên nam có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém 40,7%, thấp hơn sinh viên nữ (44,1%). Những sinh viên năm cuối có chất lượng giấc ngủ kém cao nhất (59,4%), tỷ lệ

này thấp nhất ở các sinh viên năm đầu (27,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,001).



Bảng 3. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên theo các thành phần của thang đo PSQI

Thành phần	Đặc điểm	Tỉ lệ %
Chất lượng giấc ngủ theo chủ quan	Khá tốt, rất tốt	77,9
	Khá tệ, rất tệ	22,1
Độ trễ khi ngủ	Không thể ngủ trong vòng 30 phút	63,4
	Có thể ngủ trong vòng 30 phút	36,6
Thời lượng ngủ	< 7 giờ	62,0
	≥ 7 giờ	38,0
Hiệu quả giấc ngủ theo thói quen	≥85%	89,0
	< 85%	11,0
Rối loạn giấc ngủ	Tỉnh dậy vào nửa đêm/sáng sớm	54,2
	Phải thức dậy để sử dụng phòng tắm	36,2
	Khó thở	13,4
	Ho hoặc ngáy to	10,6
	Cảm thấy rất lạnh	17,1
	Cảm thấy rất nóng	35,7
	Gặp ác mộng	38,5
	Thấy đau	22,1
Phải dùng thuốc ngủ	Có	2,3
Rối loạn hoạt động ban ngày	Khó khăn khi cố gắng giữ tỉnh táo và duy trì hứng thú	89,4

Tỷ lệ sinh viên tự đánh giá giấc ngủ của mình ở mức tốt và khá tốt chiếm 77,9%. Tuy nhiên, có 62,0% sinh viên ngủ dưới 7 tiếng; 63,4% sinh viên phải mất hơn 30 phút mới có thể ngủ được, 54,2% sinh viên bị thức giấc giữa đêm hoặc sáng sớm và 89,4% cảm thấy có một chút khó khăn trong các hoạt động ban ngày.

Bảng 4. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên theo thời gian ngủ, số phút đi vào giấc ngủ và điểm trung bình PSQI (n=426)

Biến số	CLGN ($\bar{X} \pm SD$)		Chung	p*
	Kém	Tốt		
Thời gian ngủ trung bình	5,35 ± 1,12	6,78 ± 1,08	6,16 ± 1,3	p < 0,001
Số phút đi vào giấc ngủ	34,15 ± 21,05	15,78 ± 13,26	23,67 ± 19,31	p < 0,001
Điểm PSQI trung bình	8,22 ± 2,35	3,56 ± 1,33	5,56 ± 2,95	p < 0,001

(*: Independent Sample T-test)

Những sinh viên có thời gian ngủ trung bình 6,78 ± 1,08 giờ mỗi đêm và chỉ mất 15,78 ± 13,26 phút để vào

giấc ngủ thì có chất lượng giấc ngủ tốt hơn so với nhóm còn lại (p<0,001).

4. BÀN LUẬN

Dựa vào tổng điểm các thành phần đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI với điểm cắt là 5, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 43,0% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (tổng điểm PSQI >5 điểm). Sinh viên ngành bác sĩ đa khoa có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém thấp hơn sinh viên dược với tỷ lệ lần lượt là 40,9% và 46,9%.

Kết quả chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Tại Malaysia (2021), có đến 84% sinh viên ngành dược được báo cáo có chất lượng giấc ngủ kém [10]. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên những sinh viên năm nhất, năm ba và năm sáu; trong khi tại trường Đại học Sains, tất cả các sinh viên ngành dược đều được chọn vào mẫu. Tại Việt Nam, tỷ lệ này ở các trường Đại học Y dược Cần Thơ (2023), trường Đại học Duy Tân (2020), trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2020) lần lượt là 56,5%; 68,6% và 78,53% [6 - 8].

Kết quả bảng 2 cho thấy nữ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém cao hơn nam sinh viên với tỷ lệ lần lượt là 44,1% và 40,7%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p > 0,05$). Những sinh viên năm cuối (sinh viên dược năm thứ năm và bác sĩ đa khoa năm thứ sáu) trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm có chất lượng giấc ngủ kém cao nhất (59,4%). Tỷ lệ này giảm dần ở nhóm sinh viên năm thứ ba (43,1%) và thấp nhất ở sinh viên năm đầu (27,1%). Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Tấn Phước tại trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2020) với tỷ lệ sinh viên năm sáu có CLGN kém là 78,53% [8]. Nguyên nhân của kết quả này có thể là việc sinh viên có thói quen thức khuya để học bài, giải trí. Bên cạnh đó, sinh viên năm cuối còn có những áp lực về mặt điểm số để có thể tốt nghiệp ra trường đúng hạn, thi bác sĩ nội trú, làm việc ở nơi mình mong muốn. Tất cả những yếu tố này có thể sẽ gây ảnh hưởng tới chất lượng giấc ngủ của sinh viên.

Khi xem xét chất lượng giấc ngủ theo các thành phần của thang đo PSQI trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 77,9% sinh viên tự đánh giá chất lượng giấc ngủ của mình trong tháng vừa qua là khá tốt và rất tốt. Tuy nhiên 63,4% sinh viên không thể ngủ được trong vòng

30 phút và 62,0% ngủ không đủ giấc mỗi đêm (thời gian ngủ thực sự dưới 7 giờ mỗi đêm). Đây cũng có thể là một trong những lý do dẫn đến 89,4% sinh viên có các vấn đề rối loạn hoạt động ban ngày (Bảng 3). Thời gian ngủ của sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với thời gian ngủ khuyến nghị của Tổ chức giấc ngủ Quốc gia Hoa Kỳ dành cho nhóm tuổi 18 – 25 là 7 – 8 giờ [11].

Phân tích thời gian đi ngủ cho thấy mỗi đêm sinh viên thường mất trung bình 23,67 phút mới có thể đi vào giấc ngủ. Trong khi đó, nhóm sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém thời gian này thường kéo dài hơn với 34,15 phút (Bảng 4). Thời gian ngủ trung bình của sinh viên trong nghiên cứu là 6,16 giờ. Ở nhóm sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém, thời gian này ít hơn (5,35 giờ; $p < 0,001$). Kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Võ Lê Quảng Trị tại Đại học Y dược Cần Thơ (2023) với số giờ đi ngủ trung bình là 6,26 giờ [6]. Khi xem xét các đặc điểm của giấc ngủ, chúng tôi nhận thấy phần lớn sinh viên trong nghiên cứu đều có tình trạng thiếu ngủ, với thời lượng giấc ngủ ngắn (số giờ ngủ trung bình dưới 7 tiếng mỗi đêm) và thời gian để vào giấc ngủ kéo dài. Chất lượng giấc ngủ kém sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thể chất, tinh thần, kết quả học tập và chất lượng cuộc sống của sinh viên y khoa. Trong giới hạn của nghiên cứu mô tả cắt ngang, các kết quả trên chưa thể khái quát cho những quần thể khác. Trong tương lai cần có thêm những nghiên cứu mở rộng về đối tượng, địa điểm để có thể đánh giá toàn diện và khách quan hơn về vấn đề này.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (tổng điểm PSQI > 5) là 43,0%. Điểm trung bình PSQI = $5,56 \pm 2,95$. Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của sinh viên là $6,16 \pm 1,3$ giờ. Về độ trễ của giấc ngủ, 63,4% sinh viên cần hơn 30 phút mới có thể đi vào được giấc ngủ, thời gian trung bình để vào giấc là $23,67 \pm 19,31$ phút; 62,0% sinh viên có thời lượng ngủ dưới 7 giờ mỗi đêm; 89,4% gặp các vấn đề về rối loạn hoạt động ban ngày. Chất lượng giấc ngủ của sinh viên có liên quan đến thời gian ngủ trung bình mỗi đêm và độ trễ giấc ngủ.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Colette SK, Theresa AH, Jeanne FD, Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits. *Nature and Science of Sleep*, 2014, 6: 11.
- [2] Grandner MA, Megan RS, Victoria MP et al., Sleep duration, cardiovascular disease, and proinflammatory biomarkers. *Nature and Science of Sleep*; 5, 2013, 93-107.
- [3] Marco TM, Fernanda VN, Sergio T et al., Sleep Disorders as a Cause of Motor Vehicle Collisions. *Int J Prev Med* ; 4 (3), 2013, 246 – 257.
- [4] Nowreen N, Ahad F, Effect of smartphone usage on quality of sleep in medical students. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*; 8 (10), 2018, 1366 - 1370.
- [5] Centers for Disease Control and Prevention. Sleep and Sleep Disorders 2018, [https:// www.cdc.gov/sleep/index.html](https://www.cdc.gov/sleep/index.html).
- [6] Vo LQT, Tran VP, Nguyen TMN et al., Sleep quality and associated factors among third-year medical students at Can Tho university of medicine and pharmacy; *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*; 5, 2023, 29 - 35.
- [7] Nguyễn Thị Hà, Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của sinh viên y dược trường Đại học Duy Tân năm 2020; Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế, 2020.
- [8] Nguyễn Tấn Phước, Dương Minh Hằng, Mai Phương Thảo, Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và kết quả học tập của sinh viên y đa khoa năm 6, *Tạp chí Y học TP HCM*; 24 (2), 2020, 114 - 119.
- [9] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al., The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*; 28 (2), 1989, 193 - 213.
- [10] Nurul NMH, Siew CO, Guat SO, et al., Sleep quality and quality of life among Malaysian pharmacy undergraduate students. *Malaysian Journal of Pharmaceutical Sciences*; 19 (1), 2021, 65 – 75.
- [11] Lichtenstein GR, The Importance of Sleep. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*; 11 (12), 2015, 790.

NUTRITIONAL STATUS AND PORTION OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023

Phan Thi Dieu Ngoc*, Ngo Tri Hiep, Nguyen Thi Quynh Nga, Vu Thi Thu Thuy

Vinh Medical University – 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objectives: To identify malnutrition situation and 24-hour portion of patients with gastric cancer at Nghe An Oncology Hospital in 2023.

Research Methods: Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 55 gastric cancer patients at Nghe An Oncology Hospital from May 2022 to October 2023. The information was collected using a structured questionnaire, a survey paper of patients' 24-hour portion, direct medical examination and medical record search.

Results: The malnutrition rate by PG-SGA was 72,7%, in which the rate of severe malnutrition accounted for 49,1%. Patients did not meet the recommended needs for energy at 90.9%, protein at 69.0%, lipid at 60.0% and glucose at 92.0%. The rate of patients lacking vitamins and mineral salts according to recommended needs is also very high, from 41.8%.

Conclusion: Comprehensive nutritional assessment and related factors for gastric cancer patients should be performed to provide timely, appropriate nutritional intervention and increase treatment response and treatment effectiveness.

Keywords: Malnutrition; gastric cancer; PG-SGA; portion, cancer

*Corresponding author

Email address: phannhoc.vmu@gmail.com

Phone number: (+84) 904 373 377

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN ĂN THỰC TẾ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2023

Phan Thị Diệu Ngọc*, Ngô Trí Hiệp, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Vũ Thị Thu Thủy

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và đánh giá khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD) tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân UTDD tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 05/2023- 10/2023. Thông tin thu thập bằng bộ câu hỏi cấu trúc, phiếu điều tra khẩu phần ăn 24h đánh giá trong 3 ngày (2 ngày trong tuần và 1 ngày cuối tuần), khám trực tiếp và tra cứu hồ sơ bệnh án.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo PG- SGA là 72,7% trong đó SDD nặng chiếm 49,1%; Bệnh nhân không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng là 90,9%, protid là 69,0%, lipid là 60,0% và glucid là 92,0%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu các loại vitamin và muối khoáng theo nhu cầu khuyến nghị cũng rất cao từ 41,8% trở lên.

Kết luận: Bệnh nhân UTDD nên được hỗ trợ can thiệp dinh dưỡng kịp thời, thích hợp để cải thiện TTDD nhằm tăng đáp ứng về hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khoá: Suy dinh dưỡng; ung thư dạ dày; PG- SGA; khẩu phần ăn; ung thư.

*Tác giả liên hệ

Email: phanngoc.vmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 373 377

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Globocan 2020, UTDD có tỷ lệ mắc phổ biến thứ 5 trên toàn thế giới với 5,6% tương đương với 1.089.103 triệu người mắc mới, tỷ lệ tử vong đứng thứ 4 ở cả hai giới. Cũng theo báo cáo trên tại Việt Nam năm 2020 ước tính có 17.906 ca mắc mới đứng thứ 4 và chiếm 9,8% trong các loại ung thư [1]. UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20 - 85%, trong đó 14-94% bệnh nhân UTDD được chẩn đoán SDD [2 - 6]. TTDD của bệnh nhân UT chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố như vị trí và giai đoạn bệnh, triệu chứng tiêu hoá như nôn ói, giảm nhập năng lượng hay giảm hấp thu do điều trị,... Bên cạnh đó phần lớn bệnh nhân UTDD có khẩu phần ăn trước và sau phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các Vitamin cũng như một số chất khoáng. SDD trước và sau mổ có thể tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng (5 - 52%), giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị (hơn 25%), kéo dài thời gian nằm viện (8 - 15 ngày), tăng tỉ lệ tử vong, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh [7 - 8].

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 05/2023 - 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân được chẩn đoán UTDD đang điều trị tại khoa Nội 3, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hôn mê; không tự đứng được hay quá mệt mỏi; cảm giác không có khả năng trả lời các câu hỏi; có các khuyết tật cột chi dưới.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

toàn bộ bao gồm tất cả các bệnh nhân UTDD điều trị nội trú tại khoa Nội 3 Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 05/2023 đến 10/2023 thỏa mãn mọi tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 55 đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về thông tin chung.
- Biến số về giai đoạn bệnh.
- Nhóm biến số đánh giá TTDD.
- Nhóm biến số đánh giá khẩu phần ăn 24h.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân UTDD điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được thiết kế sẵn, phiếu điều tra khẩu phần ăn 24h, quan sát và khám đánh giá TTDD kết hợp cân đo đối tượng nghiên cứu và kết quả cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

Đánh giá TTDD của bệnh nhân sử dụng thang đo PG-SGA: PG-SGA là công cụ đánh giá TTDD riêng cho bệnh nhân UT, được cải biên từ phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan toàn cầu SGA, được xây dựng và cộng sự giới thiệu năm 1994 và hoàn thiện năm 2000. Đánh giá dinh dưỡng theo phương pháp PG-SGA gồm hai phần:

Phần 1: Kiểm tra bệnh sử (thay đổi cân nặng, thay đổi ăn uống, các triệu chứng tiêu hóa, thay đổi chức năng, các bệnh lý và nhu cầu về dinh dưỡng).

Phần 2: Khám lâm sàng: Tiến hành khám lâm sàng đánh giá tình trạng mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù của ĐTNC.

Cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân:

Mức độ A: 7 - 11 điểm: Dinh dưỡng tốt.

Mức độ B: 12 - 16 điểm: Suy dinh dưỡng nhẹ hoặc trung bình.

Mức độ C: ≥ 17 điểm: Suy dinh dưỡng nặng [9].



Bệnh nhân được xác định suy dinh dưỡng theo PG - Việt Nam). SGA khi số điểm > 11.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu phỏng vấn được kiểm tra, làm sạch và mã hóa trước khi nhập máy bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả về tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Số liệu khẩu phần ăn 24h được quy đổi và nhập vào phần mềm tính toán khẩu phần ăn Eiyokun (sử dụng bảng thành phần thực phẩm

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh thông qua theo quyết định số 756/QĐ-ĐHYKV-QLKH ngày 12/05/2023. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, thể chất và danh dự bệnh nhân. Ban giám đốc Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đồng ý cho nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 55)

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	34	61,8
	Nữ	21	38,2
Tuổi	<65 tuổi	33	60,0
	>65 tuổi	22	40,0
Nơi sống	Nông thôn, miền núi	49	89,1
	Thị trấn, thành phố	6	10,9
Trình độ học vấn	Cấp I	7	12,7
	Cấp II	36	65,5
	Cấp III	9	16,4
	Cao đẳng, đại học	3	5,5
Nghề nghiệp	Nông dân	42	76,4
	Hưu trí	6	10,9
	Các nghề khác	7	12,7

Bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ cao gấp 1,6 lần so với nữ giới (61,8% và 38,2%) tương ứng. Tuổi trung bình của ĐTNC là $61,85 \pm 1,534$. Tuổi mắc cao nhất

86, tuổi thấp nhất là 31 trong đó nhóm người cao tuổi dưới 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60 %.

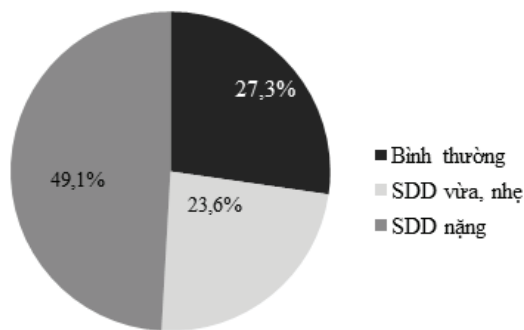
Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chẩn đoán bệnh (n = 55)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	33	60,0
	1 - 5 năm	22	40,0
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn 1	10	18,2
	Giai đoạn 2	14	25,5
	Giai đoạn 3	18	32,7
	Giai đoạn 4	13	23,6

Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm với 30 bệnh nhân chiếm 60,0% thời gian mắc bệnh trên 1-5 năm có 22 bệnh nhân chiếm 40,0%. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ là 32,7% và 25,5% bệnh nhân giai đoạn 2.

Hình 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số PG- SGA (n=55)

TTDD theo thang đo PG - SGA



Kết quả cho thấy có 49,1% ĐTNC có tình trạng suy dinh dưỡng nặng, 23,6% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 27,3% ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn trung bình 24h (n = 55)

Giá trị dinh dưỡng	TB ± SD	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		Nhu cầu khuyến nghị (NCKN)
		n	%	n	%	
Năng lượng (Kcal)	1287±44,3	5	9,1	50	90,9	1764±37,6
Protid (g)	55,3 ±2,4	16	31,0	39	69,0	66,1±1,41
Lipid (g)	40,3±2,3	22	40,0	33	60,0	41,2±6,4
Glucid (g)	171,1±6,25	4	8,0	51	92,0	251,3±5,36
Tỷ lệ P:L:G	17,1:28,1: 54,3					15:21:65

Giá trị dinh dưỡng		TB ± SD	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		Nhu cầu khuyến nghị (NCKN)	
			n	%	n	%		
Chất khoáng	Ca (mg)	873±90	18	32,7	37	67,3	956,3±14,4	
	P (mg)	935±64	32	58,2	23	41,8	700	
	Ca/P	0,84±0,4	4	7,3	51	92,7	1.36±0,02	
	Fe(mg)	11±2,3	2	3,6	53	96,4	19,2±0,88	
	Zn(mg)	5,14±6,5	21	38,2	34	61,8	5,01±0,06	
	Mg(mg)	168±13,2	-	-	55	100	205	
Vitamin	Vitamin A(mcg)	Nam	644,8±40,4	17	50	17	50,0	600
		Nữ	488,67±47,6	5	23,8	16	76,2	
	Vitamin B1(mg)	Nam	0.95±0,07	8	23,5	26	76,5	1,2
		Nữ	3±2,3	5	23,8	16	76,2	
	Vitamin B2(mg)	Nam	1,03±0,089	7	20,6	27	79,4	1,3
		Nữ	3,1±2.08	6	28,6	15	71,4	
	Vitamin PP(mg)	Nam	9,9±0,65	3	4,5	64	95,5	16
		Nữ	10,1±2,08	3	6,1	31	93,0	
Vitamin C(mg)	Nam	76,17±10	16	47,1	18	52,9	70	
	Nữ	62,7±7,6	8	38,1	13	61,9		

Đa phần bệnh nhân đều không đạt nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết. Về năng lượng khẩu phần ăn trung bình hằng ngày. Bệnh nhân không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng là 90,9%, protid là 69,0%, lipid là 60,0% và glucid là 92,0%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu các loại vitamin và muối khoáng theo nhu cầu khuyến nghị cũng rất cao từ 41,8% trở lên.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân UTDD

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân SDD là 72,7% trong đó có 23,6% bệnh nhân bị SDD nhẹ hoặc có nguy cơ SDD, 49,1% bệnh nhân bị SDD nặng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lai Nam Tài và cộng sự trên 92 bệnh nhân UTDD khoa Ung bướu Bệnh viện Y Dược Hồ Chí Minh có 68,5% bệnh nhân bị SDD trong đó 38,0% bệnh nhân bị SDD nhẹ hoặc có nguy cơ SDD và 30% bệnh nhân bị SDD nặng[10]

và nghiên cứu của Đoàn Duy Tân và cộng sự (2021) trên 130 bệnh nhân ung thư đại trực tràng trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược Hồ Chí Minh thấy bệnh nhân bị SDD chiếm 52,3% trong đó có 16,9% bệnh nhân bị SDD nặng [11]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy và cộng sự trên bệnh nhân UTDD điều trị hóa chất tại Bệnh viện K Tân Triều với 94,0% bệnh nhân bị SDD trong đó có 74,0% bệnh nhân bị SDD nặng và 20,0% bệnh nhân bị SDD nhẹ hoặc có nguy cơ SDD [12]. Sự khác nhau về tỷ lệ PG-SGA có thể lý giải do ở những nhóm bệnh UTDD khác nhau sẽ có tỷ lệ SDD khác nhau và phụ thuộc giai đoạn phát hiện bệnh, phát hiện bệnh ở giai đoạn càng muộn thì nguy cơ SDD càng cao.

4.2. Khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân UTDD

4.2.1. Mức đáp ứng nhu cầu năng lượng của ĐTNC

Dựa trên nhu cầu khuyến nghị về thành phần dinh dưỡng cho người Việt Nam bao gồm khuyến nghị về

nhu cầu năng lượng và nhu cầu về các chất dinh dưỡng theo các tiêu chí tuổi, giới tính, loại hình lao động, tình trạng sinh lý, bệnh lý và các yếu tố khác như sốt, stress, thói quen ăn uống của người dân [13]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tính tổng nhu cầu năng lượng trung bình một ngày dựa trên cân nặng nên có đối với từng bệnh nhân, khai thác khẩu phần ăn 24h để làm cơ sở so sánh với nhu cầu khuyến nghị (NCKN).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân UTDD có năng lượng khẩu phần ăn trung bình là $1287 \pm 44,3$ kcal/ngày (bảng 3). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Hạnh tiến hành trên bệnh nhân UTDD có năng lượng khẩu phần trung bình là $1284 \pm 355,3$ kcal/ngày [14]. So sánh 2 nghiên cứu ta thấy tỷ lệ lipid ở cả 2 nghiên cứu gần bằng nhau lần lượt có tỉ lệ là ($40,3 \pm 2,3\%$, $39,4 \pm 19,6\%$) tuy nhiên có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ protid và glucid. Nghiên cứu của chúng tôi, protid chiếm $55,3 \pm 2,4\%$ nhỏ hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Hạnh, $63,4 \pm 15,2$ [14].

4.2.2. Mức đáp ứng nhu cầu các chất dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả bảng 3 cho thấy phần lớn các đối tượng tham gia nghiên cứu không đáp ứng đủ nhu cầu các chất dinh dưỡng. Đa số các vi chất dinh dưỡng có số bệnh nhân đạt theo NCKN <40%. Điều đó có thể giải thích do thiếu các thành phần năng lượng sẽ kéo theo việc thiếu các vi chất dinh dưỡng như các vitamin B1, B2, PP là những vitamin đóng vai trò quan trọng trong quá trình trao đổi chất. Bên cạnh đó nó còn là nguyên liệu cần thiết trong quá trình chuyển hóa thức ăn thành năng lượng và điều hòa các phản ứng hóa học của trong cơ thể của các enzym, protein. Sự thiếu hụt vitamin C sẽ làm chậm quá trình oxy hóa và giảm sức đề kháng của cơ thể.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân không đạt NCKN các vi chất dinh dưỡng như sắt, canxi, vitamin B1, vitamin B2, vitamin PP, vitamin C chiếm tỷ lệ lần lượt là 96,4%, 67,3%, 76,5%, 79,4%, 95,%, 52,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương và cộng sự thấy tỷ lệ bệnh nhân không đạt NCKN về sắt, canxi, vitamin B1, vitamin B2, vitamin PP, vitamin C lần lượt là 90,3%, 82,9%, 53,6%, 78,2%, 82,7%, 36,5% [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam không đạt hàm lượng

vitamin A theo NCKN là 50,0%, và kết quả nghiên cứu lại thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lan Phương với tỷ lệ là 100% [15]

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh UTDD theo thang đo PG – SGA: 49.1% ĐTNC có tình trạng suy dinh dưỡng nặng, 23,6% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 27.3% ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng bình thường, không có BN nào thừa cân, béo phì. Về đánh giá khẩu phần ăn 24h: Bệnh nhân không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng là 90,9%, protid là 69,0%, lipid là 60,0% và glucid là 92,0%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu các loại vitamin và muối khoáng theo nhu cầu khuyến nghị cũng rất cao từ 41,8% trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] IARC, World cancer report: Cancer reseach for cancer prevetion. International Agency for Reseach on Cancer. Lyon, France, 2020.
- [2] Pham NV, SGA and measures for muscle mass and strength in surgical Vietnamese patients. Nutrition, 23 (4), 2007, 283 - 291.
- [3] Lương Đức Dũng, Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng đường tiêu hóa tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai 6 tháng đầu năm 2013; Trường Đại học Y Hà Nội, 2013
- [4] Trịnh Hồng Sơn, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ UTDD tại khoa C1, Bệnh viện Việt Đức Hà Nội năm 2013; Tạp chí Y học thực hành, 884(10), 2013, 3-7
- [5] Nguyễn Thị Thúy, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTDD trong quá trình điều trị hóa chất tại Bệnh viện K, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 146(10), 2021, 140-149
- [6] Nguyễn Thị Ngọc Lan, Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm kiểu gen của người bệnh ung thư dạ dày tại 4 bệnh viện ở Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 147(11), 2021, 63 - 71.
- [7] Fukuda Y, Prevalence of Malnutrition Among Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrectomy and Optimal Preoperative Nutritional Support



- for Preventing Surgical Site Infections. *Ann Surg Oncol*, 22 (3), 2015, S778 - S785.
- [8] Deftereos I, et al., A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection. *Eur J Surg Oncol*; 46 (8), 2020, 1423 - 1434.
- [9] Porporato PE, Understanding cachexia as a cancer metabolism syndrome. *Oncogenesis*; 5 (2), 2016, e200.
- [10] Lai Nam Tài và cộng sự, Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân UTDD tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022, *Tạp chí Y học Việt Nam*; 527 (1), 2023, 124-129.
- [11] Đoàn Duy tân và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Y học Việt Nam*; 500 (1), 2021, 252-256.
- [12] Nguyễn Thị Thúy và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTDD trong quá trình điều trị hoá chất tại Bệnh viện K năm 2020-2021, *Tạp chí Nghiên cứu Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*; 146 (10), 2021, 140-149.
- [13] Viện Dinh dưỡng, Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam; Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016.
- [14] Phan Thị Bích Hạnh, Thực trạng khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*; 13 (4), 2017, 93-98.
- [15] Trần Thị Lan Phương, Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của người bệnh ung thư tại khoa Ung bướu - Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021-2022, Luận văn cao học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.

CURRENT STATUS OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA ISOLATED IN URINE SAMPLES OF PATIENTS WITH URINARY TRACT INFECTIONS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Tran Thi Phuc*, Phan Thi Lua

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An, Viet Nam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objective: This study is to evaluate the current status of antibiotic resistance of bacteria isolated in urine samples of patients with urinary tract infections coming for examination and treatment at Nghe An General Friendship Hospital in 2023.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study was conducted at the Microbiology laboratory.

Results: Common bacteria causing Urinary tract infections are *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Enterococcus sp.* *E. coli* was resistant to many antibiotics, highest resistance to ampicillin (88.6%) and lowest to fosfomycin (3.6%), resistance to cephalosporine from 57.1 - 66.4% and quinolone (61.4 - 62.1%) but they were still highly sensitive to carbapenem and fosfomycin (87.1 - 89.3%). *P. aeruginosa* was resistant to all tested antibiotics from 42.9 to 57.1%. *K. pneumoniae* was most resistant to ampicillin (95.8%), followed by ampicillin/sulbactam (79.2%), cephalosporine (50.0-75.0%), quinolones (54.2 - 58.3%), carbapenem (37.5%) and lowest resistance to fosfomycin (16.7%). *Enterococcus sp.* bacterial strains was most resistance to erythromycin (75.0%), followed by quinolones (61.1 - 63.9%) and the lowest to vancomycin (2.8%).

Conclusion: From 258 urine samples with positive culture results, 278 bacterial strains were isolated, we performed antibiograms and received the results: *E. coli* is the bacteria that causes urinary tract infections with the highest rate and bacteria are increasingly resistant to many types of antibiotics in hospitals.

Keywords: Antibiotic resistance; Bacteria; Urinary tract infections.

*Corresponding author

Email address: Hongphuc0309@gmail.com

Phone number: (+84) 977 222 538

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN PHÂN LẬP ĐƯỢC TRONG MẪU NƯỚC TIỂU CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Trần Thị Phúc*, Phan Thị Lua

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được trong mẫu nước tiểu của bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 5/2023- 8/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành ở khoa xét nghiệm Vi Sinh Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Kết quả nghiên cứu: *E. coli* kháng nhiều loại kháng sinh, kháng cao nhất với ampicillin (88,6%) và thấp nhất với fosfomycin (3,6%), kháng cephalosporine từ 57,1 – 66,4%, quinolone (61,4 – 62,1%). Carbapenem và fosfomycin còn nhạy với tỷ lệ cao (87,1 – 89,3%). *P. aeruginosa* kháng tất cả các kháng sinh thử nghiệm từ 42,9 - 57,1%. *K. pneumoniae* kháng cao nhất với ampicillin (95,8%), kế tiếp là ampicillin/sulbactam (79,2%), cephalosporine (50,0 – 75,0%), quinolone (54,2 – 58,3%), carbapenem (37,5%) và kháng thấp nhất với fosfomycin (16,7%). Chủng *Enterococcus sp.* kháng cao nhất với erythromycin (75,0%), kế tiếp là quinolones (61,1 – 63,9%) và thấp nhất với vancomycin (2,8%).

Kết luận: Các vi khuẩn phân lập được đã kháng các kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau, đặc biệt các chủng vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem, Gram dương kháng vancomycin.

Từ khóa: Kháng KS; Vi khuẩn; Nhiễm khuẩn tiết niệu.

*Tác giả liên hệ

Email: Hongphuc0309@gmail.com

Điện thoại: (+84) 977 222 538

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kháng thuốc kháng sinh (KS) không phải là vấn đề mới, nhưng đã trở nên nguy hiểm, cấp bách, đòi hỏi phải có sự nỗ lực tổng hợp nhằm giúp nhân loại tránh khỏi nguy cơ quay trở lại thời kỳ chưa có KS [1]. Sự gia tăng tỷ lệ kháng KS của vi khuẩn (VK) là một trong những vấn đề nan giải đối với các thầy thuốc lâm sàng cũng như vi sinh. Rõ ràng, có mối liên hệ giữa sử dụng KS và mức độ kháng thuốc trên cả cấp độ cá nhân và cộng đồng.

Ở Việt Nam, tỷ lệ kháng KS chiếm 40%, đứng thứ tư về tỷ lệ kháng thuốc ở các nước tại châu Á - Thái Bình Dương [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, đã xuất hiện một vài trường hợp kháng cả colistin KS thế hệ mới nhất [2]. Hơn nữa, tình trạng các VK đa kháng KS có xu hướng ngày càng lan rộng và tồn tại dai dẳng, đặc biệt xuất hiện những chủng toàn kháng KS, gây không ít khó khăn cho việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó có nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN). Nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thực trạng kháng KS của các VK phân lập được trong mẫu nước tiểu của bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An (BVHNĐKNA) năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại BVHNĐKNA từ tháng 5/2023 - 8/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu bệnh phẩm nước tiểu của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 5/2023 - 8/2023, có chỉ định nuôi cấy, KS đồ.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ mẫu nước tiểu của bệnh nhân có chỉ định cấy nước tiểu đạt tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 5/2023 - 8/2023.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Loại VK, KS đồ (nhạy, kháng, trung gian theo các loại KS của bệnh viện), giới tính, nhóm tuổi và các khoa lâm sàng.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin nghiên cứu được trích từ hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân. Các xét nghiệm cấy nước tiểu và KS đồ được thực hiện tại khoa xét nghiệm Vi sinh của bệnh viện.

2.6.1. Danh mục hóa chất, sinh phẩm, thiết bị và dụng cụ sử dụng

Bảng 1. Danh mục hóa chất, máy móc, sinh phẩm sử dụng

Tên hóa chất, máy móc	Hãng sản xuất
Kit (Card) định danh vi khuẩn	Biomerieux, Pháp
Khoanh giấy kháng sinh	Oxoid, Anh
UTI agar	Oxoid, Anh
Blood agar (thạch máu)	Lavitec, Việt Nam
Đĩa thạch Mueller Hinton	Lavitec, Việt Nam
Máy định danh Vi khuẩn tự động Biomerieux Vitek 2 Compact	Biomerieux, Pháp
Tủ ấm nuôi cấy	Memmert, Đức
Kính hiển vi quang học	Olympus, Nhật
Máy đo độ đục MF	Biomerieux, Pháp
Tủ an toàn sinh học cấp 2	ESCO, Singapor

2.6.2. Quy trình phân lập và định danh vi khuẩn

Định danh VK tự động trên máy Viteck 2 Compact, sau đó thực hiện KS đồ để thu thập các chỉ số về mức độ nhạy cảm của chúng với các loại KS theo tiêu chuẩn của The Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) 2022.

Thực hiện kỹ thuật KS đồ theo quy trình “Kỹ thuật KS đồ bằng phương pháp khoan giấy KS khuếch tán” của Bộ Y tế (2017).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Để so sánh các tỷ lệ và khảo sát mối liên quan của các biến, chúng tôi

sử dụng test χ^2 , p, OR(CI95%).

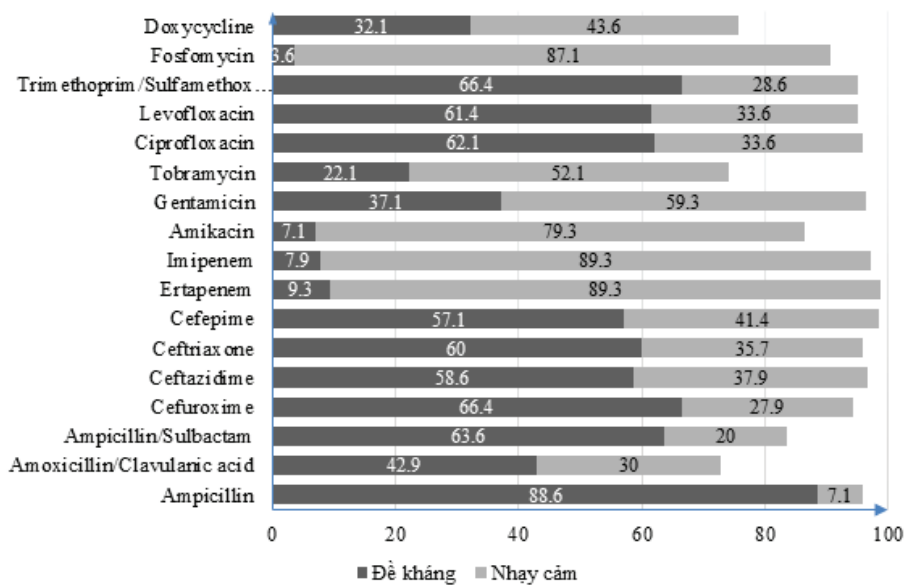
2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên đối tượng là mẫu bệnh phẩm nước tiểu của bệnh nhân. Công tác đánh giá và quá trình nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh nhân. Các thao tác kỹ thuật được tuân thủ theo yêu cầu về an toàn sinh học. Đề tài cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng chiến lược dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn hiệu quả và phù hợp.

3. KẾT QUẢ

3.1. Mức độ kháng KS của E. coli (n = 140)

Hình 1. Mức độ kháng KS của E. coli

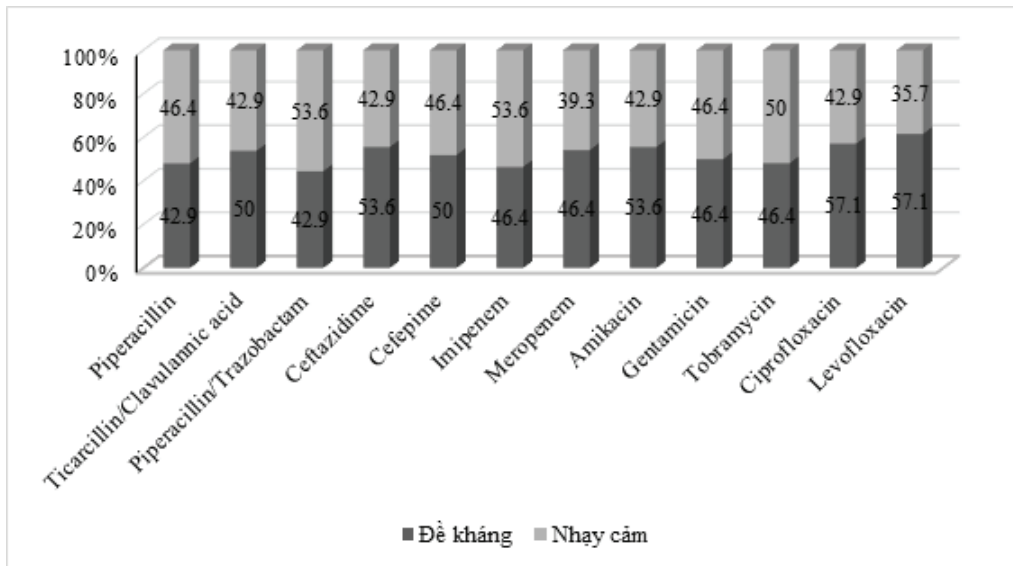


E. coli kháng nhiều loại KS với tỷ lệ tương đối cao, kháng cao nhất với ampicillin (88,6%) và thấp nhất với fosfomycin (3,6%). Tỷ lệ *E. coli* kháng cephalosporine

từ 57,1 – 66,4%, quinolone (61,4 – 62,1%). Carbapenem và fosfomycin còn nhạy với tỷ lệ cao (87,1 – 89,3%). $p < 0,01$.

3.2. Mức độ kháng KS của *P. aeruginosa* (n = 28)

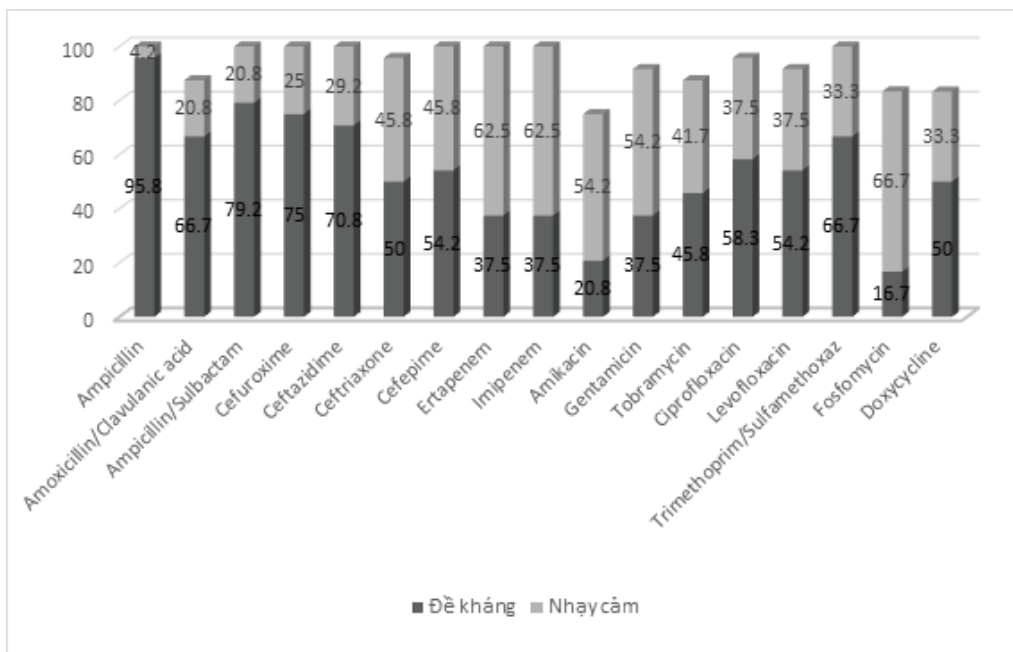
Hình 2. Mức độ kháng KS của *P. aeruginosa*



P. aeruginosa kháng trên 40% với tất cả các KS thử nghiệm, kháng cao nhất với quinolone (57,1%) và thấp nhất với piperacillin và piperacillin/tazobactam (42,9%).

3.3. Mức độ kháng KS của *K. pneumoniae* (n = 24)

Hình 3. Mức độ kháng KS của *K. pneumoniae*

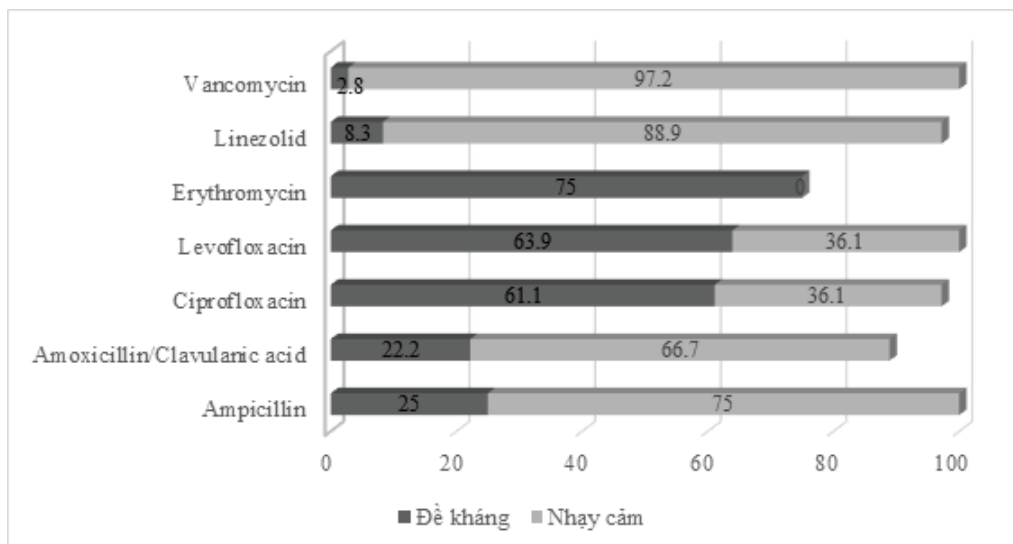


K. pneumoniae kháng cao nhất với ampicillin (95,8%), kế tiếp là ampicillin/sulbactam (79,2%), cephalosporine (50,0 - 75,0%), quinolone (54,2 - 58,3%), carbapenem (37,5%) và kháng thấp nhất với fosfomycin (16,7%).



3.4. Mức độ kháng KS của *Enterococcus sp* (n=36).

Hình 4. Mức độ kháng KS của *Enterococcus sp*



Chủng *Enterococcus sp.* kháng cao nhất với erythromycin (75,0%), kế tiếp là quinolones (61,1 - 63,9%) và thấp nhất với vancomycin (2,8%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ kháng KS của *E. coli*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* đã kháng với tất cả KS thử nghiệm ở các mức độ khác nhau, kháng cao nhất với ampicillin (88,6%) (hình 1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (89,3%) [3]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Kiều Chí Thành tại bệnh viện Quân y 103 (2017) (81,2%) [4] và Trần Thị Kiều Phương tại bệnh viện Bạch Mai (2022) (85,0%) [5], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy (2014) (97,3%) [6] và Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (97,9%) [7].

Quinolone là một trong những nhóm KS được sử dụng phổ biến nhất. *E. coli* kháng nhóm này từ 61,4 - 62,1%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương tại bệnh viện Bạch Mai (2022) (62,8%) [5] và Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (56,1 - 63,8%) [3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Kiều Chí Thành tại bệnh viện Quân

y 103 (2017) (70,6 - 75%) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* kháng cephalosporine từ 57,1 - 66,4%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (54,9 - 76,3%) [3] nhưng thấp hơn các nghiên cứu của Kiều Chí Thành (2017) (70%) [4] và Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (70,3 - 100%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ *E. coli* kháng cefepime (KS cephalosporine thế hệ 4) (57,1%) cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương tại bệnh viện Bạch Mai (2022) (44,0%) [5]. Carbapenem là nhóm KS thường được sử dụng trong các nhiễm khuẩn nặng. Kết quả của chúng tôi cho thấy, *E. coli* còn nhạy cảm cao với nhóm KS này (89,3%), tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (85,0 - 93,2%) [3] và Kiều Chí Thành (2017) (90,7% - 95,1%) [4] nhưng cao hơn nghiên cứu của Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (55,2 - 67,2%) [7].

Đối với KS nhóm phối hợp β -lactam và chất ức chế β -lactamase, *E. coli* kháng amoxicillin/clavulanic acid với tỷ lệ 42,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (43,6%) [3] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị An Hà tại bệnh viện Đa khoa Thành phố

Vinh (2018) 72,7%) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E. coli* kháng ampicillin/sulbactam 63,6%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (67,2%) [7] nhưng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (29,8%) [3].

Fosfomycin và amikacin là hai KS mới được đưa vào sử dụng trong những năm gần đây và được quản lý chặt chẽ. Chính vì vậy mà trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ *E. coli* kháng các KS này đang ở mức thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, *E. coli* kháng fosfomycin với tỷ lệ 3,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương tại bệnh viện Bạch Mai (2022) (2,5%) [5] nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Minh Tiến tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2017) (25,0%) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ *E. coli* kháng amikacin (7,1%), tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy (2014) (7,1%) [6] và Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (6,3%) [3]. Như vậy, có nhiều nghiên cứu chỉ ra mức độ kháng của *E. coli* ngày càng tăng và kháng lại nhiều KS mạnh. Sự nhạy cảm và kháng KS của *E. coli* trong NKTN qua các nghiên cứu ở các thời điểm, địa điểm khác nhau có một số điểm tương đồng nhưng cũng có những điểm khác biệt đáng kể. Điều này có thể do sự khác nhau về chính sách quản lý và sử dụng KS trong cộng đồng.

4.2. Mức độ kháng KS của *P. aeruginosa*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ kháng KS của *P. aeruginosa* tương đối cao, trên 40% tất cả các KS thử nghiệm (hình 2). Ceftazidime là KS thường được sử dụng điều trị nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa*. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ kháng ceftazidime đã lên đến 53,6%, tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (2018) (50%) [9]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Kiều Chí Thành tại bệnh viện Quân y 103 (2017) (38,9%) [4] và Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (28,6%) [3] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy (2016) (70%) [10] và Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (88,6%) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *P. aeruginosa* kháng cao nhất với nhóm quinolone (57,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kiều Chí Thành (2017) (60%) [4], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga (2016) (kháng ciprofloxacin 73,8%) [10] và Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (kháng ciprofloxacin 88,6%) [7]. Tỷ lệ kháng carbapenem của *P. aeruginosa* trong nghiên cứu này 46,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Kiều Chí Thành tại bệnh viện Quân y 103 (2017) (26 - 31,2%) [4] nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (62,5%) [3] và Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (82,9 - 85,7%) [7]. Sự khác biệt này có thể giải thích do thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

4.3. Mức độ kháng KS của *K. pneumoniae*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, *K. pneumoniae* kháng cao nhất với ampicillin (95,8%) (hình 3). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (100%) [7]. *K. pneumoniae* kháng cephalosporine với tỷ lệ khá cao, cụ thể: ceftriaxone (50,0%), cefepime (54,2%), ceftazidime (70,8%), cefuroxime (75,0%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (ceftriaxone 89,1%, cefepime 85,5%, ceftazidime 90,9%) [7]. Kháng các cephalosporine, quinolone với tỷ lệ cao làm cho việc lựa chọn KS điều trị trở nên khó khăn hơn, đặc biệt là sự xuất hiện nhiều chủng VK này kháng carbapenem. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, *K. pneumoniae* kháng carbapenem là 37,5%, tương đồng so với các nghiên cứu của Trà Anh Duy tại bệnh viện Bình Dân (2014) (28,6 - 37,5%) [11]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Quốc Huy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2021) (76,4 - 80,0%) [7]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về địa điểm và thời gian nghiên cứu, cách sử dụng và chính sách quản lý KS trong điều trị ở các vùng, miền, các khu vực khác nhau.

4.4. Mức độ kháng KS của *Enterococcus sp.*

Chủng *Enterococcus sp.* kháng cao nhất với erythromycin (75,0%) (hình 4). Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu của Lê Đình Khánh tại bệnh

viện Trường Đại học Y Dược Huế (2018) (91,67%) [9] và Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (100%) [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ *Enterococcus sp.* kháng quinolone là 61,1 - 63,9%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2021) (50,0 - 60,0%) [3]. *Enterococcus sp.* đã kháng vancomycin với tỷ lệ là 2,8%. Trong khi đó, theo các nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy (2014) và Lê Đình Khánh tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (2018), chưa ghi nhận VK này kháng vancomycin [6,9]. Tuy nhiên, ngày càng xuất hiện nhiều chủng *Enterococcus sp.* kháng với KS này.

5. KẾT LUẬN

Từ 258 mẫu nước tiểu có kết quả nuôi cấy dương tính, phân lập được 278 chủng VK, chúng tôi thực hiện làm KS đồ và có kết quả: *E. coli* kháng nhiều loại KS với tỷ lệ tương đối cao, kháng cao nhất với ampicillin (88,6%) và thấp nhất với fosfomycin (3,6%). Tỷ lệ *E. coli* kháng cephalosporine từ 57,1 - 66,4%, quinolone (61,4 - 62,1%). Carbapenem và fosfomycin còn nhạy với tỷ lệ cao (87,1 - 89,3%). *P. aeruginosa* kháng trên 40% với tất cả các KS thử nghiệm, kháng cao nhất với quinolone (57,1%) và thấp nhất với piperacillin và piperacillin/tazobactam (42,9%). *K. pneumoniae* kháng cao nhất với ampicillin (95,8%), kế tiếp là ampicillin/sulbactam (79,2%), cephalosporine (50,0 - 75,0%), quinolone (54,2 - 58,3%), carbapenem (37,5%) và kháng thấp nhất với fosfomycin (16,7%). Chủng *Enterococcus sp.* kháng cao nhất với erythromycin (75,0%), kế tiếp là quinolones (61,1 - 63,9%) và thấp nhất với vancomycin (2,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc giai đoạn từ năm 2013 - 2020», 2013.
- [2] Đài truyền hình Việt Nam, Việt Nam đứng thứ 4 ở châu Á - Thái Bình Dương về tỷ lệ kháng thuốc KS. Truy cập 24/10/2023. <https://vtv.vn/xa-hoi/viet-nam-dung-thu-4-o-chau-a-thai-binh-duong-ve-ty-le-khang-thuoc-khang-sinh-20201121181547797.htm>.
- [3] Nguyễn Thị Nhung, Lưu Thị Bình, Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Tạp chí Y học Việt Nam; 2(508), 2021, 1-6.
- [4] Kiều Chí Thành, Nghiên cứu tỷ lệ và tính kháng KS của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Quân y 103 (2014 - 2016); Tạp chí Thời sự y học, 12/2017, 20-25.
- [5] Trần Thị Kiều Phương, Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Việt Nam, 2(518), 2022, 279 -282.
- [6] Trần Thị Thanh Nga, Các tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp và đề kháng KS tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2013; Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh; 18(4), 2014.
- [7] Trần Quốc Huy, Lý Ngọc Trâm, Lê Văn Chương và cộng sự, Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng KS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021; Tạp chí Y học Việt Nam; 1(523), 2021, 256-261.
- [8] Phạm Minh Tiến, Đặc điểm các trường hợp nhiễm khuẩn niệu liên quan ống thông tiểu tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM năm 2017, Tạp chí Thời sự y học; 12/2017, 26 -30.
- [9] Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Khoa Hùng & cs, Tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế; Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, Số 3, tháng 6/2018(8): p. 100.
- [10] Trần Thị Thanh Nga, Các tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp và đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2014 - 2015; Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh; 17(1), 2016, 4.
- [11] Trà Anh Duy, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Khảo sát những yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong bệnh lý hẹp niệu đạo, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 18(1), 2014, 6.

CHANGES IN SOME PHYSIOLOGICAL - BIOCHEMICAL INDICATORS BEFORE AND AFTER HEMODIALYSIS IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Tran Thi Thuy Duong*

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh City, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: To investigate the changes in some physiological - biochemical indicators before and after hemodialysis and evaluate the effectiveness of blood filtration through the URR index in patients with end-stage renal disease at Vinh University Medical University Hospital.

Research methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at Vinh University Medical University Hospital from June 2023 to November 2023.

Research results: The average age of the study group was 50.33 ± 14.75 ; the male/female ratio was 50.9% and 49.1% respectively; the most common cause of the disease was glomerulonephritis (41.8%). The physiological - biochemical indicators before and after hemodialysis showed significant changes: blood pressure decreased after hemodialysis (from $133.78 \pm 7.77/72.05 \pm 2.95$ mmHg to $131.56 \pm 2.47/71.71 \pm 2.885$ mmHg), blood urea decreased from 22.03 ± 5.9 to 6.40 ± 2.45 mmol/l ($p < 0.05$), blood creatinine decreased from 1002.07 ± 327.98 to 382.16 ± 179.90 umol/l ($p < 0.05$), blood sodium decreased from 143.56 ± 5.76 to 140.2 ± 5.23 mmol/l, blood potassium decreased from 6.09 ± 0.75 to 5.23 ± 1.16 mmol/l. The average URR index was 68.55 ± 1.49 . Among them, 67.3% of the cases had a URR index $\geq 65\%$ after 6 months, with significant reduction in clinical symptoms after blood filtration, especially loss of appetite and fatigue (reduced by 58.3%), nausea - vomiting (reduced by 50%).

Conclusion: Most end-stage renal disease patients achieved the URR index after filtration.

Keywords: URR; End-stage renal disease blood filtration cycle

*Corresponding author

Email address: Tranduongykv@gmail.com

Phone number: (+84) 917 381 015

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH LÝ - HÓA SINH TRƯỚC VÀ SAU CHẠY THẬN NHÂN TẠO Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Trần Thị Thùy Dương*

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Hưng Dũng, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự thay đổi một số chỉ số sinh lý – hóa sinh trước - sau chạy thận nhân tạo và đánh giá hiệu quả lọc máu thông qua chỉ số URR ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2023

Kết quả nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $50,33 \pm 14,75$; tỷ lệ nam/nữ chiếm 50,9%, nữ chiếm 49,1%; nguyên nhân gây bệnh nhiều nhất là do viêm cầu thận (41,8%). Các chỉ số sinh lý - hóa sinh trước và sau chạy thận thay đổi có ý nghĩa: huyết áp giảm sau chạy thận (từ $133,78 \pm 7,77/72,05 \pm 2,95$ mmHg còn $131,56 \pm 2,47/71,71 \pm 2,885$ mmHg), Ure máu giảm từ $22,03 \pm 5,9$ xuống còn $6,40 \pm 2,45$ mmol/l ($p < 0,05$), Creatinin máu giảm từ $1002,07 \pm 327,98$ xuống còn $382,16 \pm 179,90$ umol/l ($p < 0,05$), natri máu giảm từ $143,56 \pm 5,76$ còn $140,2 \pm 5,23$ mmol/l, kali máu giảm từ $6,09 \pm 0,75$ còn $5,23 \pm 1,16$ mmol/l. Chỉ số URR trung bình là $68,55 \pm 1,49$. Trong đó có 67,3% ca lọc có chỉ số URR $\geq 65\%$ sau 6 tháng, triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau lọc máu, nhất là triệu chứng chán ăn mệt mỏi (giảm 58,3%), buồn nôn - nôn (giảm 50%).

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đạt chỉ số URR sau lọc.

Từ khóa: URR; bệnh thận mạn giai đoạn cuối; lọc máu chu kỳ.

*Tác giả liên hệ

Email: Tranduongykv@gmail.com

Điện thoại: (+84) 917 381 015

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), 10% dân số thế giới đang phải đối mặt với các bệnh lý về thận và mỗi năm, bệnh lý này cướp đi mạng sống của 5 - 10 triệu người, trong đó bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) là gánh nặng toàn cầu vì ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe của người bệnh, gia tăng chi phí điều trị, cũng như tỷ lệ tử vong cao nếu không được can thiệp kịp thời [1 - 3]. Với bối cảnh ở Việt Nam, bệnh nhân BTMGĐC được ghép thận chưa nhiều (do điều kiện kinh tế, nguồn thận ghép khan hiếm...), thì lọc máu ngoài thận vẫn là phương pháp được lựa chọn để duy trì cuộc sống của họ. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu là khảo sát sự thay đổi một số chỉ số sinh lý – hóa sinh trước - sau chạy thận nhân tạo (CTNT) và đánh giá hiệu quả lọc máu thông qua chỉ số URR ở bệnh nhân BTMGĐC tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Thận Nhân tạo và Khoa Xét nghiệm – Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán BTMGĐC lọc máu chu kỳ CTNT tại Khoa Thận Nhân tạo – Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân là trẻ em <15 tuổi, phụ nữ mang thai.
- Bệnh nhân mới được truyền máu < 2 tháng.
- Bệnh nhân có bệnh lý đặc biệt đòi hỏi chương trình lọc máu riêng: phù phổi cấp.
- Bệnh nhân đang dùng 1 số loại thuốc hay chất có khả năng chống oxy hóa như vitamin A, C.
- Bệnh nhân suy thận cấp, ung thư giai đoạn cuối...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, số lần lọc máu.
- Triệu chứng lâm sàng khi vào viện, nguyên nhân gây bệnh
- Chỉ số sinh lý: huyết áp, cân nặng, nhịp tim, công thức máu trước và sau CTNT.
- Chỉ số hóa sinh máu: ure, creatinin, điện giải, GPT, Triglycerid, Cholesterol. Glucose, Albumin trước và sau CTNT, Chỉ số URR.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Hệ thống máy hóa sinh tự động: Humanstar 600 và hóa chất đi cùng hãng máy

+ Phương pháp EP, KT, FT.

+ Dùng để tiến hành các chỉ số xét nghiệm hóa sinh: creatinin, ure, GPT, Albumin, Tri glycerid, Cholesterol, glucose

- Hệ thống máy xét nghiệm điện giải đồ: Natri, Kali máu

- Hệ thống máy tổng phân tích tế bào máu tự động: ADIVIA 2120i và hóa chất đi cùng hãng máy. Phương pháp laser.

- Tất cả các xét nghiệm được tiến hành trên bệnh nhân sau khi đã tiến hành các bước kiểm tra chất lượng (IQEQA) phù hợp theo quy định

- Đo huyết áp: máy đo huyết áp cầm tay

- Cân nặng: Cân đo

- Máy lọc máu nhân tạo NIKKISO DBB -27

- Protocol nghiên cứu

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Excel, SPSS 20. Kết quả trình bày



theo dạng bảng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn thích hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin

của người tham gia nghiên cứu được xử lý và công bố dưới hình thức số liệu, không nêu danh cá nhân. Đề tài được thực hiện vì mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Bảng phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n = 55)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	16	29,1
	41 - 60	26	47,3
	> 60	13	23,6
	$\bar{X} \pm SD: 50,33 \pm 14,75$		
Giới tính	Nam	28	50,9
	Nữ	27	49,1

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $50,33 \pm 14,75$. Tỷ lệ nam chiếm 50,9%, nữ chiếm 49,1%.

Bảng 2. Bảng phân bố theo nguyên nhân gây bệnh (n = 55)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm cầu thận	23	41,8
ĐTĐ	8	14,5
Sỏi hệ tiết niệu	1	1,8
Thận đa nang	2	3,6
Nguyên nhân khác	21	38,2

Nguyên nhân gây BTMGĐC do viêm cầu thận chiếm tỷ lệ 41,8%, ĐTĐ chiếm 14,5%.

Bảng 3. Sự thay đổi chỉ số sinh lý trước và sau chạy thận (n = 55)

Chỉ số	Thời gian	Trước CTNT $\bar{X} \pm SD$	Sau CTNT $\bar{X} \pm SD$	p
	Huyết áp tâm thu (mmHg)		133,78 ± 7,77	
Huyết áp tâm trương (mmHg)		72,05 ± 2,95	71,71 ± 2,88	
Cân nặng (kg)		54,57 ± 10,77	52,24 ± 10,59	

Huyết áp, cân nặng ở nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm sau khi CTNT.

Bảng 4. Sự thay đổi một số chỉ số hóa sinh máu trước và sau chạy thận

Chỉ số	Thời gian	Trước CTNT $\bar{X} \pm SD$ (a)	Sau CTNT $\bar{X} \pm SD$ (b)	p (a & b)
Ure (mmol/l)		22,03 ± 5,9	6,40 ± 2,45	p < 0,05
Creatinin (μmol/l)		1002,07±327,98	382,16 ± 179,90	
Natri (mmo/l)		143,56 ± 5,76	140,2 ± 5,23	
Kali (mmo/l)		6,09 ± 0,75	5,23 ± 1,16	

Nồng độ ure và creatinin giảm mạnh, nồng độ natri và kali máu giảm sau chạy thận, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau chạy thận (n = 55)

Triệu chứng lâm sàng	Trước CTNT	Sau CTNT	Tỷ lệ giảm triệu chứng
Chán ăn - Mệt mỏi	48	20	53,8
Đau đầu	16	11	31
Buồn nôn, nôn	12	6	50
Đau ngực	12	9	25
Khó thở	10	9	10

Sau chạy thận thì triệu chứng giảm nhiều nhất là: chán ăn mệt mỏi (giảm 58,3%), buồn nôn - nôn (giảm 50%).

Bảng 6. Đánh giá hiệu quả lọc máu thông qua chỉ số URR (n = 55)

Chỉ số URR (%)	< 65%		≥ 65%	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	18	32,7	37	67,3
(X±SD)	68,55 ± 1,49			

Qua buổi lọc chỉ số URR trung bình là 68,55 ± 1,49. Trong đó có 67,3% ca lọc có chỉ số URR ≥ 65%, và 32,7% ca lọc có chỉ số URR < 65%

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,33 ± 14,75. Tỷ lệ nam chiếm 50,9%, nữ chiếm 49,1%. Ở nước ta, có rất nhiều công trình nghiên cứu trên bệnh

nhân BTMGĐC, tuy mục đích mỗi công trình là khác nhau song về cơ bản đã cho thấy một mối tương đồng khi xem xét đến đặc điểm về độ tuổi và giới. Như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương (2013), độ tuổi trung bình là (44,52 ± 13,81) [4]. Nghiên cứu của Trần Văn Trước, Trần Viết An (2019) độ tuổi trung bình là 51,43 ± 15,38 [5]. Nghiên cứu của Trần Tất Thắng, Hoàng Thị Thành (2022) cho thấy độ tuổi trung bình là 55,6 ± 17,8, trong đó bệnh nhân nam chiếm 54%, bệnh nhân nữ chiếm 46%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2015) độ tuổi 30-60 chiếm 75%, tỷ lệ nam 48% nữ 52% [6].

Khảo sát các nguyên nhân gây BTMGĐC, chúng tôi thấy nguyên nhân do viêm cầu thận chiếm tỷ lệ 41,6%, đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm 14,5%. So sánh với kết quả của Nguyễn Đình Vũ (2010) khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân BTMGĐC ở Huế nguyên nhân do ĐTĐ chiếm 7,5%, do viêm cầu thận chiếm 37,5%, trong khi nhóm bệnh nhân lọc máu ở Pháp thì nguyên nhân gây bệnh do ĐTĐ chiếm 29%, do viêm cầu thận chiếm 17,5% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2015), 96% nguyên nhân gây BTMGĐC là do viêm cầu thận [6]. Có thể thấy, bệnh nhân BTMGĐC ở các nước thường lớn tuổi hơn do họ đã có một quá trình theo dõi và điều trị bảo tồn BTM trước đó, khiến cho tiến triển đến BTMGĐC chậm hơn, trong khi tại Việt Nam thường không được phát hiện và điều trị sớm. Ngoài ra, bệnh nhân BTMGĐC tại Việt Nam thường do bệnh lý cầu thận gây ra. Nguyên nhân này phần lớn liên quan đến nhiễm trùng và tiềm tàng từ khi bệnh nhân còn nhỏ. Trong khi đó, ở các nước trên thế giới, BTMGĐC thường do ĐTĐ hoặc tăng huyết áp, hai loại bệnh này lại thường khởi phát vào tuổi trung niên.

4.2. Sự thay đổi một số chỉ số sinh lý - hóa sinh trước và sau chạy thận

Nghiên cứu trên 55 bệnh nhân BTMGĐC cho thấy một số chỉ số sinh lý như huyết áp giảm sau chạy thận (từ $133,78 \pm 7,77/72,05 \pm 2,95$ mmHg còn $131,56 \pm 2,47/71,71 \pm 2,885$ mmHg). So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương (2013) huyết áp giảm sau chạy thận ($171,38 \pm 25,54 / 103,45 \pm 15,65$ mmHg còn $139,4 \pm 14 / 80,9 \pm 9,1$ mmHg) thì kết quả của chúng tôi thấp hơn, về chỉ số cân nặng giảm sau chạy thận từ $54,57 \pm 10,77$ còn $52,24 \pm 10,59$ kg [4]. So sánh với kết quả của Nguyễn Thị Mai Lan (2009) sau chạy thận cũng giảm từ $50,28 \pm 4,75$ còn $43,94 \pm 5,24$ kg [8]. Nguyễn Đình Vũ (2010) khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân BTMGĐC ở Huế cân nặng trung bình sau chạy thận giảm còn 42,8kg [7]. Như vậy so với kết quả của một số nghiên cứu khác, thì sự thay đổi một số chỉ số sinh lý của chúng tôi cũng có sự tương đồng nhất định, thay đổi này có thể liên quan tới thời gian lọc máu chu kỳ, hiệu quả đáp ứng với thuốc điều trị hạ huyết áp, thuốc điều trị thiếu máu cũng như kế hoạch chăm sóc, dinh dưỡng cho bệnh nhân BTMGĐC.

Kết quả sự thay đổi một số chỉ số hóa sinh trong nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy: sau 6 tháng, nồng độ Ure máu giảm từ $22,03 \pm 5,9$ xuống còn $6,40 \pm 2,45$ mmol/l ($p < 0,05$), Creatinin máu giảm từ $1002,07 \pm 327,98$ xuống còn $382,16 \pm 179,90$ umol/l ($p < 0,05$), natri máu giảm từ $143,56 \pm 5,76$ còn $140,2 \pm 5,23$ mmol/l, kali máu giảm từ $6,09 \pm 0,75$ còn $5,23 \pm 1,16$ mmol/l ($p < 0,05$). So sánh kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương (2013) chỉ số creatinin giảm 10,83%, Kali giảm 11,83% sau 6 tháng [4]. Kết quả của Nguyễn Văn Tuấn (2021) nồng độ ure giảm từ $39,09 \pm 9,5$ xuống còn $14,32 \pm 4,45$ mmol/l [9]. Kết quả của Nguyễn Thị Mai Lan (2008) nồng độ ure giảm từ $33,26 \pm 2,24$ xuống còn $13,34 \pm 3,06$ [8]. Kết quả Hengammeh Barzegar và cộng sự (2016) khi đánh giá tổng quan hiệu quả của quá trình CTNT trên 6677 bệnh nhân chạy thận cho thấy rằng, 65% tỷ lệ giảm urê trong tất cả các nghiên cứu là 28,8% và khoảng tin cậy là 43,3 [10].

4.3. Đánh giá hiệu quả lọc máu qua chỉ số URR

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là chỉ số URR trung bình là $68,55 \pm 1,49$, sau 6 tháng có 67,3% ca lọc có chỉ số URR $\geq 65\%$ và 32,7% ca lọc có chỉ số URR $< 65\%$, triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau lọc máu, nhất là triệu chứng chán ăn mệt mỏi (giảm 58,3%), buồn nôn - nôn (giảm 50%). So sánh với kết quả của nghiên cứu Nguyễn Văn Hương (2013) thì chỉ số URR sau 6 tháng là 25,17% triệu chứng lâm sàng giảm sau chạy thận nhiều nhất chán ăn 100%, da xanh 90%, buồn nôn, nôn 53,34% [4]. Kết quả của Nguyễn Văn Tuấn (2021) chỉ số URR trung bình là $63,13 \pm 3,25$, trong đó 67,57% số ca lọc có chỉ số URR $\geq 65\%$, 32,43% số ca lọc không đạt tiêu chuẩn, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt sau chạy thận, chán ăn 89,1%, buồn nôn, nôn 59,3% [9]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Lan có 80,4% số ca lọc đạt chỉ số URR $\geq 65\%$ (trung bình $70,23 \pm 5,67$) [8]. Kelly V. Liang (2019) khi nghiên cứu về tỷ lệ hạ ure máu để đánh giá liều lượng cho bệnh nhân khi chạy thận cho thấy mối liên quan rất chặt chẽ và độ tin cậy cao giữa hai chỉ số URR và Kt/V [11]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Vũ (2010) cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa chỉ số Kt/V và URR [7]. Như vậy cải thiện các dấu hiệu lâm sàng là một phần quan trọng trong điều trị BTMGĐC, là một yếu tố quan trọng trong đánh giá hiệu quả lọc máu mà bệnh nhân có thể cảm nhận được sau mỗi buổi lọc máu, sự thay đổi nồng độ ure sau các buổi lọc máu có vai trò quan trọng và đó

là chỉ tiêu đánh giá hiệu quả của buổi lọc máu thông qua việc tính chỉ số URR.

5. KẾT LUẬN

Sau chạy thận các chỉ số huyết áp giảm, cân nặng giảm, ure máu và creatinin máu giảm mạnh, Kali giảm so với trước chạy thận, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Phần lớn bệnh nhân BTMGĐC đạt chỉ số URR sau lọc 6 tháng; chỉ số URR trung bình là $68,55 \pm 1,49$. Trong đó có 67,3% ca lọc có chỉ số URR ≥ 65 , triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau lọc máu, nhất là triệu chứng chán ăn mệt mỏi (giảm 58,3%), buồn nôn - nôn (giảm 50%).

Tăng cường công tác tư vấn sức khỏe, khám sức khỏe định kỳ để phòng bệnh và phát hiện bệnh thận mạn ngay từ giai đoạn đầu. Tăng cường công tác quản lý sức khỏe và y tế cho những người có tiền sử bệnh thận - tiết niệu và những người có yếu tố nguy cơ cao (ĐTĐ, cao huyết áp, Gout...) có thể dẫn tới bệnh thận mạn tính. Luôn nâng cao chất lượng cuộc sống (tinh thần, dinh dưỡng, thuốc...) cho người bệnh và lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ trong cả 3 giai đoạn trước - trong - và sau lọc một cách khoa học nhằm đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Afshar R, Sanavis, Salimi J et al., Hematological profile of CKD patients in Iran, in pre-dialysis and after initiation of hemodialysis. Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi center for organ transplantation Saudi Arabia, 21(2), 2010, 368-71.
- [2] Adeera Le vin, Perspectives on early detection of chronic kidney disease: the facts, the questions, and a proposed framework for 2023 and beyond. Kidney Int, 12(1), 2023, 7-11.
- [3] Csaba P. Kovesdy, Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int, 12(1), 2021, 7 -11.
- [4] Nguyễn Văn Hương, Sự thay đổi một số chỉ số sinh lý hóa sinh trước và sau chạy thận nhân tạo do suy thận tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An; Tạp chí Y học thực hành, (893) số 11/2013.
- [5] Trần Thanh Trước, Trần Việt An, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 22-25/2019.
- [6] Nguyễn Thị Hương, Đinh Thị Kim Dung, Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chức năng thất trái và các thông số huyết động ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [7] Nguyễn Đình Vũ, So sánh chỉ số Kt/v của BN lọc máu chu kỳ ở khoa nội thận - TNH ở BVTW Huế, và chỉ số này của BN lọc máu CK ở TT lọc máu ở BV Purpan - CHU Toulouse để đánh giá hiệu quả lọc máu; Hội Tiết niệu thân học - Thừa Thiên Huế, 2010.
- [8] Nguyễn Thị Mai Lan, Đánh giá hiệu quả lọc máu thông qua chỉ số Kt/v và URR tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện 121; Tạp chí Y học Việt Nam, 455(1), 2020.
- [9] Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Thùy Linh, Hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An; Tạp chí Y học Việt Nam, 501(2), 2021.
- [10] Hengameh Barzegar , Mahmoud Moosazadeh , Hedayat Jafari et al., Overall evaluation of the effectiveness of hemodialysis, Am J Kidney Dis; 34(1), 2016, 133-154.
- [11] Kelly V. Liang. Urea reduction ratio may be a simpler approach for measurement of adequacy of intermittent hemodialysis in acute kidney injury. BMC Nephrol , 2019: 20:82.



RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION AND PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN VINH CITY IN 2023

Bui Kim Thuan, Tran Thi Yen*, Nguyen Doan Phong, Nguyen Ngoc Thanh Long,
Bui Kim Khanh Trinh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objectives: This study aims to determine clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients with pneumonia and malnutrition and describe the relationship between malnutrition and pneumonia in children under 5 years old in Vinh City in 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 452 children under 5 years old at the Pediatrics Department of Vinh Medical University Hospital and the Respiratory Pediatrics Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from March to September 2023.

Results: Most pneumonia cases are in children over 12 months old, accounting for 66.2%, followed by children aged 2 months to 12 months (33.4%), children under 2 months accounting for the lowest rate (0, 4%), the rates of malnutrition level I, level II, and level III in children under 5 years old are 23.5%, 8.2%, 4.4% respectively. The rate of children with severe pneumonia is highest in the group of children with malnutrition level III (20%), followed by level II (13.6%) and level I (13.4%), and is lowest in the group of children without malnutrition. malnutrition (11.1%).

Conclusions: Malnourished children tend to be hospitalized for pneumonia more than children who are not malnourished, and the rate of severe pneumonia in malnourished children is higher than in children who are not malnourished, and malnutrition is more severe in children. the higher the rate of severe pneumonia.

Keywords: Malnutrition, pneumonia, children under 5 years old.

*Corresponding author

Email address: tranyen3009@gmail.com

Phone number: (+84) 383 155 363

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA SUY DINH DƯỠNG VÀ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ VINH NĂM 2023

Bùi Kim Thuận, Trần Thị Yên*, Nguyễn Doãn Phong, Nguyễn Ngọc Thành Long,
Bùi Kim Khánh Trình

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi - suy dinh dưỡng và mô tả mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại thành phố Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 452 trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh và khoa Nhi Hô Hấp bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Đa số các ca viêm phổi nằm ở nhóm các trẻ trên 12 tháng tuổi chiếm 66,2% sau đó đến lứa tuổi từ 2 tháng tới 12 tháng (33,4%), trẻ dưới 2 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,4%), tỷ lệ suy dinh dưỡng độ I, độ II, độ III ở trẻ em dưới 5 tuổi lần lượt là 23,5%, 8,2%, 4,4%. Tỷ lệ trẻ bị viêm phổi nặng cao nhất ở nhóm trẻ bị suy dinh dưỡng độ III (20%) sau đó là độ II (13,6%) và độ I (13,4%), thấp nhất ở nhóm trẻ không bị suy dinh dưỡng (11,1%).

Kết luận: Trẻ suy dinh dưỡng có xu hướng phải nhập viện vì viêm phổi nhiều hơn trẻ không bị suy dinh dưỡng và tỷ lệ viêm phổi nặng ở nhóm trẻ suy dinh dưỡng cao hơn ở nhóm trẻ không bị suy dinh dưỡng, trẻ suy dinh dưỡng càng nặng thì tỷ lệ viêm phổi nặng càng cao.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, viêm phổi, trẻ em dưới 5 tuổi.

*Tác giả liên hệ

Email: tranyen3009@gmail.com

Điện thoại: (+84) 383 155 363

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, viêm phổi là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong lớn nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Viêm phổi đã giết chết 740.180 trẻ dưới 5 tuổi vào năm 2019, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi nhưng chiếm 22% tổng số ca tử vong ở trẻ từ 1 đến 5 tuổi [1]. Nếu tính trung bình ở các nước đang phát triển, cũng như ở Việt Nam thì một trẻ có thể mắc viêm phổi từ 5-8 lần/năm, thời gian điều trị trung bình từ 5-7 ngày [2]. Suy dinh dưỡng ngoài ảnh hưởng tới sự phát triển thể chất, tinh thần và vận động ở trẻ [3] còn được coi là một trong những yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc viêm phổi và làm trầm trọng hóa bệnh [4]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng suy dinh dưỡng làm suy giảm chức năng đa cơ quan trong đó có hệ miễn dịch gây teo tuyến ức, hạch bạch huyết và amidan cùng với sự giảm tiết kháng thể IgA, giảm sự thực bào và sự biệt hóa bạch cầu lympho gây nên tình trạng suy giảm miễn dịch ở trẻ bị suy dinh dưỡng [5]. Dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị, nhưng viêm phổi và suy dinh dưỡng vẫn gây gánh nặng lớn cho y tế và kinh tế đặc biệt khi đại dịch COVID-19 vẫn còn diễn biến phức tạp. Với mong muốn tìm hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và bệnh viêm phổi ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi và suy dinh dưỡng và mô tả mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và viêm phổi ở trẻ em tại thành phố Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định là viêm phổi với phân loại mức độ nặng gồm: Viêm phổi và viêm phổi nặng.

Phân loại mức độ viêm phổi [6]:

- Viêm phổi: Trẻ ho, sốt và kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

+ Thở nhanh

+ Rút lõm lồng ngực

+ Nghe phổi có âm bất thường: Rale ẩm nhỏ hạt, rale nổ, giảm thông khí khu trú, tiếng cọ màng phổi.

- Viêm phổi nặng: Khi trẻ có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

+ Dấu hiệu toàn thân nặng (Bỏ bú / Không uống được; Rối loạn tri giác; Co giật)

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng (Thở rên; Rút lõm lồng ngực rất nặng; Tím tái / SpO₂ < 90%)

+ Trẻ dưới 2 tháng tuổi

Phân loại mức độ suy dinh dưỡng theo Gomez [7]:

+ Suy dinh dưỡng độ 1: Từ 70-80% của cân nặng chuẩn

+ Suy dinh dưỡng độ 2: Từ 60-70% của cân nặng chuẩn

+ Suy dinh dưỡng độ 3: Từ dưới 60% của cân nặng chuẩn

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; p = 0,279 là tỷ lệ trẻ nhập viện vì viêm phổi theo kết quả báo cáo của D.V.Nguyen và cộng sự (2019) [8]; d: Sai số tối đa có thể chấp nhận được d= 0,05; α: Mức ý nghĩa α = 0,05 ứng với độ tin cậy 95%; Z²_(1-α/2) là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z= 1,96; Từ công thức trên tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 309, cộng thêm 10% bỏ cuộc làm tròn cỡ mẫu là 340. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là 452.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Trường ĐHYK Vinh, khoa Nhi Hô hấp bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Mức độ nặng của viêm phổi: viêm phổi, viêm phổi nặng.
- Mức độ suy dinh dưỡng: độ 1, độ 2, độ 3.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu là bệnh án nghiên cứu được thiết kế với các biến số nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được lựa chọn dựa vào hồ sơ bệnh án lưu tại bệnh viện Trường ĐHYK Vinh, khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch bằng phần mềm Epidata rồi xử lý bằng phần mềm SPSS 20 và Anthro.

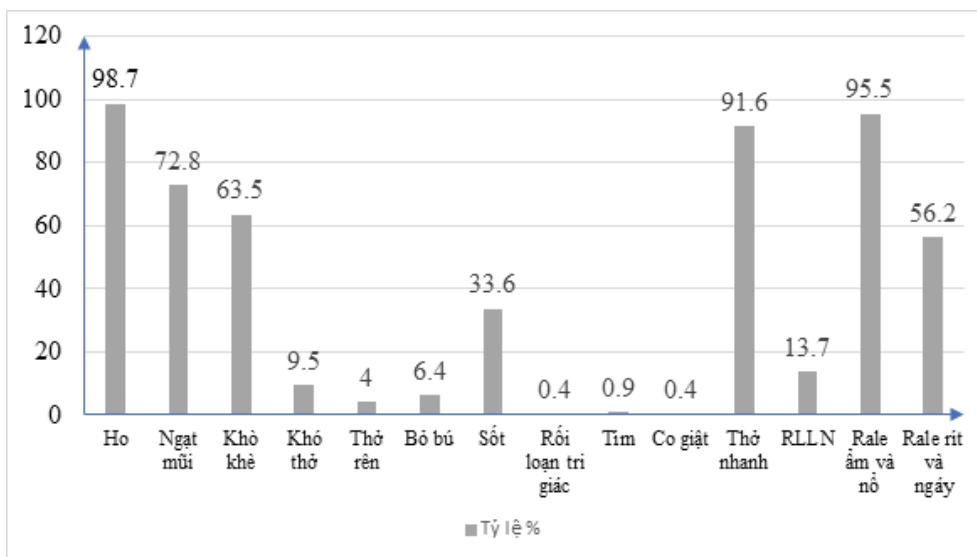
2.8. Đạo đức nghiên cứu

Theo quyết định số 1109/QĐ-ĐHYKV-QLKH ngày 17 tháng 7 năm 2023, nhóm nghiên cứu được thành lập và đã được sự đồng ý của Bệnh viện trường ĐHYK Vinh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Trong quá trình nghiên cứu không có bất kì can thiệp nào ảnh hưởng tới đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi - suy dinh dưỡng

Hình 1. Triệu chứng lâm sàng (n=452)



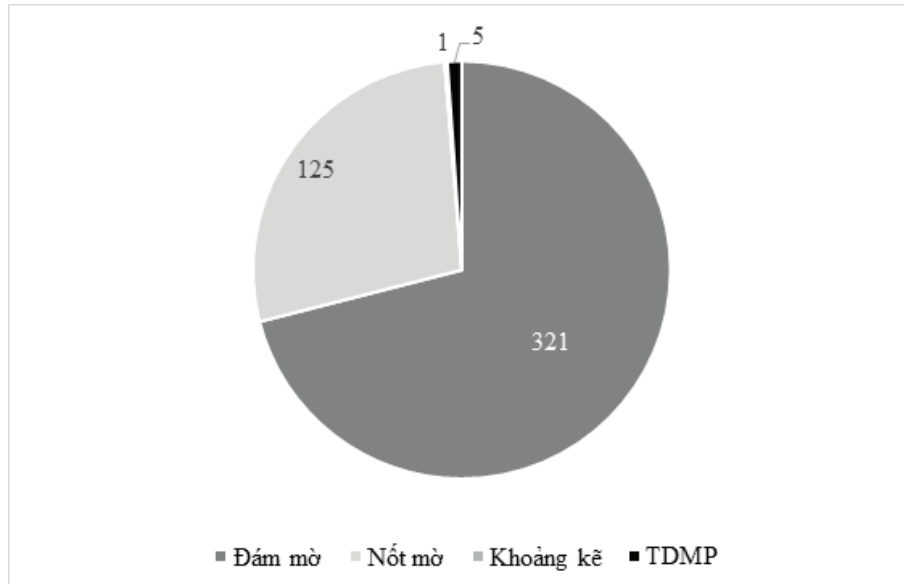
Triệu chứng ho, thở nhanh, rale ẩm và nổ, ngạt mũi, nguy hiểm như thở rên, bỏ bú, rối loạn tri giác, tím, co giật chiếm tỷ lệ rất ít, khò khè, rale rít và ngáy chiếm đa số, triệu chứng nặng,

Bảng 1. Xét nghiệm Bilan viêm (n=452)

Chỉ số	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
WBC (G/L)	≥ 10	281	62,2
	$10 > WBC > 4$	170	37,6
	≤ 4	1	0,2
CRP (mg/dl)	$0,5 < CRP \leq 4$	6	1,3
	$4 < CRP \leq 20$	215	47,6
	$CRP > 20$	231	51,1

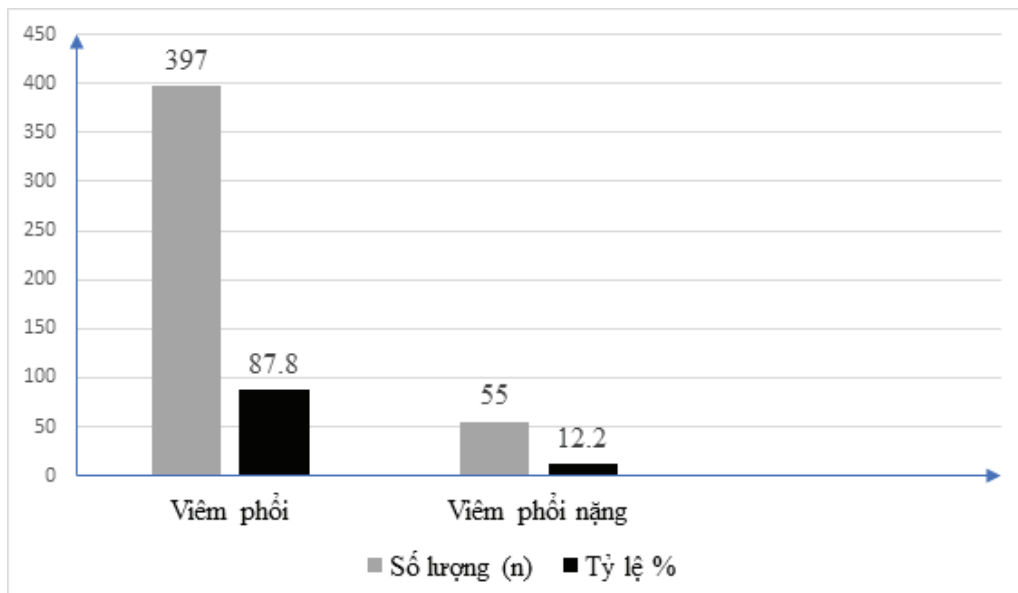
Có 62,2% bệnh nhi có lượng bạch cầu >10G/l, chỉ có 1 trẻ có lượng bạch cầu <4G/l, đa số trẻ có mức độ viêm nặng và trung bình theo Clyne B (1999), lượng trẻ có mức độ viêm nhẹ rất ít (1,3%).

Hình 2. Đặc điểm tổn thương trên X-Quang (n=452)



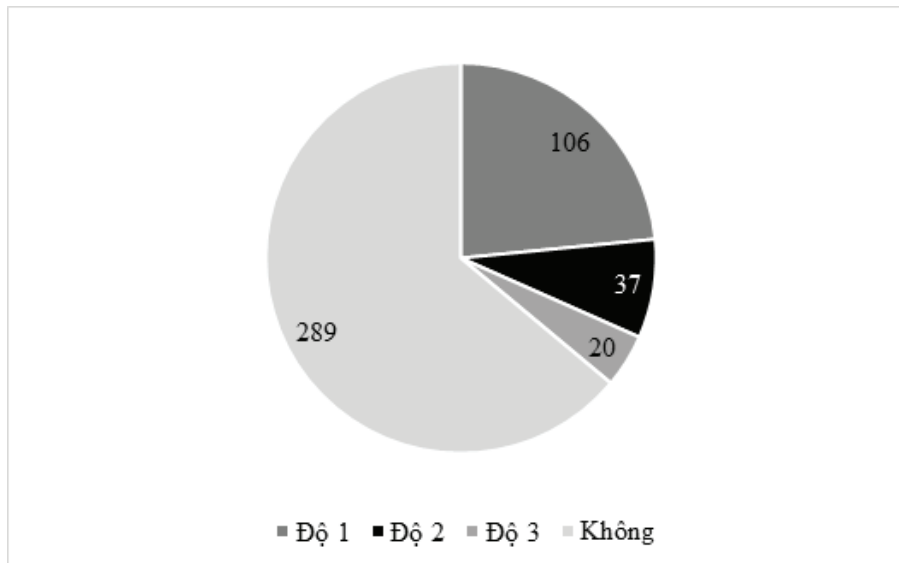
Tổn thương đám mờ trên Xquang chiếm 71% sau đó là tổn thương dạng nốt mờ với 27,7%. Các tổn thương TDMP, tổn thương khoảng kẽ chiếm tỷ lệ ít. Không ghi nhận tổn thương áp xe phổi và xẹp phổi.

Hình 3. Phân độ mức độ viêm phổi (n=452)



Trong tổng số 452 trẻ có 397 trẻ viêm phổi chiếm 87,8% còn 55 trẻ viêm phổi nặng chiếm 12,2%.

Hình 4. Tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ viêm phổi (n=452)



289 trẻ không bị suy dinh dưỡng chiếm 63,9%. Trong số các trẻ bị suy dinh dưỡng 106 trẻ bị suy dinh dưỡng độ 1, 37 trẻ bị suy dinh dưỡng độ 2 và 20 trẻ bị suy dinh

dưỡng độ 3.

3.2. Mô tả mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và viêm phổi trẻ em

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với mức độ viêm phổi (n=452)

Mức độ viêm phổi	Tình trạng dinh dưỡng								Tổng	
	Không		Độ 1		Độ 2		Độ 3			
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Viêm phổi	257	88,9	92	86,7	32	86,4	16	80	397	87,8
Viêm phổi nặng	32	11,1	14	13,3	5	13,6	4	20	55	12,2
Tổng	289	100	106	100	37	100	20	100	452	100

Tỷ lệ trẻ bị viêm phổi nặng cao nhất ở nhóm trẻ bị suy dinh dưỡng độ 3 (20%) sau đó là độ 2 (13,6%) và độ 1 (13,4%), thấp nhất ở nhóm trẻ không bị suy dinh dưỡng (11,1%).

tỷ lệ rất ít như: bỏ bú 6,4%, thờ rên 4%, tím 0,9%, co giật 0,4%, rối loạn tri giác 0,4%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Bùi Anh Sơn (2021) [9] trừ triệu chứng sốt có tỷ lệ trẻ có hơn nghiên cứu của chúng tôi.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số trẻ có các triệu chứng cơ năng và toàn thân nhẹ như: triệu chứng ho xuất hiện ở 98,7% số trẻ, ngạt mũi 72,8%, khò khè 63,5%, các triệu chứng nặng và nguy hiểm chỉ chiếm

Về triệu chứng thực thể, đa số trẻ có rale ẩm và nổ, chiếm 95,5% rồi đến thở nhanh 91,6%, rale rít và ngáy chiếm 56,2%. Triệu chứng thực thể nặng là rút lõm lồng ngực chỉ chiếm 13,7% thấp hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Anh Sơn (2021) [9] và Nguyễn Đình Tuyên [10].

Xét đến bilan viêm, lượng trẻ có mức bạch cầu tăng cao > 10G/l trên công thức máu chiếm 62,2%, chỉ có 1 trẻ có lượng bạch cầu <4G/l, đa số trẻ có mức độ viêm



nặng và trung bình theo Clyne B (1999), lượng trẻ có mức độ viêm nhẹ rất ít (1,3%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển và cộng sự (2021) với 58,1% trẻ có tăng số lượng bạch cầu và 70,3% trẻ có tăng CRP [10] từ đó có thể thấy mức độ tăng bạch cầu và CRP đơn độc không thể dự đoán được mức độ nặng của viêm phổi.

Trên Xquang, chúng tôi ghi nhận tổn thương đám mờ chiếm 71% sau đó là tổn thương dạng nốt mờ với 27,7%. Các tổn thương TDMP, tổn thương khoảng kẽ chiếm tỷ lệ ít. Không ghi nhận tổn thương áp xe phổi và xẹp phổi. Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Đình Tuyển (2021) [10] với 70,3% trẻ có tổn thương thâm nhiễm phế nang và thấp hơn Bùi Anh Sơn (2021) [9] với 100% trẻ có tổn thương dạng đám, nốt mờ trên Xquang một lần nữa nhấn mạnh vai trò của lâm sàng trong việc chẩn đoán mức độ trầm trọng của viêm phổi.

4.2. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi

Trên tổng số 452 trẻ tham gia nghiên cứu: 397 trẻ viêm phổi chiếm 87,8% còn 55 trẻ viêm phổi nặng chiếm 12,2%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuyển (2021) [10] với 33,6% trẻ viêm phổi nặng. Sự khác biệt này có thể là do mô hình bệnh tật của 2 tỉnh có nhiều khác biệt. Ngoài ra, vai trò của yếu tố kinh tế, giáo dục và chăm sóc cũng cần được xét đến.

4.3. Phân bố mức độ suy dinh dưỡng

289 trẻ không bị suy dinh dưỡng chiếm 63,9% còn lại 36,1% trẻ suy dinh dưỡng trên nhiều mức độ. Trong số các trẻ bị suy dinh dưỡng có 106 trẻ bị suy dinh dưỡng độ 1, 37 trẻ bị suy dinh dưỡng độ 2 và 20 trẻ bị suy dinh dưỡng độ 3. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ suy dinh dưỡng tại Việt Nam (19,6%) [7]. Điều này gợi ý rằng trẻ bị suy dinh dưỡng có xu hướng nhập viện nhiều hơn trẻ bình thường.

4.4. Mối liên quan giữa mức độ nặng của viêm phổi và suy dinh dưỡng

Qua nghiên cứu, chúng tôi xác định: tỷ lệ trẻ bị viêm phổi nặng cao nhất ở nhóm trẻ bị suy dinh dưỡng độ 3 (20%) sau đó là độ 2 (13,6%) và độ 1 (13,4%), thấp nhất ở nhóm trẻ không bị suy dinh dưỡng (11,1%). Viêm phổi là bệnh nhiễm trùng, để chống lại chúng thì cần có sự tham gia của hệ miễn dịch. Theo nghiên

cứ của tác giả J.-P. De Bandt, suy dinh dưỡng dù là cấp tính hay tiềm tàng từ trước đều sẽ dẫn tới sự suy giảm chức năng đa cơ quan trong đó có hệ miễn dịch dẫn tới teo tuyến ức, hạch bạch huyết và amidan cùng với sự giảm tiết kháng thể IgA làm gia tăng khả năng xâm nhập của tác nhân gây bệnh vào nhu mô phổi. Khả năng thực bào của đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính, tế bào tua gai cũng giảm sút từ đó làm giảm đáp ứng viêm ban đầu, khiến bệnh dễ dàng lan rộng [5]. Ngoài ra, sự giảm biệt hóa tế bào bạch cầu lympho T CD4 và CD8 và sự giảm tổng hợp globulin miễn dịch làm suy giảm đáp ứng miễn dịch thể và qua trung gian tế bào. Tất cả những tổn thương này để lại hậu quả chung là tình trạng suy giảm miễn dịch ở trẻ suy dinh dưỡng.

Về các nghiên cứu trong nước, theo tác giả Lu Trí Diễm và cộng sự (2023), mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp liên quan với triệu chứng bú kém hoặc ăn uống kém, tím tái đồng thời làm tăng tỷ lệ phối hợp kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, chuyển khoa HSTC, thời gian nằm viện >10 ngày. Ngoài ra, cải thiện dinh dưỡng có thể làm giảm mức độ nặng của viêm phổi [11]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển (2021) [10] cũng đề xuất suy dinh dưỡng cùng với tiền sử tiếp xúc nguồn lây và thời gian khởi bệnh kéo dài hơn 3 ngày là các yếu tố liên quan tới tỷ lệ mắc viêm phổi nặng.

Trên thế giới, theo tác giả Matthew S. K. và Thomas J. S., trẻ bị suy dinh dưỡng có tỷ lệ mắc viêm phổi cao gấp 3,8 lần bình thường [4].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ thấp, các triệu chứng nặng, nguy hiểm rất ít gặp. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao, chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1. Về cận lâm sàng, đa số có tăng bạch cầu và có mức độ viêm nặng, tổn thương trên Xquang hầu hết là dạng đám mờ, các tổn thương khoảng kẽ, tràn dịch màng phổi ít gặp, không ghi nhận biến chứng áp xe phổi và xẹp phổi. Viêm phổi và suy dinh dưỡng có mối liên quan mật thiết với nhau. Trẻ bị suy dinh dưỡng có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn và bệnh cảnh trầm trọng hơn trẻ không bị suy dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Pneumonia in children – November 2022. Truy cập ngày 20/08/2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- [2] Nguyễn Thị Diệu Thúy, Bài giảng Nhi Khoa tập 1; Nhà xuất bản Y học, 2021, Hà Nội, 189 - 218.
- [3] WHO, Guidelines for the management of common childhood illnesses. Pocket book of hospital care for children, 2013; 197 - 222.
- [4] Kliegman, et al., Community-acquired pneumonia. Nelson textbook of pediatrics. Elsevier; 2011; 8956 - 8960.
- [5] De Bandt, J.P. Comprendre la physiopathologie de la dénutrition pour mieux la traiter. Annales Pharmaceutiques Francaises; 2015, 332 - 335.
- [6] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Số 3312/QĐ-BYT, ngày 07/08/2015; 262 – 265.
- [7] Nguyễn Thị Diệu Thúy, Bài giảng Nhi Khoa tập 2; Nhà xuất bản Y học, 2021, Hà Nội, 267 - 268.
- [8] Nguyen TKB, Nguyen DV, et al., Disease spectrum and management of children admitted with acute respiratory infection in Viet Nam. Tropical Medicine & International Health; 22(6), 2017, 688 - 695.
- [9] Bộ Y tế, Công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. Công thông tin Bộ Y tế. Truy cập ngày 13 tháng 11 năm 2023 tại https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020.
- [10] Bùi Anh Sơn, Lê Thị Minh Hằng và cộng sự, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của Streptococcus Pneumoniae gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An, Tạp chí Y học Việt Nam; (2), 2021, 507.
- [11] Nguyễn Đình Tuyên, Võ Thị Kim Dung và cộng sự, Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi; Tạp chí Y học Việt Nam; (1), 2021, 211 - 215.
- [12] Lưu Trí Diễm và cộng sự, Liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ; Tạp chí Y dược học Cần Thơ; (61), 2023, 128 - 134.



EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENS WITH FASCIOLIASIS AT CDC NGHE AN IN 2023

Ngo Tri Hiep^{1*}, Le Quang Tho¹, Tran Ngoc Binh¹, Nguyen Van Tuan¹, Ngo Duc Ky²

¹Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological, clinical and paraclinical characteristics of patients with fascioliasis who examined and treated at the Center for Disease Control (CDC) Nghe An in 2023.

Subject and method: Descriptive research design conducted on 150 patients with fascioliasis came for examination and treatment at CDC Nghe An from January to August 2023.

Results: The age group 41 - 60 years old accounts for the highest rate of 46.0 %; men was 43.3%; Farmers were 40.7% and living in rural areas was 57.3%. 26% have had the disease; 19.3% had someone in their family with the disease; 10.7% regularly eat aquatic vegetables raw and 21.3% raise livestock. Common clinical symptoms include weight loss (56.0%), bloating, indigestion (74.7%), digestive disorders (78.0%), and itchy skin (72.0%). Common paraclinical symptoms are eosinophilia > 8%, increased liver enzymes AST, ALT and cystic lesions on ultrasound in 13.3%, 28.7%, 30.7% and 30.7%, respectively. 14.7%.

Conclusion: Fascioliasis has epidemiological factors such as eating raw aquatic vegetables, circulating in rural areas. Symptoms often occur in the digestive tract and on the skin. Eosinophilia, increased liver enzymes, and cystic lesions on ultrasound have a low rate.

Keywords: Fascioliasis; Nghe An Center for Disease Control (CDC).

*Corresponding author

Email address: trihiep@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH SÁN LÁ GAN LỚN TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT NGHỆ AN NĂM 2023

Ngô Trí Hiệp^{1*}, Lê Quang Thọ¹, Trần Ngọc Bình¹, Nguyễn Văn Tuấn¹, Ngô Đức Kỳ²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, Nghi Phú, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh sán lá gan lớn khám, chữa bệnh tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 150 người bệnh sán lá gan lớn đến khám, điều trị tại CDC Nghệ An từ tháng 01 đến tháng 8 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Lứa tuổi 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,0%; nam giới là 43,3%; nông dân là 40,7% và sống ở nông thôn là 57,3%. Có 26,0% đã từng mắc bệnh; 19,3% có người trong gia đình mắc bệnh; 10,7% thường xuyên ăn sống các loại rau thủy sinh và 21,3% có chăn nuôi gia súc. Triệu chứng lâm sàng thường gặp sứt cân (56,0%), đầy bụng khó tiêu (74,7%), rối loạn tiêu hoá (78,0%), ngứa da (72,0%). Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp là tăng bạch cầu ái toan > 8%, tăng men gan AST, ALT và có tổn thương ổ sán trên siêu âm lần lượt là 13,3%, 28,7%, 30,7% và 14,7%.

Kết luận: Bệnh SLGL có yếu tố dịch tễ như ăn sống các loại rau thủy sinh, lưu hành ở nông thôn. Các triệu chứng thường gặp ở đường tiêu hoá và trên da. Tăng bạch cầu ái toan, tăng men gan, tổn thương ổ sán trên siêu âm có tỷ lệ thấp.

Từ khóa: SLGL; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: trihiep@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan lớn (SLGL) là bệnh ký sinh trùng do một số loài sán lá gan thuộc họ Fasciolidae gây nên những tổn thương, những ổ áp xe tại gan hoặc một số cơ quan khác khi ký sinh lạc chỗ [1]. Nguồn lây bệnh SLGL bao gồm thực phẩm và nguồn nước. Người bị bệnh do ăn sống các loại rau mọc dưới nước như rau ngổ, rau cần, rau ngó sen, rau cải xoong hoặc uống nước chưa đun sôi có chứa ấu trùng nang sán [2]. SLGL ký sinh trong đường mật và phá hủy tổ chức gan gây những ổ tổn thương với tổ chức hoại tử không đồng nhất. SLGL ký sinh trong gan tạo nên những ổ áp xe nhỏ, làm xung huyết gan, ống mật dày lên biến dạng gây viêm và xơ hóa [3]. Bệnh SLGL ở người ngày càng gia tăng và là một vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến, trầm trọng. Tổ chức Y tế Thế giới đã liệt kê bệnh SLGL ở người là một bệnh nhiệt đới bị bỏ quên, nhưng dữ liệu về tỷ lệ mắc bệnh sán lá gan trên toàn thế giới vẫn chưa được biết rõ [4]. Nghệ An là tỉnh nằm ở trung tâm vùng Bắc Trung Bộ, có điều kiện tự nhiên rộng, địa hình miền núi xen kẽ đồng bằng. Một nghiên cứu tại Nghệ An năm 2013 thì số lượng người bệnh bệnh SLGL là 12,8% [5]. Theo CDC Nghệ An, số lượng người bệnh đến khám và xét nghiệm dương tính với SLGL ngày càng tăng cao trong cộng đồng dân cư. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh SLGL khám, chữa bệnh tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật Nghệ An năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng -Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh SLGL được chẩn đoán xác định theo Quyết định số 1203/QĐ-BYT của Bộ Y tế [1]: Sống trong vùng SLGL lưu hành, có tiền sử ăn sống các loại rau

thủy sinh và uống nước chưa hợp vệ sinh; có dấu hiệu lâm sàng hướng tới bệnh SLGL; ELISA có kháng thể kháng SLGL trong huyết thanh. Lứa tuổi trên 18 tuổi và đồng ý nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ là người bệnh đang theo dõi sau điều trị đến khám lại định kỳ theo hẹn của bác sỹ và hồ sơ, bệnh án người bệnh không đầy đủ các dữ liệu

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức mô tả một tỉ lệ của Tổ chức Y tế thế giới WHO:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cho nghiên cứu; α : Hệ số tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = Z_{\alpha/2} = 1,96$; p: lấy $p = 0,12$ là tỷ lệ bệnh sán gan lớn tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương và cộng sự năm 2013 [5]; d: giá trị tương đối ($=0,05$). Thay vào công thức thì cỡ mẫu tối thiểu là 162 đối tượng người bệnh bệnh sán gan lớn. Thực tế chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu 150 người bệnh SLGL.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung và dịch tễ: tuổi, giới, dân tộc, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử mắc bệnh trước đây, tiền sử gia đình có người mắc bệnh, tiền sử ăn sống rau thủy sinh, gia đình có nuôi gia súc;

- Đặc điểm triệu chứng lâm sàng: mệt, sụt cân, sốt, thiếu máu, phù; các triệu chứng tiêu hóa: đau bụng thượng vị HSP, đầy bụng khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, chán ăn. Các triệu chứng khác như ngứa da, đau cơ khớp, khó thở, sốt, tình trạng da niêm mạc, thiếu máu, gan to.

- Đặc điểm cận lâm sàng: hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, bạch cầu ái toan, SGOT, SGPT, siêu âm ổ bụng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu theo 3 bước: (1) Khai thác thông tin chung, dịch tễ, triệu chứng cơ năng. (2) Khám lâm sàng và (3) thu thập kết quả xét nghiệm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin có được do đối tượng cung cấp hoặc được thu thập từ hồ sơ bệnh án được giữ bí mật. Đề tài được

thông qua Quyết định số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 của Trường Đại học Y khoa Vinh và sự cho phép của CDC Nghệ An. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh và cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=150)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< = 40 tuổi	45	30,0
	41 - 60 tuổi	69	46,0
	> 60 tuổi	36	24,0
Giới tính	Nam	65	43,3
	Nữ	85	56,7
Nghề nghiệp	Học sinh sinh viên	6	4,0
	Cán bộ, hành chính	29	19,3
	Công nhân	30	20,0
	Nông dân	61	40,7
	Nghề khác	24	16,0
Nơi ở	Thành phố	23	15,3
	Nông thôn	86	57,3
	Miền núi	41	27,4

Nhóm tuổi 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,0%. Tỷ lệ người bệnh sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,3%. Tỷ lệ nữ giới chiếm 56,7%, tỷ lệ nam giới là 45,5%. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân chiếm tỷ lệ 40,7%.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu (n = 150)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử đã mắc bệnh	Không rõ tiền sử bệnh SLGL	111	74,0
	Đã từng phát hiện bệnh SLGL	39	26,0
Tình trạng mắc bệnh thành viên trong gia đình	Có người bị bệnh	29	19,3
	Không có người bị bệnh	108	72,0
	Không rõ tình trạng bệnh	13	8,7
Nuôi gia súc	Có nuôi gia súc	32	21,3
	Không nuôi gia súc	118	78,7



Có 26% người bệnh SLGL đã từng bị bệnh. Có 19,3% người bệnh trong gia đình có người bị bệnh. Có 21,3% gia đình có chăn nuôi gia súc (trâu bò).

Bảng 3. Đặc điểm yếu tố nguy cơ mắc bệnh (n = 150)

Nội dung	Thường xuyên		Thỉnh thoảng		Không hoặc hiếm	
	n	%	n	%	n	%
Ăn sống các rau thủy sinh	16	10,7	130	86,7	4	2,7
Uống nước chưa hợp vệ sinh	5	3,3	103	68,7	42	28,0

Có 10,7% người bệnh thường xuyên ăn sống các loại rau thủy sinh; 3,3% thường xuyên uống nước chưa hợp vệ sinh; 94% thỉnh thoảng ăn sống các loại rau thủy sinh; 68,7% thỉnh thoảng uống nước chưa hợp vệ sinh.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng người bệnh SLGL (n=150)

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng toàn thân	Mệt mỏi	28	18,7
	Sốt	8	5,3
	Sụt cân	84	56,0
	Thiếu máu	18	12,0
Triệu chứng tiêu hóa	Đau bụng thượng vị HSP	97	64,7
	Nôn buồn nôn	91	60,7
	Đầy bụng khó tiêu	11	7,4
	Gan to	3	2,0
	Rối loạn tiêu hóa, chán ăn	117	78,0
Triệu chứng trên da	Ban mẩn đỏ trên da	100	66,7
	Vàng da	10	6,7
	Ngứa trên da	108	72,0
	Xung huyết trên da	88	58,7
Triệu chứng hô hấp	Khó thở	21	14,0
	Ho	30	20,0
	Đau ngực	21	14,0
Triệu chứng khác	Đau cơ	29	19,3
	Đau khớp	33	22,0

Có 56% người bệnh có sụt cân; 18,7% có biểu hiện mệt mỏi; 64,7% có đau thượng vị; 60,7% có nôn, buồn nôn; 74,7% có biểu hiện đầy bụng khó tiêu; 78,0% có rối loạn tiêu hoá, chán ăn; 66,7% có ban mẩn đỏ trên da; 72,0% có ngứa trên da; 20,0% có triệu chứng ho; 19,3% có đau cơ; 22,0% có đau khớp và 5,3% có sốt.

Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm của người bệnh SLGL (n=150)

Các chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD
Hồng cầu	Bình thường	137	91,3	5,09 ± 0,10
	Giảm	13	8,7	
Huyết sắc tố	Bình thường	94	62,7	130,93 ± 1,54
	Giảm	56	37,3	
Bạch cầu	Bình thường	142	94,7	6,79 ± 0,18
	Tăng	8	5,3	
Bạch cầu ái toan	Dưới 4%	90	60,0	4,37 ± 0,42
	Từ 4% - 8 %	40	26,7	
	Trên 8%	20	13,3	
AST	Bình thường	107	71,3	36,39 ± 2,30
	Tăng	43	28,7	
ALT	Bình thường	104	69,3	41,75 ± 3,72
	Tăng	46	30,7	

Có 8,7% người bệnh có số lượng hồng cầu giảm; 37,3% có huyết sắc tố giảm; 5,3% có bạch cầu tăng. Có 13,3% người bệnh có số lượng bạch cầu ái toan tăng trên 8%. Chi số AST tăng gấp ở 28,7% và chỉ số ALT tăng gấp ở 30,7% số người bệnh.

Bảng 6. Tổn thương gan trên siêu âm ổ bụng người bệnh SLGL

Kết quả siêu âm		n	%
Tổn thương gan (ổ sán)	Không có tổn thương	128	85,3
	Có tổn thương	22	14,7
Vị trí ổ sán	Gan trái	3	13,6
	Gan phải	13	59,1
	Cả 2 bên	6	27,3
Kích thước ổ sán	Dưới 2 cm	19	86,4
	Từ 2 – 4 cm	3	13,6

Tỷ lệ người bệnh có tổn thương gan (ổ sán) trên siêu âm là 14,7%. Trong số đó, ổ sán ở gan trái chiếm tỷ lệ 13,6%, ổ sán ở gan phải chiếm tỷ lệ 59,1% và ổ sán có cả 2 bên gan trái và phải là 27,3%. Kích thước ổ sán dưới 2 cm là chủ yếu chiếm 86,4%.



4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả trên 150 người bệnh đến khám, chữa bệnh tại CDC Nghệ An. Kết quả nghiên cứu về đặc điểm cá nhân bảng 1 cho thấy: nhóm tuổi 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,0%. Giới tính là nữ có tỷ lệ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ giới chiếm 56,7%. Nghề nghiệp của người bệnh là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 40,7%. Tỷ lệ người bệnh sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,3%, ở thành phố là 16,1% và ở miền núi là 25,8%. Kết quả nghiên cứu Nguyễn Thu Hương (2012) tại Quảng Ngãi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh SLGL ở nhóm tuổi từ 15 đến 59 tuổi và tuổi trung bình là 36,76 + 17,82 [6]. Nghiên cứu của Yunus Emre Beyhan và Hasan Yılmaz (2020) về tỷ lệ mắc bệnh SLGL ở khu vực phía đông của Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy: số người bệnh đến khám tại phòng khám nhiều nhất là nhóm tuổi 45 trở lên (317 người bệnh); 270 người bệnh trong độ tuổi 25-44 [7]. Như vậy, qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh SLGL có xu hướng tăng dần theo tuổi và chiếm tỷ lệ cao ở độ tuổi trung niên, gặp đồng đều cả 2 giới và chiếm đa số là nông dân.

Bảng 2 mô tả yếu tố dịch tễ. Đa số người bệnh phát hiện bệnh lần đầu chiếm tỷ lệ 74%. Có 19,3% người bệnh xác định có thành viên trong gia đình mắc bệnh và 21,3% gia đình người bệnh có chăn nuôi gia súc. Như chúng ta đã biết thì vật chủ chính của SLGL là động vật ăn cỏ như trâu, bò, cừu. Người là vật chủ ngẫu nhiên, tình cờ mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 5,3% số người bệnh có thói quen ăn rau sống thường xuyên, 72% người bệnh có thói quen thỉnh thoảng uống nước chưa hợp vệ sinh (bảng 3). Nghiên cứu của Hossein Hatami thấy có 82% có tiền sử ăn cải xoong trong khoảng thời gian 1-2 tháng trước khi nhập viện và 18% tiêu thụ các loại rau khác [8]. Người bị nhiễm bệnh do ăn sống các loại rau mọc dưới nước (như rau ngổ, rau rút/nhút, rau cần, cải xoong...) hoặc uống nước có nhiễm ấu trùng sán chưa nấu chín. Người Việt Nam có thói quen ăn rau củ chưa được nấu chín kỹ, bao gồm cả rau sống và rau tái (rau chân, nhúng lẩu...). Khi đó, các loại SLGL không thể bị tiêu diệt ở nhiệt độ quá thấp (dưới 70 độ C) hoặc chỉ rửa với nước thông thường. Các loại rau tiềm ẩn nguy cơ nhiễm SLGL cao là các loại thủy sinh hoặc được trồng với phương pháp thủy canh. Phổ biến nhất phải kể đến: Rau ngổ, rau muống, rau rút,

rau cần, rau cải xoong, ngó sen, lục bình, xà lách, rau cải, dưa leo... và nhiều loại rau thơm có thể trồng thủy canh khác. Ngoài ra, SLGL cũng có thể lây xâm nhập vào cơ thể người qua một số loài ốc nước ngọt.

Các triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào số lượng sán bị nhiễm, thời gian mắc nhiễm, vị trí sán ký sinh cũng như phản ứng của người bệnh. Các biểu hiện triệu chứng bệnh lý khi sán ký sinh ở gan thường gặp như: đau hạ sườn phải, sốt, sụt cân, bụng ậm ạch khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, đau vùng thượng vị, sẩn ngứa; đồng thời sán cũng có khả năng ký sinh lạc chỗ do di chuyển ra ngoài gan như chui đến khớp gối, dưới da ngực, gây áp-xe đại tràng và áp xe bụng chân... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 4 cho thấy có đầy đủ các triệu chứng toàn thân, tiêu hóa, da và một số cơ quan. Cụ thể: 56% người bệnh có sụt cân; 18,7% có biểu hiện mệt mỏi; 64,7% có đau thượng vị; 60,7% có nôn, buồn nôn; 74,7% có biểu hiện đầy bụng khó tiêu; 78,0% có rối loạn tiêu hóa, chán ăn; 66,7% có ban mẩn đỏ trên da; 72,0% có ngứa trên da; 20,0% có triệu chứng ho; 19,3% có đau cơ; 22,0% có đau khớp. Trong một nghiên cứu ở Miền trung Tây nguyên trên 1200 ca bệnh SLGL từ năm 2006 - 2009 [9] cho kết quả về các triệu chứng lâm sàng đặc hiệu bệnh SLGL là sốt (95,83%); đau vùng hạ sườn phải (80,83%); ngứa, nổi mẩn (75%); đau vùng thượng vị (70%); rối loạn tiêu hóa (57,91%), sụt cân (58,08%) và gan to (7,91%). Tác giả Trần Nam Quân nghiên cứu ở bệnh viện Nhiệt đới Khánh Hoà năm 2023 cho thấy: triệu chứng đau bụng chiếm 99,8%, rối loạn tiêu hóa chiếm 66,1%; sốt chiếm 57,6%; buồn nôn chiếm 48,7%; gan to chiếm 40,8% và sụt cân chiếm 22,5% [10]. Nghiên cứu của Hossein Hatami và cộng sự: sụt cân (47%), đau vùng thượng vị (41%), đau bụng (29%), đau hạ sườn phải (24%), sốt, ớn lạnh, nhức đầu, chán ăn và đau ngực (18%), đau thắt lưng, ho và ngứa (12%), đau cơ, đau cổ, khó thở và nổi mề đay (6%) [8]. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng ở các người bệnh có thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể giải thích là địa điểm chúng tôi nghiên cứu chỉ khám, xét nghiệm xác định và kê đơn điều trị ngoại trú nên các người bệnh có biểu hiện cấp tính như sốt hay đau nhiều thường vào các bệnh viện khác để điều trị nội trú.

Các chỉ số huyết học là một tiêu chuẩn chẩn đoán đối với bệnh SLGL. Sự gia tăng bạch cầu đặc biệt bạch cầu

ái toan là một tiêu chuẩn chẩn đoán. Kết quả bảng 5 cho thấy số lượng hồng cầu trung bình là $5,09 \pm 0,10$; huyết sắc tố trung bình là $130,93 \pm 1,54$; số lượng bạch cầu trung bình là $6,79 \pm 0,18$; tỷ lệ % bạch cầu ái toan trung bình là $4,37 \pm 0,42$. Bệnh nhiễm ký sinh trùng nói chung và SLGL nói riêng đều có tỷ lệ bạch cầu ái toan tăng cao, nhưng trong nghiên cứu này thì số ca có tỷ lệ bạch cầu ái toan dưới 4% chiếm tỷ lệ cao (60,0%) và từ 4-8% (26,7%); số người bệnh có bạch cầu ái toan tăng hơn 8% chỉ chiếm 13,3%. Điều này có thể lý giải tỷ lệ bạch cầu ái toan không tăng là do bệnh đã ở giai đoạn mạn tính. Nghiên cứu Trần Nam Quân tăng tỷ lệ bạch cầu ái toan là 93,3% [10]. Một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng đề cập đến tăng tỷ lệ bạch cầu ái toan. Trong loạt trường hợp 24 người bệnh mắc bệnh SLGL ở Anatolia, tăng bạch cầu ái toan được thấy ở > 70% trường hợp. Nghiên cứu của Hossein Hatami và cộng sự năm 2012 thấy bạch cầu ái toan trung bình là 32,35% (SD=26) [8]. Các tác giả kết luận rằng tăng bạch cầu ái toan là một yếu tố dự báo quan trọng đối với bệnh SLGL ở người bệnh có biểu hiện lâm sàng hằng định và tăng bạch cầu ái toan gặp ở 14% -82% người bệnh có thể tăng giảm trong giai đoạn mạn tính. Nhiều tác giả cũng cho rằng khi tăng bạch cầu ái toan nặng thì cần xem xét đến bệnh SLGL, đặc biệt khi người bệnh đến từ vùng nông thôn và có thói quen uống nước suối. Như vậy, so với các tác giả khác thì các kết quả nghiên cứu này thấp hơn.

Các kết quả xét nghiệm sinh hóa ít có vai trò trong chẩn đoán xác định SLGL. Trong một số trường hợp có tổn thương tế bào gan tắc nghẽn đường mật sẽ làm tăng AST, ALT, LDH và Alkaline Phosphatase. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 5 cho thấy: chỉ số AST tăng gặp ở 28,7% số người bệnh; chỉ số ALT tăng gặp ở 30,7% số người bệnh giá trị trung bình của men AST là $36,39 \pm 2,30$ U/L và ALT là $41,75 \pm 3,72$ U/L. Chỉ số này là không tăng cao hơn so với giá trị bình thường. Nghiên cứu của Trần Nam Quân có tăng men gan chiếm 33,9% [10]. Tuy nhiên trong quá trình điều trị thì các giá trị men AST, ALT cũng là một tiêu chuẩn để đánh giá sự tiến triển phục hồi của bệnh.

Chẩn đoán hình ảnh có vai trò to lớn trong việc xác định bệnh SLGL. Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 6 thấy rằng hình ảnh siêu âm có tổn thương (ổ SLGL) chỉ có 22/150 người bệnh chiếm tỷ

lệ 14,7% và 85,3% người bệnh không có tổn thương. Trong số người bệnh có ổ SLGL được phát hiện qua siêu âm thì ổ sán ở gan trái chiếm tỷ lệ 13,6%, ổ sán ở gan phải chiếm tỷ lệ 59,1% và ổ sán có cả 2 bên gan trái và phải là 27,3% và các ổ có kích thước (đường kính lớn nhất) < 2 cm là 86,4%. Năm 2008, Huỳnh Hồng Quang và cộng sự cho thấy 95,7% số người bệnh tổn thương hệ gan mật trên siêu âm. Tổn thương tập trung trong nhu mô gan (95,7%), số còn lại nằm ở bao gan và hệ động mạch. Không hoặc chưa phát hiện tổn thương (4,3%). Trong nhu mô, tổn thương chủ yếu ở gan phải (81,3%), gan trái (7,5%), các ổ tập trung ở hạ phân thùy VI, VII và VIII là chính, ít nhất ở hạ phân thùy I. Tổn thương nhu mô không đồng nhất (87,9%), giảm âm (91,7%), hỗn hợp âm (87,3%), đặc biệt có các hốc dịch (47,2%), tăng âm không đáng kể [11]. Nghiên cứu của Trần Nam Quân cho thấy: áp xe gan chiếm 95,3%. Áp xe gan phải chiếm 82,9%, số lượng một ổ chiếm 90,9%. Kích thước ổ áp xe gan 4 - 6 cm chiếm 36,8%, ≥ 6 cm chiếm 30,7%, 2 - 4 cm chiếm 30,4% [10]. Kích thước nốt tổn thương có thể thay đổi tùy thuộc vào mức độ sán gây tổn thương viêm và hoại tử trong nhu mô gan tạo nên các ổ áp xe trong nhu mô gan. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy có nét tương đồng với các nghiên cứu khác.

5. KẾT LUẬN

Bệnh SLGL có yếu tố dịch tễ như ăn sống các loại rau thủy sinh, lưu hành ở nông thôn. Các triệu chứng thường gặp ở đường tiêu hóa và trên da. Các biểu hiện thay đổi cận lâm sàng như tăng bạch cầu ái toan, tăng men gan, tổn thương ổ sán trên siêu âm tỷ lệ còn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 1203/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá gan lớn, 2022.
- [2] Cwiklinski K, O'Neill SM, Donnelly S et al., A prospective view of animal and human Fasciolosis. Parasite Immunol, 38 (9), 2016, 558-568.

- [3] Nguyễn Văn Đê, Ký sinh trùng trong lâm sàng; Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2013.
- [4] Luis RR, Hostos I, Guillermo APY et al., The global prevalence of human fascioliasis: a systematic review and meta-analysis; 2023 Jul 8:10:20499361231185413. doi: 10.1177/20499361231185413. eCollection 2023 Jan-Dec.
- [5] Nguyễn Thu Hương, Trần Thanh Dương, Tạ Thị Tĩnh, Tình hình nhiễm sán lá gan lớn trên người tại Nghệ An và so sánh các bộ sinh phẩm chẩn đoán miễn dịch; Tạp chí Y học thực hành, 893(11), 2013, 156-160.
- [6] Nguyễn Thu Hương, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và hiệu quả điều trị SLGL triclabendazole tại hai xã Tịnh Kỳ và Nghĩa Sơn, tỉnh Quảng Ngãi năm 2008 - 2011, Luận án Tiến sĩ, Viện Sốt rét Ký sinh trùng Côn trùng Trung ương, 2012.
- [7] Yunus EB, Hasan Y, Seroprevalence of fascioliasis in the eastern region of Turkey: an eight-year investigation. Turk J Gastroentero; 31(11), 2020, 746 – 751.
- [8] Mahdi Asmar HH, The First Epidemic and New-emerging Human Fascioliasis in Kermanshah (Western Iran) and a Ten-year Follow Up, 1998-2008. Int J Prev Med; 3 (4), 2012, 266–272.
- [9] Nguyễn Văn Chương, Huỳnh Hồng Quang, Triệu Nguyên Trung và cộng sự, Hiệu quả điều trị và tính dung nạp TCZe (TCZ) trên bệnh nhân nhiễm SLGL *Fasciola Gigantica* và bước đầu sử dụng Metronidazole chống kháng tại khu vực miền Trung-Tây nguyên, Việt Nam 2004-2006; Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 11, 2007.
- [10] Trần Nam Quân, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm SLGL tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới Khánh Hòa; Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, Số đặc biệt 02(42), 2023, 47-52.
- [11] Nguyễn Ngọc Vinh, Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Duy Sơn, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn *fasciolae spp* tại khu vực Miền Trung - Tây Nguyên, Việt Nam, 2006-2008; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh; 12(4), 2008, 11-18.

SOME FACTORS RELATED TO FASCIOLIASIS IN PATIENTS EXAMINED AND TREATED AT NGHE AN CENTER FOR DISEASE CONTROL IN 2023

Ngo Tri Hiep¹, Le Quang Tho¹, Tran Ngoc Binh^{1*}, Ngo Duc Ky²

¹Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin Avenue, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 16/11/2023

ABSTRACT

Objectives: Understanding some factors which related to fascioliasis in patients who examined and treated at Nghe An Center for Disease Control in 2023.

Material and methods: The study design was cross-sectional description on 341 subjects who have examined and treated at the Department of Malaria, Parasitology and Entomology - Nghe An Center for Disease Control from January 2023 to August 2023.

Results: Factors that are statistically significantly associated with fascioliasis includes: knowledge about fascioliasis, history of fascioliasis, history of eating raw aquatic vegetables. Factors that are not statistically significantly related to the condition of fascioliasis are: age, gender, ethnicity, occupation, education level, disease practice; Families with fascioliasis, unhygienic drinking water habits.

Conclusion: Related factors of fascioliasis were found to be associated with eating habits of aquatic vegetables and poor understanding of fascioliasis. It is necessary to widely communicate these risk factors to the community.

Keywords: Fascioliasis; Nghe An Center for Disease Control (CDC)

*Corresponding author

Email address: ngocbinh@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 913 556 170

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH SÁN LÁ GAN LỚN CỦA NGƯỜI BỆNH KHÁM, CHỮA BỆNH TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT NGHỆ AN NĂM 2023

Ngô Trí Hiệp¹, Lê Quang Thọ¹, Trần Ngọc Bình^{1*}, Ngô Đức Kỳ²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, Nghi Phú, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến bệnh sán lá gan lớn của người bệnh khám, chữa bệnh tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 341 đối tượng đến khám, điều trị tại khoa Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc bệnh sán lá gan lớn (SLGL) bao gồm: kiến thức về bệnh SLGL, tiền sử mắc bệnh SLGL, tiền sử ăn rau sống thủy sinh. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc bệnh SLGL là: tuổi, giới tính, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thực hành về bệnh; gia đình mắc bệnh SLGL, thói quen hành vi uống nước chưa hợp vệ sinh với tình trạng mắc bệnh.

Kết luận: Các yếu tố liên quan mắc bệnh SLGL được tìm thấy gắn liền với thói quen ăn uống rau thủy sinh, sự hiểu biết về bệnh kém. Cần truyền thông sâu rộng tới cộng đồng các yếu tố nguy cơ này.

Từ khóa: Sán lá gan lớn; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: ngocbinh@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 913 556 170

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan lớn là bệnh ký sinh trùng do một số loài sán lá gan thuộc họ Fasciolidae gây nên những tổn thương, những ổ áp xe tại gan hoặc một số cơ quan khác khi ký sinh lạc chỗ [1]. Vòng đời của sán lá gan lớn liên quan đến ốc nước ngọt thuộc họ Lymnaeidae là vật chủ trung gian và nhiều loại động vật ăn cỏ như trâu, bò cừu và cả con người là vật chủ cuối cùng. Nguồn lây bệnh sán lá gan lớn bao gồm thực phẩm và nguồn nước [2]. Người bị bệnh do ăn sống các loại rau mọc dưới nước như rau ngổ, rau cần, rau ngó sen, rau cải xoong hoặc uống nước chưa đun sôi có chứa ấu trùng nang sán [3]. Sự xuất hiện của bệnh sán lá gan lớn tại Việt Nam đã chiếm một tỷ lệ đáng lo ngại và được WHO coi là một vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và trầm trọng. WHO đã liệt kê bệnh sán lá gan lớn ở người là một bệnh nhiệt đới bị bỏ quên, nhưng dữ liệu về tỷ lệ mắc bệnh sán lá gan trên toàn thế giới vẫn chưa được biết rõ [4]. Đến năm 2012, đã phát hiện 52 tỉnh có người bị sán lá gan lớn với trên 20.000 người bệnh, đặc biệt ở 15 tỉnh khu vực miền Trung, Tây Nguyên và ven biển. Nguy cơ mắc bệnh sán lá gan lớn cao là do người dân làm nông nghiệp, cùng với tập quán chăn nuôi gia súc quy mô nhỏ lẻ, thói quen ăn uống của người dân địa phương chưa hợp vệ sinh [3]. Nghệ An là tỉnh nằm ở trung tâm vùng Bắc Trung Bộ, có điều kiện tự nhiên rộng, địa hình miền núi xen kẽ đồng bằng. Một nghiên cứu tại Nghệ An năm 2013 thì số lượng người bệnh bệnh sán lá gan lớn là 12,8% [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến bệnh SLGL của người bệnh khám, chữa bệnh tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật Nghệ An năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng -Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các đối tượng đến khám, điều trị tại khoa Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng -Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Được chẩn đoán nghi ngờ mắc bệnh SLGL và chẩn đoán xác định mắc bệnh SLGL theo Quyết định số 1203/QĐ-BYT của Bộ Y tế [1].

Trường hợp bệnh nghi ngờ:

Yếu tố dịch tễ: Người bệnh sống trong vùng SLGL lưu hành.

Có tiền sử ăn sống các loại rau thủy sinh và uống nước chưa hợp vệ sinh.

Người bệnh có dấu hiệu lâm sàng hướng tới bệnh SLGL.

Xét nghiệm ELISA kháng thể kháng SLGL trong huyết thanh âm tính.

Trường hợp bệnh xác định:

Trường hợp bệnh nghi ngờ và có các xét nghiệm sau:

Xét nghiệm phân hoặc dịch mật tìm thấy trứng SLGL.

Xét nghiệm ELISA: phát hiện có kháng thể kháng SLGL trong huyết thanh.

Có hình ảnh tổn thương của sán lá gan trên siêu âm/CT scanner/MRI

Bạch cầu ái toan tăng cao.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả một tỉ lệ của WHO:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cho nghiên cứu; α : Hệ số tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = Z_{\alpha/2} = 1,96$; p: lấy $p = 0,12$ là tỷ lệ bệnh SLGL tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương và cộng sự năm 2013 [5]; d: giá trị tương đối ($d=0,05$). Thay vào công thức thì cỡ mẫu tối thiểu là 162 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). Thực tế chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu 341 ĐTNC cho cả 2 nhóm (150 ĐTNC mắc bệnh SLGL và 191 ĐTNC nghi ngờ mắc bệnh SLGL)



Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Các bệnh nhân đến khám tại Khoa Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng -Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An được phỏng vấn về các đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử dịch tễ, kiến thức và thực hành về bệnh SLGL theo bộ câu hỏi có cấu trúc sẵn.

2.5. Biến số nghiên cứu

Một số yếu tố liên quan đặc điểm cá nhân: Tuổi, giới tính, dân tộc, nơi ở, nghề nghiệp, trình độ văn hoá, kiến thức và thực hành về bệnh SLGL.

Một số yếu tố liên quan đặc điểm dịch tễ: tiền sử mắc bệnh cá nhân, tiền sử mắc bệnh của người nhà, tiền sử uống nước không hợp vệ sinh, tiền sử ăn rau sống thủy sinh, gia đình có chăn nuôi gia súc

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Người bệnh đến khám sẽ được phỏng vấn trực tiếp để thu thập các dữ liệu. Công cụ nghiên cứu là gồm 2 phiếu hỏi. “Phiếu nghiên cứu bệnh sán lá gan lớn” để

thu thập thông tin về nhân khẩu học và tiền sử dịch tễ của ĐTNC. “Phiếu khảo sát kiến thức và thực hành về bệnh sán lá gan lớn” để thu thập thông tin về kiến thức thực hành của ĐTNC.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích. Sử dụng thống kê phân tích (Tỷ suất chênh OR, hồi quy logistis đa biến).

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin có được do ĐTNC cung cấp được giữ bí mật. Đề tài được thông qua Quyết định số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 của Trường Đại học Y khoa Vinh và sự cho phép của CDC Nghệ An. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh và cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân đối tượng nghiên cứu với tình trạng mắc bệnh (n = 341)

Đặc điểm		Xác định SLGL		Nghỉ ngơi SLGL		OR 95% CI	P
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	Từ 60 tuổi trở lên	39	44,8	48	55,2	1,0 0,641-1,708	0,855
	Dưới 60 tuổi	111	43,7	143	56,3		
Giới tính	Nam	65	41,9	90	58,1	0,9 0,558-1,319	0,486
	Nữ	85	45,7	101	54,3		
Dân tộc	Kinh	142	43,6	184	56,4	0,7 0,239-1,906	0,456
	Khác	8	53,3	7	46,7		
Nghề nghiệp	Nông dân/khác	85	45,7	101	54,3	1,2 0,758-1,792	0,486
	Công nhân/Hành chính/HSSV	65	41,9	90	58,1		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	89	47,1	100	52,9	1,3 0,862-2,045	0,198
	Từ THPT trở lên	61	40,1	92	59,9		

Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố cá nhân (tuổi, giới tính, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn) với tình trạng mắc bệnh SLGL.

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức độ kiến thức và thực hành về bệnh SLGL của đối tượng nghiên cứu với tình trạng mắc bệnh (n = 341)

Đặc điểm		Xác định SLGL		Nghỉ ngờ SLGL		OR 95% CI	P
		n	%	n	%		
Kiến thức	Không đạt	92	63,9	52	36,1	4,2 2,683-6,701	0,000
	Đạt	58	29,4	139	70,6		
Thực hành	Không đạt	136	47,6	150	52,4	2,7 1,387-5,087	0,002
	Đạt	14	25,5	41	74,5		

Những ĐTNC có kiến thức không đạt bị bệnh SLGL cao gấp 4,2 lần so với những ĐTNC có kiến thức đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 4,2; 95%CI: 2,683 - 6,701; $p = 0,000$). Những ĐTNC có thực hành không đạt bị bệnh SLGL cao gấp 2,7 lần so với những ĐTNC có thực hành đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 2,7; 95%CI: 1,387 - 5,087; $p = 0,002$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm tiền sử mắc bệnh và tình trạng gia đình của đối tượng nghiên cứu với tình trạng mắc bệnh (n = 341)

Đặc điểm		Xác định SLGL		Nghỉ ngờ SLGL		OR 95% CI	P
		n	%	n	%		
Tiền sử mắc bệnh	Đã từng	39	78,0	11	22,0	5,7 2,828-11,691	<0,001
	Chưa/Không rõ	111	38,1	180	61,9		
Tình trạng gia đình	Có người mắc	29	70,7	12	29,3	3,6 1,756-7,280	<0,001
	Không có/ không rõ	121	40,3	179	59,7		

Những ĐTNC có tiền sử mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 5,7 lần so với những ĐTNC có chưa/ không rõ mắc bệnh SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 5,7; 95%CI: 2,828-11,691; $p < 0,001$). Những ĐTNC có người trong gia đình mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,6 lần so với những ĐTNC có người trong gia đình không mắc/ không rõ mắc bệnh SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,6; 95%CI: 1,756-7,280; $p < 0,001$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thói quen hành vi của đối tượng nghiên cứu với tình trạng mắc bệnh (n = 341)

Đặc điểm		Xác định SLGL		Nghỉ ngờ SLGL		OR 95% CI	P
		n	%	n	%		
Tiền sử ăn sống các loại rau thủy sinh	Thường xuyên	16	84,2	3	15,8	7,5 2,138-26,192	<0,001
	Thỉnh thoảng/ hiếm khi	134	41,6	188	58,4		
Tiền sử uống nước chưa hợp vệ sinh	Thường xuyên	5	83,3	1	16,7	6,6 0,757-56,691	>0,05
	Thỉnh thoảng/hiếm khi	150	44,0	190	56,0		

Những ĐTNC thường xuyên ăn sống các loại rau thủy sinh thì mắc bệnh SLGL cao gấp 7,5 lần so với những ĐTNC thỉnh thoảng/ hiếm khi ăn sống các loại rau thủy sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 7,5; 95%CI: 2,138-26,192; $p < 0,001$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thói quen uống nước chưa hợp vệ sinh của ĐTNC với tình trạng mắc bệnh.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan tới tình trạng mắc bệnh sán lá gan lớn (n=341)

Biến độc lập		Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	OR (95%CI)
Kiến thức	Không đạt	1,204	0,251	<0,001	3,3 2,039-5,449
	Đạt				
Thực hành	Không đạt	0,609	0,358	0,089	1,8 0,911-3,706
	Đạt				
Tình trạng gia đình	Có người mắc	0,632	0,412	0,125	1,8 0,838-4,221
	Không có/ không rõ				
Tiền sử mắc bệnh SLGL	Đã từng	1,219	0,398	0,002	3,4 1,550-7,381
	Không rõ				
Tiền sử ăn rau sống thủy sinh	Thường xuyên	2,122	0,668	0,001	8,4 2,254-30,939
	Thỉnh thoảng/ít khi				

Những ĐTNC có kiến thức không đạt thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,3 lần so với những ĐTNC có kiến thức đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,3; 95%CI: 2,039-5,449; $p < 0,001$). Những ĐTNC có tiền sử mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,4 lần so với những ĐTNC không có tiền sử mắc bệnh SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,4; 95%CI: 1,550-7,381; $p = 0,002$). Những ĐTNC có tiền sử ăn rau sống thủy sinh thì mắc bệnh SLGL cao gấp 8,4 lần so với những ĐTNC không có tiền sử ăn rau sống thủy sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 8,4; 95%CI: 2,254-30,939; $p = 0,001$). Chưa tìm thấy mối liên quan mức thực hành đạt /không đạt; Tình trạng gia đình có người mắc SLGL với tình trạng mắc bệnh.

4. BÀN LUẬN

Khi so sánh nhóm xác định bệnh SLGL và nhóm nghi ngờ bệnh SLGL nhằm tìm hiểu mối liên quan các đặc điểm cá nhân với tình trạng bệnh. Kết quả thể hiện bảng 1 thể hiện chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống

kê giữa các yếu tố cá nhân (tuổi, giới tính, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn) với tình trạng mắc bệnh SLGL. Nghiên cứu của Lotfollah Davoodi và cộng sự ở Iran thấy sự khác biệt đáng kể giữa tuổi, giới tính, nghề nghiệp nông dân [6]. Điều này cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với một số nghiên cứu khác. Qua rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ mắc bệnh SLGL ở nữ giới cao hơn so với nam giới. Phân bố bệnh chủ yếu ở nông thôn, nghề nghiệp liên quan đến nông trang, trang trại và chăn nuôi gia súc trâu, bò, cừu; các đối tượng đó sẽ có tỷ lệ nhiễm cao hơn so với đối tượng làm nghề khác [7 – 9].

Tìm hiểu về mối liên quan giữa mức kiến thức, thực hành đạt/không đạt của ĐTNC và tình trạng mắc bệnh SLGL được trình bày ở bảng 2. Những ĐTNC có kiến thức không đạt bị bệnh SLGL cao gấp 4,240 lần so với những ĐTNC có kiến thức đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 4,240; 95%CI: 2,683 - 6,701; $p=0,000$). Những ĐTNC có thực hành không đạt bị bệnh SLGL cao gấp 2,655 lần so với những ĐTNC có thực hành đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 2,655; 95%CI: 1,387 - 5,087; $p = 0,002$).

Phòng bệnh là vấn đề hết sức quan trọng và cần thiết để giảm tỷ lệ mắc bệnh SLGL. Để không bị mắc bệnh SLGL, trong sinh hoạt ăn uống hàng ngày phải cố gắng loại bỏ tập quán ăn sống một số thực vật thủy sinh bao gồm các loại rau trồng hoặc mọc ở dưới nước như rau cải xoong, rau ngổ, rau om, rau cần, ngó sen... Các loại rau này khi chế biến thức ăn thường để sống hoặc tái sơ qua, chưa được nấu chín hoàn toàn nên nguy cơ bị nhiễm mầm bệnh ký sinh trùng SLGL là điều không thể tránh khỏi nếu rau có sự hiện diện của ấu trùng nang sán. Nếu muốn ăn sống hay tái các loại rau thủy sinh thì rau phải được rửa và xử lý thật sạch để loại bỏ ấu trùng nang sán, điều này chỉ có thể thực hiện được tại bếp ăn gia đình nhưng đối với các quán ăn, nhà hàng chế biến thực vật thủy sinh với số lượng khá lớn thì không bảo đảm an toàn nên nguy cơ nhiễm bệnh vẫn có thể xảy ra. Tăng cường nhận thức và thực hành thay đổi thói quen cần được tiến hành thường xuyên liên tục cho mỗi cá nhân và cộng đồng. Nâng cao kiến thức và thực hành đúng về bệnh SLGL sẽ giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh.

Yếu tố dịch tễ học không đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán, nhưng lại đóng vai trò gợi ý quan trọng cho việc chẩn đoán. Đặc biệt, bệnh SLGL là bệnh có ổ bệnh thiên nhiên, lưu hành theo vùng miền rõ rệt. Trong bệnh SLGL, việc khai thác tiền sử người bệnh là khâu không thể bỏ qua được. Người từng nhiễm SLGL không có miễn dịch lâu dài và có thể dễ dàng tái nhiễm nếu không đảm bảo an toàn thực phẩm. Việc tái nhiễm có thể xảy ra nếu các đối tượng vẫn tiếp tục có hành vi nguy cơ. Yếu tố gia đình thường gắn liền với việc sử dụng loại thực phẩm, thói quen ăn uống, chăn nuôi gia súc. Việc truyền thông nâng cao nhận thức về bệnh SLGL trong cộng đồng còn chưa đồng bộ giữa các ngành, các cấp nên hiệu quả phòng bệnh còn thấp. Theo kết quả nghiên cứu trình bày bảng 3, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tiền sử đã mắc bệnh, tình trạng gia đình có người mắc bệnh với tình trạng mắc bệnh SLGL. Cụ thể: những ĐTNC có tiền sử đã từng mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 5,7 lần so với những ĐTNC chưa/không rõ tiền sử mắc bệnh SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,6; 95%CI: 2,828-11,691; $p < 0,001$). Những ĐTNC có người trong gia đình mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,6 lần so với những ĐTNC có người trong gia đình không mắc/không rõ mắc bệnh

SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,6; 95%CI: 1,756-7,280; $p < 0,001$).

Tìm hiểu mối liên quan giữa thói quen hành vi của ĐTNC với tình trạng mắc bệnh được thể hiện trong bảng 4. Những ĐTNC thường xuyên ăn sống các loại rau thủy sinh thì mắc bệnh SLGL cao gấp 7,5 lần so với những ĐTNC thỉnh thoảng/hiếm khi ăn sống các loại rau thủy sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 7,5; 95%CI: 2,138-26,192; $p < 0,001$). Tuy nhiên, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa thói quen hành vi uống nước chưa hợp vệ sinh của ĐTNC với tình trạng mắc bệnh. Một nghiên cứu ở Hàn Quốc năm 2022 cho thấy tỷ lệ người bệnh sử dụng dịch vụ giao nước trái cây ở nhóm mắc bệnh SLGL cao hơn đáng kể so với nhóm không mắc bệnh SLGL (53,3% so với 0%, $p < 0,01$). Hầu hết các người bệnh khác trong nhóm bệnh SLGL đều đã biết các yếu tố nguy cơ và việc ăn rau cần nước hoặc các loại rau sống khác. Nghiên cứu này cho thấy bệnh SLGL ở người có thể lây truyền qua nước ép rau xanh được sản xuất và phân phối bởi các hệ thống công nghiệp hiện đại [10]. Thói quen ăn rau sống trồng trong nước, thói quen nuôi trâu bò gần vùng trồng rau; việc ăn rau sống là phổ biến ở nhiều vùng miền. Mặc dầu, không phải tất cả các loại rau sống đều có chứa mầm bệnh SLGL mà chỉ tập trung vào một số loại rau thủy sinh. Đây là hành vi nguy cơ cao nhất dẫn đến mắc bệnh SLGL. Giống như nhiều quốc gia châu Á khác, Việt Nam được WHO xem là vùng dịch tễ của SLGL bởi đặc điểm sinh thái và thói quen ăn uống. Điều đáng lo là trên thực tế, mặc dù nhiễm SLGL không hề hiếm gặp nhưng rất nhiều người hoàn toàn không biết gì hoặc chủ quan về mức độ nguy hiểm của nó. Trong khi đó, chúng ta có thể dễ dàng bị nhiễm SLGL qua những thói quen ăn uống, thực phẩm cực kỳ quen thuộc trong cuộc sống hàng ngày.

Khi phân tích đơn biến các yếu tố có mối liên quan với tình trạng mắc bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ được đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến. Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan mức kiến thức đạt/không đạt; tiền sử mắc bệnh SLGL, tiền sử ăn rau sống thủy sinh có với tình trạng mắc bệnh. Những ĐTNC có kiến thức không đạt thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,3 lần so với những ĐTNC có kiến thức đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,3; 95%CI: 2,039-5,449; $p < 0,001$). Những ĐTNC có tiền sử đã từng



mắc bệnh SLGL thì mắc bệnh SLGL cao gấp 3,4 lần so với những đối tượng không rõ mắc bệnh SLGL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 3,4; 95%CI: 1,550-7,381; $p = 0,002$). Những ĐTNC có tiền sử thường xuyên ăn rau sống thủy sinh thì mắc bệnh SLGL cao gấp 8,4 lần so với những đối tượng thỉnh thoảng /hiếm khi ăn rau sống thủy sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR= 8,4; 95%CI: 2,254-30,939; $p = 0,001$). Các yếu tố nguy cơ này cũng phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới. Đây là cơ sở đề xuất các biện pháp phòng chống bệnh SLGL có hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan mắc bệnh SLGL được tìm thấy gắn liền với thói quen ăn uống rau thủy sinh, sự hiểu biết về bệnh kém. Cần truyền thông sâu rộng tới cộng đồng các yếu tố nguy cơ lây nhiễm bệnh thông qua thay đổi hành vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 1203/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá gan lớn, Ngày 16/05/2022.
- [2] Cwiklinski K, O'Neill SM, Donnelly S, et al., A prospective view of animal and human Fasciolosis. *Parasite Immunol*, 38 (9), 2016, 558 - 568.
- [3] Nguyễn Văn Đề, Ký sinh trùng trong lâm sàng; Nhà xuất bản Y học, 2013.
- [4] Luis RR, Hostos I, Guillermo APY et al.,

The global prevalence of human fascioliasis: a systematic review and meta-analysis; 2023 Jul 8:10:20499361231185413. doi: 10.1177/20499361231185413. eCollection 2023 Jan-Dec.

- [5] Nguyễn Thu Hương, Trần Thanh Dương, Tạ Thị Tĩnh, Tình hình nhiễm sán lá gan lớn trên người tại Nghệ An và so sánh các bộ sinh phẩm chẩn đoán miễn dịch; *Tạp chí Y học thực hành*, 893(11), 2013; 156-160..
- [6] Lotfollah D, A Descriptive Study of Human Fascioliasis in Qaemshahr, Mazandaran Province, Iran: Its Prevalence and Risk Factors. *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 17(4), 2022.
- [7] Nguyễn Thu Hương, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và hiệu quả điều trị sán lá gan lớn triclabendazole tại hai xã Tịnh Kỳ và Nghĩa Sơn, tỉnh Quảng Ngãi năm 2008-2011; Luận án Tiến sỹ, Viện Sốt rét Ký sinh trùng Côn trùng Trung ương, 2012.
- [8] Trần Thanh Dương, Nguyễn Thu Hương, Tạ Thị Tĩnh, Trên bệnh nhân sán lá gan lớn tại Viện Sốt rét-ký sinh trùng-côn trùng trung ương, 2011-2013; *Tạp chí Y học thực hành*, 893(11), 2013, 67 - 71.
- [9] Lê Lệnh Lương, Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán, theo dõi bệnh sán lá gan lớn; Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà nội, 2016.
- [10] Sunghhee Park, Sungim Choi, Sooji Hong, Green vegetable juice as a potential source of human fascioliasis in Korea. *One Health*, 15 (December 2022).

CURRENT STATUS OF SURFACE WATER QUALITY AND SOME RELATED FACTORS IN VINH CITY AND SURROUNDING AREAS, NGHE AN PROVINCE IN 2022

Tran Ngoc Binh*, Nguyen Van Tuan, Ngo Tri Hiep

Vinh Medical University - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objectives: The study was conducted to evaluate surface water quality in Vinh city and surrounding areas along with a number of factors related to surface water quality.

Research methods: Cross-sectional descriptive research designed to survey and analysis of 33 surface water parameters of 15 water samples taken at 15 river and lake locations in Vinh city and Hung Nguyen district, compared with QCVN 08-MT :2015/BTNMT.

Results: Vinh city's surface water quality shows signs of pollution. Most rivers and lakes show signs of organic pollution (BOD₅, COD, N-NH₄⁺, TSS), rivers have saline intrusion with high chloride concentrations, signs of metal pollution (Mn, Fe), E.coli. The results of calculating the WQI index (Water Quality Index, according to the instructions of the Ministry of Natural Resources and Environment, 2019) range from 8 to 95, reflecting the state of surface water quality in the study area.

Conclusion: The study has identified a number of causes of surface water pollution in Vinh city as a basis for providing solutions to limit pollution sources.

Keywords: Surface water quality; Water quality index (WQI); Vietnamese Standards.

*Corresponding author

Email address: ngocbinhvmu@gmail.com

Phone number: (+84) 913 556 170

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG NƯỚC MẶT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ VINH VÀ VÙNG LÂN CẬN, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022

Trần Ngọc Bình*, Nguyễn Văn Tuấn, Ngô Trí Hiệp

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng nước mặt tại thành phố Vinh và vùng lân cận cùng một số yếu tố liên quan đến chất lượng nước mặt.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích khảo sát 33 thông số nước mặt của 15 mẫu nước lấy tại 15 vị trí sông, hồ thành phố Vinh và huyện Hưng Nguyên, so sánh với QCVN 08-MT:2015/BTNMT.

Kết quả nghiên cứu: Chất lượng nước mặt thành phố Vinh có dấu hiệu ô nhiễm. Hầu hết các sông, hồ đều có biểu hiện ô nhiễm chất hữu cơ (BOD_5 , COD, $N-NH_4^+$, TSS), các sông có hiện tượng xâm nhập mặn với nồng độ Clorua cao, dấu hiệu ô nhiễm kim loại (Mn, Fe), E.coli. Kết quả tính toán chỉ số WQI (Water Quality Index, theo hướng dẫn của Bộ Tài nguyên và Môi trường, 2019) dao động từ 8 – 95 phản ánh về tình trạng chất lượng nước mặt tại địa bàn nghiên cứu.

Kết luận: Nghiên cứu đã xác định một số nguyên nhân gây ô nhiễm nước mặt thành phố Vinh làm cơ sở để đưa ra các giải pháp hạn chế nguồn ô nhiễm

Từ khóa: Chất lượng nước mặt, Chỉ số chất lượng nước (WQI), QCVN.

*Tác giả liên hệ

Email: ngocbinhvmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913 556 170

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước là nguồn tài nguyên vô cùng quý giá, là thành phần chủ yếu của môi trường sống, là yếu tố quan trọng trong quá trình sản xuất. Tài nguyên nước quyết định đến sự thành công của các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm an ninh quốc gia. Tuy nhiên, quá trình khai thác và sử dụng tài nguyên nước chưa hợp lý, thiếu bền vững đã và đang gây suy giảm tài nguyên nước, đặc biệt là những thách thức đối với chất lượng nước do quá trình tiếp nhận nước thải từ các hoạt động dân sinh kinh tế [1]. Ô nhiễm môi trường nước đã và đang trở thành vấn đề chung của toàn nhân loại, được cả thế giới quan tâm.

Thành phố Vinh là đô loại I thuộc tỉnh Nghệ An, Việt Nam, là trung tâm kinh tế, chính trị của tỉnh và đã được Chính phủ Việt Nam quy hoạch để trở thành trung tâm kinh tế - văn hóa của vùng Bắc Trung Bộ. Cùng với sự phát triển của quá trình công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước, thành phố Vinh đang ngày càng phát triển về kinh tế, nâng cao chất lượng sống của người dân. Tuy nhiên, môi trường tự nhiên hiện nay đặc biệt là nguồn nước mặt đã và đang có nguy cơ bị ô nhiễm, bề mặt kênh, hồ trên địa bàn thành phố chuyển màu đen, nước có mùi hôi, làm cho chất lượng môi trường ngày càng giảm, chưa đáp ứng tốt cho yêu cầu sản xuất và đời sống dân cư. Với mong muốn nâng cao chất lượng cuộc sống, đảm bảo sức khỏe cộng đồng, ban lãnh đạo thành phố Vinh trong những năm gần đây đã có những chính sách, biện pháp giải quyết các vấn đề về môi trường như: đẩy mạnh công tác tuyên truyền giáo dục

về bảo vệ môi trường; ứng dụng khoa học công nghệ tiên tiến trong sản xuất sạch hơn... Bên cạnh đó việc đánh giá chất lượng nước mặt, nắm bắt tình hình chất lượng nước mặt hiện tại là hết sức cần thiết. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng chất lượng nước mặt TP Vinh và vùng lân cận và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng nước mặt TP Vinh và vùng lân cận năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại TP Vinh và huyện Hưng Nguyên tỉnh Nghệ An từ tháng 02/2022 - 05/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Môi trường nước mặt bao gồm nước tại các sông, hồ chính trên địa bàn TP Vinh và một số sông tại huyện Hưng Nguyên.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số có 15 mẫu nước bề mặt, được lấy tại các hệ thống sông, hồ trên địa bàn TP Vinh và huyện Hưng Nguyên.

Phương pháp chọn mẫu

Mẫu nước được lấy tại 5 hồ chính, 5 điểm sông chính tại TP Vinh và 3 điểm sông chính tại huyện Hưng Nguyên.

Bảng 1. Vị trí các điểm lấy mẫu

STT	Điểm lấy mẫu	Ký hiệu mẫu	Tọa độ	
			Kinh độ (m)	Vĩ độ (m)
1	Hồ Goong	HG	2065726	0599570
2	Hồ công viên Trung tâm	HCVTT	2064878	0598753
3	Hồ Cửa Nam	HCN	2064771	0596244
4	Hồ Bảy Mẫu	HBM	2070597	0594220
5	Hồ Vinh Tân	HVT	2063399	0598110
6	Hồ Hưng Hòa	HHH	2067448	0602899

STT	Điểm lấy mẫu	Ký hiệu mẫu	Tọa độ	
			Kinh độ (m)	Vĩ độ (m)
7	Sông Vinh tại cầu Cửa Tiền 1	CT	2064582	0596804
8	Sông Đào	SĐ	2064648	0595176
9	Sông Lam tại cầu Bến Thủy 2	BT2	2062153	0599902
10	Sông Vinh tại Bara BếnThủy	SV	2062283	0599948
11	Thượng nguồn sông Rào Đùng	RĐ1	2068568	0602318
12	Hạ nguồn sông Rào Đùng	RĐ2	2069587	0605113
13	Sông Kê Gai đoạn qua KCN VSIP	HN1	2069401	0593353
14	Sông Đào	HN2	2064347	0592748
15	Sông Đào tại trạm bơm nước Cầu Mượu	HN3	2066231	0590023

2.5. Biến số nghiên cứu

Các thông số nghiên cứu: 33 thông số đánh giá chất lượng nước mặt bao gồm: Nhiệt độ, pH, DO, Độ muối, Độ đục, Tổng chất rắn lơ lửng (TSS), Nhu cầu oxy hoá học (COD), Nhu cầu oxy sinh hóa (BOD5), Amoni (N-NH₄⁺), Clorua (Cl⁻), Florua (F⁻), Nitrit (N-NO₂⁻), Nitrat (N-NO₃⁻), Phosphat (P-PO₄³⁻), Xianua (CN⁻), Asen (As), Cadimi (Cd), Chì (Pb), Crom VI

(Cr⁶⁺), Tổng Crom, Đồng (Cu), Kẽm (Zn), Niken (Ni), Mangan (Mn), Thủy ngân (Hg), Sắt (Fe), Chất hoạt động bề mặt, Hóa chất bảo vệ thực vật nhóm Clo hữu cơ, Tổng Phenol, Tổng dầu mỡ, Tổng Cacbon hữu cơ (TOC), Coliform, E.coli

Quy định giá trị giới hạn các thông số chất lượng nước mặt. Theo QCVN 08-MT:2015/BTNMT

Bảng 2. Giá trị giới hạn các thông số chất lượng nước mặt

TT	Thông số	Đơn vị	Giá trị giới hạn			
			A		B	
			A ₁	A ₂	B ₁	B ₂
1	pH		6-8,5	6-8,5	5,5-9	5,5-9
2	BOD5	mg/l	4	6	15	25
3	COD	mg/l	10	15	30	50
4	Oxy hòa tan (DO)	mg/l	≥ 6	≥ 5	≥ 4	≥ 2
5	Tổng chất rắn lơ lửng (TSS)	mg/l	20	30	50	100
6	Amoni (NH ₄ ⁺ tính theo N)	mg/l	0,3	0,3	0,9	0,9
7	Clorua (Cl ⁻)	mg/l	250	350	350	-
8	Florua (F ⁻)	mg/l	1	1,5	1,5	2
9	Nitrit (NO ₂ ⁻ tính theo N)	mg/l	0,05	0,05	0,05	0,05
10	Nitrat (NO ₃ ⁻ tính theo N)	mg/l	2	5	10	15
11	Phosphat (PO ₄ ³⁻ tính theo P)	mg/l	0,1	0,2	0,3	0,5

TT	Thông số	Đơn vị	Giá trị giới hạn			
			A		B	
			A ₁	A ₂	B ₁	B ₂
12	Xianua (CN ⁻)	mg/l	0,05	0,05	0,05	0,05
13	Asen (As)	mg/l	0,01	0,02	0,05	0,1
14	Cadimi (Cd)	mg/l	0,005	0,005	0,01	0,01
15	Chì (Pb)	mg/l	0,02	0,02	0,05	0,05
16	Crom VI (Cr ⁶⁺)	mg/l	0,01	0,02	0,04	0,05
17	Tổng Crom	mg/l	0,05	0,1	0,5	1
18	Đồng (Cu)	mg/l	0,1	0,2	0,5	1
19	Kẽm (Zn)	mg/l	0,5	1,0	1,5	2
20	Niken (Ni)	mg/l	0,1	0,1	0,1	0,1
21	Mangan (Mn)	mg/l	0,1	0,2	0,5	1
22	Thủy ngân (Hg)	mg/l	0,001	0,001	0,001	0,002
23	Sắt (Fe)	mg/l	0,5	1	1,5	2
24	Chất hoạt động bề mặt	mg/l	0,1	0,2	0,4	0,5
25	Tổng Phenol	mg/l	0,005	0,005	0,01	0,02
26	Tổng dầu mỡ	mg/l	0,3	0,5	1	1
27	Tổng các bon hữu cơ (TOC)	mg/l	4	-	-	-
28	Coliform	CFU /100ml	2500	5000	7500	10000
29	E.coli	CFU /100ml	20	50	100	200
Thuốc bảo vệ thực vật nhóm clo hữu cơ						
30	Aldrin	µg/l	0,1	0,1	0,1	0,1
31	Benzene hexachloride (BHC)	µg/l	0,02	0,02	0,02	0,02
32	Dieldrin	µg/l	0,1	0,1	0,1	0,1
33	Tổng Dichloro diphenyl trichloroethane (DDTS)	µg/l	1,0	1,0	1,0	1,0
34	Heptachlor & Heptachlorepoxyde	µg/l	0,2	0,2	0,2	0,2

A1- Sử dụng cho mục đích cấp nước sinh hoạt (sau khi áp dụng xử lý thông thường), bảo tồn động thực vật thủy sinh và các mục đích khác như loại A2, B1 và B2.

A2 - Dùng cho mục đích cấp nước sinh hoạt nhưng phải áp dụng công nghệ xử lý phù hợp hoặc các mục đích sử dụng như loại B1 và B2.

B1- Dùng cho mục đích tưới tiêu, thủy lợi hoặc các mục

đích sử dụng khác có yêu cầu chất lượng nước tương tự hoặc các mục đích sử dụng như loại B2.

B2 - Giao thông thủy và các mục đích khác với yêu cầu nước chất lượng thấp.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Phương pháp quan trắc môi trường nước mặt: Các mẫu



nước được lấy từ 7h đến 9h45 mỗi ngày. Phương pháp lấy mẫu theo TCVN 6663-6:2018; TCVN 5994:1995, SOP-5.7-01. Mẫu nước sau khi lấy, bảo quản và lưu giữ theo TCVN 6663-3:2016, được chuyển đến phòng thí nghiệm của Khoa Y tế Công cộng Trường Đại học y khoa Vinh và thực hiện phân tích.

- Phương pháp sử dụng bảng kiểm đánh giá các nguồn gây ô nhiễm có thể có tại các vị trí quan trắc.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các thông số phân tích được đánh giá theo QCVN 08-MT:2015/BTNMT và theo chỉ số chất lượng nước VN_WQI. Toàn bộ số liệu, dữ liệu được nhập liệu và xử lý

bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Trường Đại học Y khoa Vinh cho phép. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến cộng đồng, chỉ phục vụ cho mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng chất lượng nước mặt TP Vinh và huyện Hưng Nguyên

3.1.1. Chất lượng nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên theo kết quả quan trắc

Bảng 3. Chất lượng nước mặt TP Vinh và huyện Hưng Nguyên phân theo thông số (29 thông số được so sánh với QCVN 08-MT:2015/BTNMT)

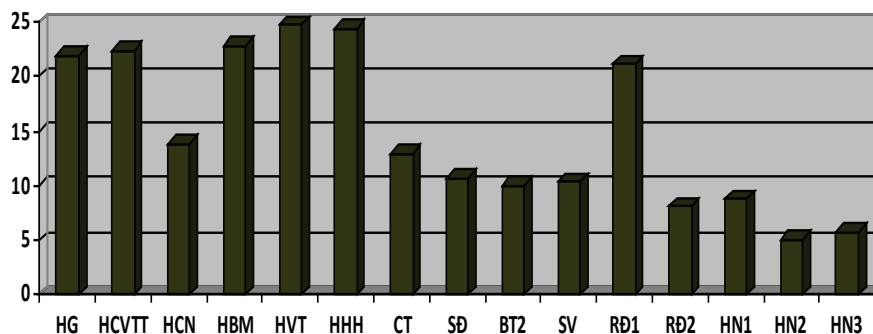
Chất lượng nước mặt phân theo thông số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TP Vinh	Đạt QCVN 08-MT:2015/BTNMT	16	55,17
	Vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT	13	44,83
	Tổng	29	100
Huyện Hưng Nguyên	Đạt QCVN 08-MT:2015/BTNMT	23	79,31
	Vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT	06	20,69
	Tổng	29	100

Có 33 thông số môi trường được phân tích, trong đó có 29/33 thông số được so sánh với Quy chuẩn, 04/33 không quy định trong Quy chuẩn (nhiệt độ, độ muối, độ đục, TOC). Có 13/29 thông số nước mặt tại địa bàn TP Vinh vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT (chiếm 44,83%) bao gồm: pH, BOD₅, COD, DO, TSS, N-NH₄⁺,

F⁻, Cl⁻, N-NO₂⁻, P-PO₄³⁻, Mn, Fe, E.coli. Có 06/29 thông số nước mặt tại địa bàn Hưng Nguyên vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT (chiếm 20,69%) bao gồm: BOD₅, COD, TSS, N-NH₄⁻, Fe, E.coli.

+ **Thông số BOD₅:**

Hình 1. Biến động BOD₅ trên mạng lưới các điểm quan trắc môi trường nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên

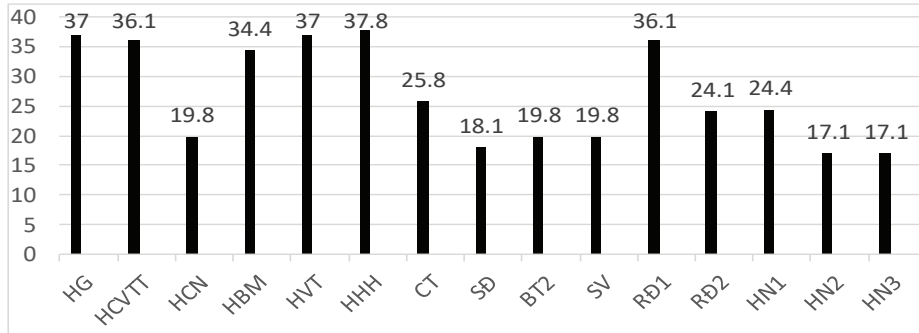


Theo QCVN 08-MT:2015/BTNMT giá trị BOD₅ là 15mg/l (cột B1) và 6mg/l (cột A2). Có 12/15 mẫu vượt Quy chuẩn, với mức vượt dao động từ 1,35 đến 3,85 lần. (Cao nhất tại điểm RĐ1 - Thượng nguồn sông Rào

Đùng). Điểm HCN, HN2, HN3 có giá trị BOD₅ nằm trong giới hạn cho phép.

+ Thông số COD:

Hình 2. Biến động COD trên mạng lưới các điểm quan trắc môi trường nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên

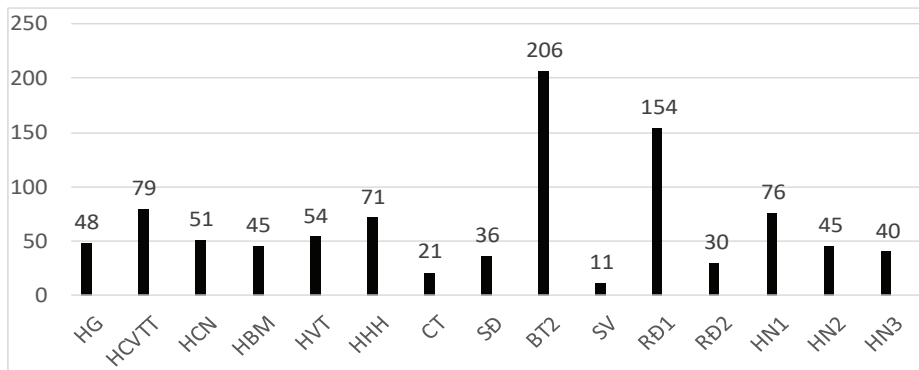


Hàm lượng COD ở 14/15 mẫu vượt Quy chuẩn, với mức vượt dao động từ 1,15 đến 2,41 lần (cao nhất tại điểm HHH – Hồ Hưng Hòa). Các hồ có nồng độ COD

khá cao.

+ Thông số TSS:

Hình 3. Biến động TSS trên mạng lưới các điểm quan trắc môi trường nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên



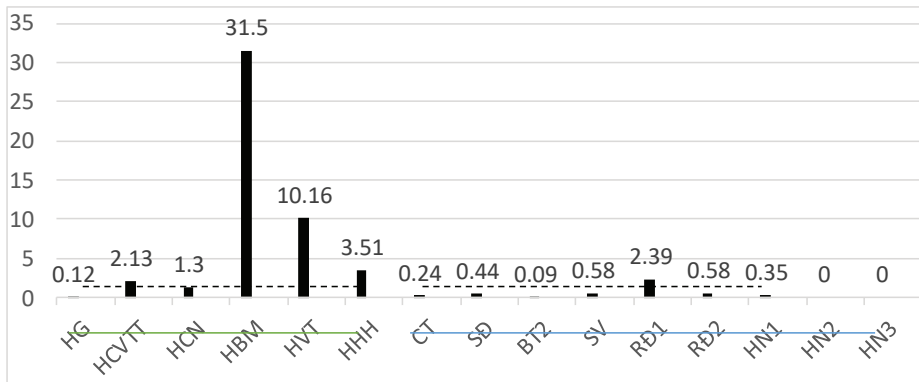
Thông số TSS tại 10/15 điểm vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT với mức vượt dao động từ 1,02 đến 6,87 lần. Nguồn nước mặt TP.Vinh bị ô nhiễm bởi các chất cặn,

do tiếp nhận nguồn nước thải sinh hoạt, nguồn thải từ nhà máy chưa qua xử lý.

+ Thông số N-NH₄⁺:



Hình 4. Biến động N-NH₄⁺ trên mạng lưới các điểm quan trắc môi trường nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên



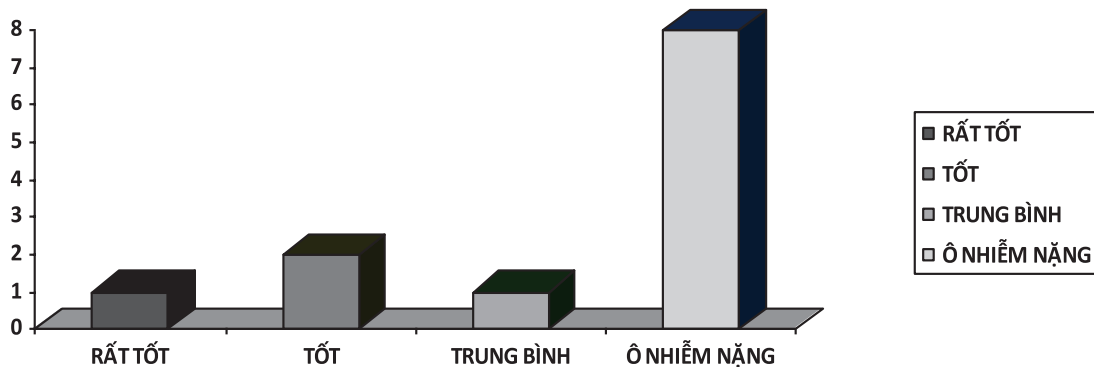
Theo QCVN 08-MT:2015/BTNMT giá trị N-NH₄⁺ là 0,9 mg/l (cột B1) và 0,3 mg/l (cột A2). Theo kết quả quan trắc có 11/15 mẫu vượt Quy chuẩn, với mức vượt dao động từ 1,44 đến 35 lần. Nguồn nước mặt tại các hồ có mức vượt rất cao.

Chất lượng nước mặt TP.Vinh bị ô nhiễm bởi các chất dinh dưỡng: N-NH₄⁺, N-NO₂⁻, P-PO₄³⁻. Thông số N-NO₂⁻ có 03/12 mẫu vượt Quy chuẩn, với mức dao động từ 1,14 đến 2,46 lần (cao nhất tại điểm CT); P-PO₄³⁻ có 02/12 mẫu vượt Quy chuẩn, xuất hiện tại điểm HBM

(vượt 2,47 lần) và điểm HVT (vượt 2,03 lần); Clorua (Cl⁻) tại 04/12 điểm vượt Quy chuẩn, với mức vượt từ 1,88 đến 33,63 lần (cao nhất tại điểm RĐ2), càng gần các sông nồng độ Cl⁻ càng cao, cho thấy nguồn nước mặt tại các sông đang có xu hướng bị nhiễm mặn. Thông số Mn, Fe có 2/12 mẫu vượt Quy chuẩn, trong đó điểm BT2 – Sông Lam tại cầu Bến Thủy 2 chứa cả 2 thông số ô nhiễm. E.coli tại 04/12 mẫu vượt Quy chuẩn (cao nhất tại CT).

3.1.2. Chất lượng nước mặt TP Vinh theo chỉ số WQI

Hình 5. Cơ cấu chất lượng nước mặt TP Vinh theo chỉ số VN_WQI



Theo kết quả tính toán, chỉ số VN_WQI của 12 mẫu nước mặt trên địa bàn TP Vinh dao động từ 8 đến 95 tương đương với mức đánh giá chất lượng nước ô nhiễm rất nặng cần có biện pháp khắc phục phải xử lý đến chất lượng nước rất tốt, phù hợp để sử dụng tốt cho mục đích đích cấp nước sinh hoạt. Điểm quan trắc HHH – Hồ Hưng Hòa có chỉ số VN_WQI = 8 thấp nhất hệ thống quan trắc nước mặt TP Vinh. Nguyên nhân chủ yếu do nguồn nước có chỉ số pH nằm ngoài giới hạn cho phép,

tính kiềm rất cao, các thông số NH₄⁺, BOD₅, COD... có nồng độ vượt Quy chuẩn.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng nước mặt TP Vinh và huyện Hưng Nguyên

Nghiên cứu sử dụng bảng kiểm đánh giá các nguồn ô nhiễm tại điểm quan trắc. Kết quả cho thấy 100% các sông hồ TP Vinh và Hưng Nguyên chịu tác động của nguồn nước thải sinh hoạt chưa qua xử lý, rác thải của dân cư được thải trực tiếp ra môi trường gây hiện tượng

ô nhiễm hữu cơ nguồn nước mặt. Không có điểm quan trắc nào chịu tác động của nguồn nước thải y tế do hiện nay, các bệnh viện và các cơ sở y tế trên địa bàn TP đều tiến hành xử lý nước thải triệt để theo quy định. Trong 15 điểm quan trắc nước mặt, có 01 điểm là HBM – Hồ Bảy Mẫu chịu tác động của 3 nguồn nước thải: công nghiệp, nông nghiệp và sinh hoạt. Hồ Bảy Mẫu tiếp nhận nước thải KCN Bắc Vinh, nhà máy sản xuất cám gia súc, chế biến thực phẩm, nước thải của hoạt động trồng trọt, rác thải sinh hoạt của dân cư xung quanh. Điều này đã khiến cho chất lượng nước mặt hồ Bảy Mẫu bị ô nhiễm chất hữu cơ, chất dinh dưỡng (BOD_5 , COD, $N-NH_4^+$, PO_4^{3-}), ô nhiễm vi sinh (*E.coli* cao gấp 1,6 lần).

Thông số BOD_5 : Trong 12 điểm quan trắc có thông số ô nhiễm BOD_5 vượt Quy chuẩn cho phép, có 54,5% điểm chịu tác động của 1 nguồn ô nhiễm, 36,4% điểm chịu tác động của 2 nguồn ô nhiễm và 9,1% điểm chịu tác động của cả 3 nguồn ô nhiễm.

Thông số COD: Trong 14 điểm quan trắc có thông số ô nhiễm COD vượt Quy chuẩn cho phép, có 54,5% điểm chịu tác động của 1 nguồn ô nhiễm, 36,4% điểm chịu tác động của 2 nguồn ô nhiễm và 9,1% điểm chịu tác động của cả 3 nguồn ô nhiễm.

Thông số TSS: Trong 09 điểm quan trắc có thông số ô nhiễm TSS vượt Quy chuẩn cho phép, có 71,4% điểm chịu tác động của 1 nguồn ô nhiễm, 28,6% điểm chịu tác động của 2 nguồn ô nhiễm.

Thông số NH_4^+ : Có 10 điểm quan trắc có thông số ô nhiễm NH_4^+ vượt Quy chuẩn cho phép, có 44,4% điểm chịu tác động của 1 nguồn ô nhiễm, 44,4% điểm chịu tác động của 2 nguồn ô nhiễm và 11,2% điểm chịu tác động của cả 3 nguồn ô nhiễm.

Thông số Clorua (Cl): Trong 15 điểm quan trắc nước mặt, có 04 điểm vượt Quy chuẩn. Các điểm này đều là các sông trên địa bàn, cho thấy hiện tượng xâm nhập mặn từ ngoài biển vào nguồn nước mặt TP.

4. BÀN LUẬN

Chất lượng nước mặt TP Vinh và Hưng Nguyên được đánh giá trên 15 địa điểm lấy mẫu với 33 thông số môi trường được phân tích, trong đó có 29/33 thông số được

so sánh với Quy chuẩn, 04/33 thông số không quy định trong Quy chuẩn (nhiệt độ, độ muối, độ đục, TOC). Trong 29 thông số so sánh với Quy chuẩn có 13/29 thông số vượt QCVN 08-MT:2015/BTNMT (chiếm 44,83%) [1].

Hầu hết các sông, hồ trên địa bàn TP Vinh bị ô nhiễm chất hữu cơ (BOD_5 , COD, $N-NH_4^+$, TSS). 12/15 điểm quan trắc đều có thông số ô nhiễm vượt Quy chuẩn cho phép (cột A_2 , B_1). So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Bảo Việt – Hồ Thảo Vy, chất lượng nước sông Tiền chảy qua TP Cao Lãnh tại các điểm quan trắc đều vượt qua Quy chuẩn (cột A_2) [2]. So sánh với kết quả nghiên cứu của Vũ Đình Long và cộng sự về chất lượng nước mặt tại tỉnh Cà Mau thì chất lượng nước mặt tại TP Vinh và huyện Hưng Nguyên nhìn chung thấp hơn [3]. Chất lượng nước mặt tại TP Vinh và huyện Hưng Nguyên cao hơn nhiều so với chất lượng nước mặt lưu vực sông Nhuệ - Đáy trong kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hương [4].

Chất lượng nước mặt TP Vinh tính theo chỉ số WQI dao động từ 8-95. Điểm quan trắc HHH – Hồ Hưng Hòa có chỉ số $VN_WQI = 8$ thấp nhất hệ thống quan trắc nước mặt TP Vinh. Nguyên nhân chủ yếu do nguồn nước có chỉ số pH nằm ngoài giới hạn cho phép, tính kiềm rất cao, các thông số NH_4^+ , BOD_5 , COD... có nồng độ vượt Quy chuẩn. So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Bảo Việt – Hồ Thảo Vy, chất lượng nước sông Tiền chảy qua TP Cao Lãnh, thì chất lượng nước mặt tại TP Vinh cao hơn [2]. Tại hồ Hưng Hòa, người dân TP thường có các hoạt động đánh bắt cá, câu cá. Do chất lượng nước hồ bị ô nhiễm kéo theo động thực vật trong hồ sử dụng các chất bản làm thức ăn, nếu người dân ăn cá trong hồ sẽ đưa vào cơ thể các chất ô nhiễm độc hại ảnh hưởng lớn đến sức khỏe.

Hệ thống sông, hồ trên địa bàn TP Vinh chịu tác động của các nguồn nước thải. Bao gồm nước thải sinh hoạt của khu dân cư, nước thải nông nghiệp và nguồn nước thải từ khu công nghiệp, nhà máy chế biến thực phẩm, vật liệu xây dựng... Nước thải sinh hoạt thải vào hệ thống sông, hồ: Nguồn nước thải này giàu chất hữu cơ bao gồm các bùn bã, chất hữu cơ hòa tan, không hòa tan hoặc ở dạng lơ lửng (dầu mỡ). Các muối khoáng, các vi sinh vật gây bệnh và các chất thải rắn... là yếu tố gây ô nhiễm cho hệ thống nước mặt trên địa bàn. Nguồn nước



thải của các nhà máy trong khu vực TP Vinh đã xả vào hệ thống sông, hồ làm ô nhiễm chất lượng nguồn nước mặt. Các chất thải, rác thải sử dụng cho mục đích sản xuất không được thu gom, xử lý hiệu quả, vứt bỏ trực tiếp ra ruộng đồng, chất thải sẽ theo dòng nước chảy vào hệ thống sông, hồ qua các cống thoát nước gây ô nhiễm nguồn nước. Hoạt động kinh doanh của các nhà hàng, khách sạn, quán ăn, chợ đã gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng nguồn nước mặt trên địa bàn TP.

5. KẾT LUẬN

Chất lượng nước mặt ở các sông hồ trên địa bàn TP Vinh có dấu hiệu ô nhiễm. Hầu hết các sông, hồ đều có biểu hiện ô nhiễm các chất hữu cơ (BOD_5 , COD, $N-NH_4^+$, TSS). Chất lượng nước mặt tại các sông còn có hiện tượng xâm nhập mặn với nồng độ clorua cao và một số điểm có dấu hiệu ô nhiễm kim loại (Mn, Fe), ô nhiễm vi sinh (E.coli) mà nguyên nhân chủ yếu là do các nguồn ô nhiễm như nước thải sinh hoạt từ các khu dân cư và sản xuất chưa được xử lý trước khi thải ra sông, hồ. Chỉ số VN_WQI dao động từ 8 – 95, trong đó cao nhất là điểm BT2 - Sông Lam tại cầu Bến Thủy 2 có chất lượng nước rất tốt, hầu hết các hồ có chất lượng nước trung bình và điểm có chỉ số VN_WQI thấp

nhất là Hồ Hưng Hòa (VN_WQI = 8). Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng nước mặt TP Vinh chủ yếu là do các nguồn nước thải từ các hoạt động sinh hoạt dân cư, hoạt động sản xuất nông nghiệp, công nghiệp trên địa bàn chưa qua xử lý thải ra các sông, hồ gây tình trạng ô nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Tài nguyên và Môi trường, Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015, 2015.
- [2] Lê Bảo Việt, Hồ Thảo Vy, Hiện trạng chất lượng nước mặt sông Tiền đoạn chảy qua TP Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp, Tạp chí Công thương, 2019.
- [3] Võ Đình Long, Huỳnh Lê Tiến, Võ Đức Quý, Nghiên cứu đánh giá chất lượng nước mặt tỉnh Cà Mau; Nông nghiệp và phát triển nông thôn, 2015; 124-130.
- [4] Lê Thị Hương, Nguyễn Thanh Sơn, Ứng dụng mô hình nam khảo sát hiện trạng tài nguyên nước lưu vực sông Nhuệ - Đáy; Viện Khoa học Khí tượng Thủy văn và Môi trường, Đại học Khoa học Tự nhiên, 2013.

THE CURRENT STATUS OF IMMUNISATION SOME VACCINES IN PREGNANT WOMEN IN DO LUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2023

Le Thi Thanh Tam^{1*}, Ngo Tri Hiep¹, Nguyen Thi Nga², Phan Thanh Dong², Le Thi Trang²

¹Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Do Luong Health Centre, Nghe An - Block 3, Do Luong Town, Do Luong, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current status of vaccination of some types of vaccines in pregnant women in Do Luong district, Nghe An province in 2023.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 pregnant women in three communes in Do Luong district from November 2022 to October 2023.

Results: The tetanus vaccination rate is high at 92.3%; influenza vaccination is 29.2%; Hepatitis B vaccination is 28% and Rubella vaccination before pregnancy is low at 15.2%. Some reasons for not getting vaccinated include: not being interested, not knowing the effects of the vaccine, and fear of side effects of the vaccine.

Conclusion: It is necessary to propose measures to increase vaccination rates for women before and during pregnancy in Do Luong district, Nghe An province.

Keywords: Vaccination; flu vaccine; hepatitis B vaccine; Rubella vaccine; tetanus vaccine; pregnant women.

*Corresponding author

Email address: lethanhtam.ykv@gmail.com

Phone number: (+84) 974 231 693

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG TIÊM CHỦNG VẮC XIN Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI HUYỆN ĐÔ LƯƠNG, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023

Lê Thị Thanh Tâm^{1*}, Ngô Trí Hiệp¹, Nguyễn Thị Nga², Phan Thanh Đồng², Lê Thị Trang¹

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trung tâm Y tế Đô Lương Nghệ An - Khối 3, Thị trấn Đô Lương, Đô Lương, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng tiêm chủng một số loại vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 400 phụ nữ mang thai tại ba xã thuộc huyện Đô Lương từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ tiêm vắc xin uốn ván cao đạt 92,3%; tiêm vắc xin cúm là 29,2%; tiêm vắc xin viêm gan B là 28% và tiêm vắc xin Rubella trước khi mang thai thấp chiếm 15,2%. Một số lý do không tiêm vắc xin là không quan tâm, không biết tác dụng của vắc xin, sợ tác dụng phụ của vắc xin.

Kết luận: Tỷ lệ tiêm vắc xin cúm, rubella và viêm gan B còn thấp. Cần đề xuất biện pháp để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc xin cho phụ nữ trước và trong khi mang thai tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An.

Từ khóa: Tiêm chủng vắc xin; vắc xin cúm; vắc xin viêm gan B; vắc xin Rubella; vắc xin uốn ván; phụ nữ mang thai.

*Tác giả liên hệ

Email: lethanhtam.ykv@gmail.com

Điện thoại: (+84) 974 231 693

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

WHO đã khẳng định tiêm chủng cho phụ nữ trước và trong khi mang thai là một trong những chiến lược quan trọng trong lĩnh vực y học dự phòng để bảo vệ sức khỏe cho phụ nữ và trẻ sơ sinh tránh khỏi nhiều bệnh lý truyền nhiễm nguy hiểm và hạn chế những biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra.

Trên thế giới, theo tác giả Annette K Regan và cộng sự (2016) ở Tây Úc cho thấy rằng việc tiêm phòng cúm cho bà mẹ có liên quan đến việc giảm tỷ lệ nhập viện vì bệnh hô hấp cấp tính ở trẻ <6 tháng tuổi [1]. Nghiên cứu của tác giả Michelle L Giles và cộng sự ở Victoria, Úc (2021) cho thấy mối liên quan giữa việc tiêm chủng cho bà mẹ và giảm tỷ lệ sinh non và thai chết lưu. Phụ nữ được tiêm vắc xin cúm ít có khả năng sinh non hơn 75% và giảm 31% khả năng sinh con khi thai dưới 37 tuần. Tiêm phòng cũng làm giảm 13% tỷ lệ trẻ nhỏ so với tuổi thai và giảm tỷ lệ tiền sản giật ở phụ nữ sinh con lần đầu [2].

Tại Việt Nam, theo tác giả Võ Châu Quỳnh Anh (2021) tại bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ cho thấy thai phụ mắc bệnh cảm cúm trong thai kỳ là 29,4%, rubella 2,1% [3]. Nhiễm trùng rubella ở phụ nữ trong thời kỳ đầu mang thai có thể ảnh hưởng đến thai nhi, dẫn đến sảy thai, thai chết lưu hoặc hội chứng rubella bẩm sinh (CRS). Tỷ lệ mắc CRS trung bình hàng năm ở Việt Nam là 2,4/100.000 dân và dao động khoảng 0,1- 4 trẻ trên 1000 trẻ sinh ra sống [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thanh (2012) tại bệnh viện Trung ương Huế cho thấy phụ nữ mắc Rubella khi mang thai có khả năng sinh con bị các dị tật bẩm sinh cao tới 90% [5].

Huyện Đô Lương là một huyện nằm ở vị trí trung tâm tỉnh Nghệ An. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ luôn được quan tâm. Tỷ lệ tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai hàng năm đạt trên 95% [6]. Tuy vậy cho đến nay tại huyện Đô Lương chưa có nghiên cứu về tỷ lệ tiêm chủng vắc xin cho phụ nữ trước và trong khi mang thai. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả thực trạng tiêm chủng một số loại vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là tất cả các phụ nữ đang mang thai hiện đang sinh sống trên địa bàn huyện Đô Lương ít nhất 6 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Phụ nữ không đủ năng lực hành vi dân sự; sức khỏe quá yếu không thể trả lời phỏng vấn được loại trừ ra khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; p = 0,13 Tỷ lệ phụ nữ mang thai có tiêm vắc xin trước khi mang thai (22); d: Sai số tối đa có thể chấp nhận được d= 0,05; α : Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%; $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z= 1,96; hệ số thiết kế DE = 2; Từ công thức trên tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 346. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là 400 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC).

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu chùm qua 2 giai đoạn:

* Giai đoạn 1: Chọn xã điều tra theo phương pháp chọn mẫu chùm.

Các xã của huyện Đô Lương được chia 3 vùng: I, II, III. Chọn ngẫu nhiên đơn, một xã/vùng. Ba xã được chọn là Lưu Sơn, Quang Sơn và Giang Sơn Đông.

* Giai đoạn 2: Chọn đối tượng điều tra theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ phụ nữ đang mang thai tại 3 xã trên. Cụ thể: xã Lưu Sơn có 121 ĐTNC, xã Quang Sơn có 147 ĐTNC và xã Giang Sơn Đông có 132 ĐTNC.



2.5. Biến số nghiên cứu

- Các đặc điểm cá nhân: Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân, số lần mang thai, số con.
- Tình trạng tiêm vắc xin rubella/ cúm/ viêm gan B/ uốn ván: tỷ lệ tiêm, lý do không tiêm vắc xin.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp ĐTNC bằng cách sử dụng công cụ là bộ câu hỏi có cấu trúc, được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi được tiến hành thử nghiệm với số lượng 5% so với cỡ mẫu (20 phụ nữ mang thai tại xã Văn Sơn). Sau đó bộ câu hỏi được hoàn chỉnh lại trước khi điều tra chính thức.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được từ bộ câu hỏi được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu,

các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Kết quả thể hiện theo dạng bảng tần số, tỷ lệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y khoa Vinh theo Quyết định số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 và Trung tâm Y tế Đô Lương. Các ĐTNC được giải thích rõ về mục đích, nội dung thực hiện và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Các số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

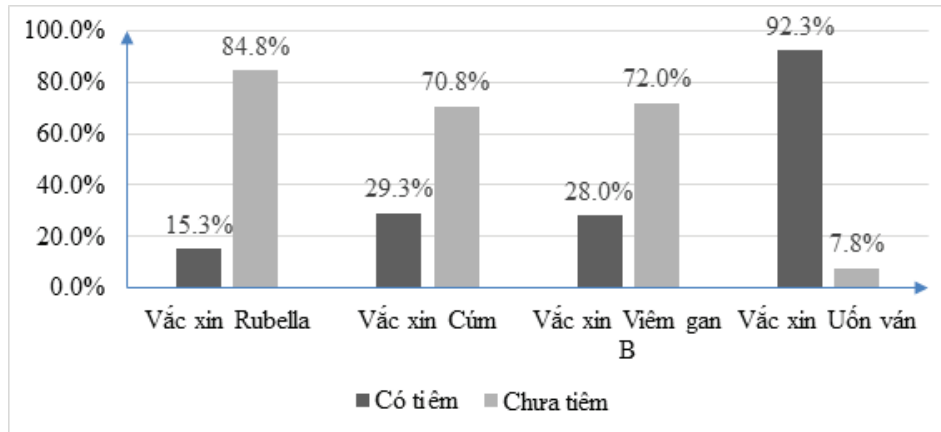
Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của phụ nữ mang thai (n = 400)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 25 tuổi	76	19,0
	26-29 tuổi	105	26,2
	≥ 30 tuổi	219	54,8
Nghề nghiệp	Nội trợ/ở nhà	48	12,0
	Làm ruộng/ kinh doanh tự do	152	38,0
	Công chức, viên chức	77	19,3
	Công nhân	111	27,7
	Khác	12	3,0
Trình độ học vấn	Dưới THPT	85	21,3
	Từ THPT trở lên	315	78,8
Thu nhập bình quân người/ tháng	< 1,5 triệu đồng/ người/ tháng	83	20,8
	≥ 1,5 triệu đồng/ người/ tháng	317	79,2
Số lần mang thai	Lần đầu	101	25,2
	2 -3 lần	256	64,0
	Từ 4 lần trở lên	43	10,8
Số con đẻ hiện có	Chưa có con	102	25,5
	1 con	122	30,5
	≥ 2 con	176	44

Trong tổng số 400 ĐTNC thì phần lớn lứa tuổi trên 30 tuổi chiếm 54,8%, nghề nghiệp kinh doanh tự do chiếm cao nhất là 38,0%; có trình độ học vấn từ THPT trở lên (chiếm 78,8%), thu nhập bình quân từ 1,5 triệu đồng/

người/tháng trở lên (79,2%). Phụ nữ mang thai lần 2, lần 3 chiếm phần lớn 64,0%. Đa số là nhóm phụ nữ đã có từ 02 con trở lên (44%).

Hình 1. Tỷ lệ tiêm một số vắc xin (n=400)



Tỷ lệ tiêm vắc xin uốn ván đạt 92,3%; tỷ lệ tiêm vắc xin Cúm là 29,3%; tỷ lệ tiêm vắc xin VG B là 28% và tỷ lệ tiêm vắc xin Rubella là 15,3%.

Bảng 2. Lý do phụ nữ mang thai không tiêm một số vắc xin (n=400)

Lý do không tiêm vắc xin	Vắc xin Rubella		Vắc xin Cúm		Vắc xin VG B	
	n	%	n	%	n	%
Không quan tâm	154	35,2	110	32,3	174	56,6
Không biết tác dụng của vắc xin	130	29,7	64	18,8	67	22,2
Không biết đi tiêm ở đâu	11	2,5	5	1,5	2	0,7
Giá vắc xin cao	35	8,0	73	21,4	12	4,2
Địa điểm xa	5	1,1	8	2,3	10	3,5
Sợ tác dụng phụ của vắc xin	102	23,3	73	21,4	66	22,6
Đi tiêm nhưng không có vắc xin	1	0,2	8	2,3	1	0,3

Ngoại trừ vắc xin uốn ván có tỷ lệ tiêm chủng cao. 3 vắc xin còn lại có tỷ lệ tiêm thấp. Lý do ĐTNC không tiêm các loại vắc xin chủ yếu là không quan tâm, không biết tác dụng của vắc xin và sợ tác dụng phụ của vắc xin.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 đối tượng là phụ

nữ đang mang thai được thực hiện tại địa bàn huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An. Phần lớn trên 30 tuổi (54,8%), có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (78,8%). Nghề nghiệp làm ruộng, kinh doanh tự do chiếm cao nhất là 38,0%; thu nhập bình quân từ 1,5 triệu đồng/người/tháng trở lên (79,2%). Trong số đó số phụ nữ mang thai lần 2, lần 3 chiếm phần lớn 64,0%. Đa số là nhóm phụ nữ đã có từ 02 con trở lên (44%).

Kết quả nghiên cứu ở hình 1 cho thấy tỷ lệ tiêm vắc xin uốn ván đạt cao nhất chiếm 92,3%; tiêm vắc xin Cúm là 29,2% vắc xin viêm gan B là 28%; tỷ lệ phụ nữ tiêm vắc xin Rubella trước khi mang thai 15,2%.

Tỷ lệ ĐTNC tiêm vắc xin Rubella trước khi mang thai thấp chỉ chiếm 15,2% tương đương với các nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tiêm vắc xin Rubella tại Thành phố Huế năm 12,72%; tại Thành phố Đà Nẵng năm 2014 là 15,8% [7, 8]. Tỷ lệ phụ nữ phòng vắc xin Rubella trước khi mang thai năm 1995 tại Úc là 86% và tỷ lệ những phụ nữ sinh ra ở Úc, NewZealand, hoặc Anh có khả năng được tiêm phòng Rubella hơn các quốc gia khác gấp 16 lần [9]. Điều này có thể lý giải do Úc là một trong những quốc gia phát triển, đã có nhiều chính sách khuyến khích việc tiêm vắc xin MMR cho phụ nữ.

Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin uốn ván đạt cao nhất với 92,3%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu các địa phương khác trong nước. Tại 5 tỉnh miền núi phía bắc, Tây nguyên và miền trung giai đoạn 2006-2011, tỷ lệ phụ nữ tiêm phòng uốn ván năm 2006 là 71,8% [10]. Tại tỉnh Trà Vinh năm 2014 thì tỷ lệ tiêm phòng uốn ván 2 lần đạt 60,28 % [11]. Tại Thừa Thiên Huế năm 2019 thì 88,6% phụ nữ nghiên cứu tiêm phòng uốn ván đầy đủ [12].

Tỷ lệ tiêm vắc xin cúm mùa đạt 29,2%. Tỷ lệ này tương đối thấp so với các quốc gia sử dụng vắc xin cúm mùa trong tiêm chủng mở rộng. Tỷ lệ tiêm vắc xin cúm mùa cho phụ nữ mang thai tại châu Mỹ năm 2009 là 59%, tại Hoa Kỳ năm 2017 là 37,4% [13]. Sự khác biệt này có thể do chính sách sử dụng vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng miễn phí tại các quốc gia nêu trên thay bằng thu phí như tại Việt Nam, đồng thời các quốc gia khác nhau thì chịu ảnh hưởng từ những chính sách y tế của mỗi quốc gia khác nhau và tình trạng kinh tế. So sánh với các nghiên cứu khác trong tiêm chủng dịch vụ, tỷ lệ tiêm vắc xin cúm mùa trong năm 2014 của quận Đống Đa (Hà Nội) là 30,3% cao hơn với nghiên cứu chúng tôi, nhưng không đáng kể [14]. Sự khác biệt này có thể là do yếu tố kinh tế tác động, ở thành phố thì thu nhập kinh tế sẽ cao hơn địa phương mà chúng tôi nghiên cứu là ở vùng nông thôn và trình độ học vấn có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ tiêm vắc xin.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 28,0% ĐTNC

có tiêm vắc xin viêm gan B. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Quốc Cường và cộng sự năm 2019 tại thành phố Hồ Chí Minh là 32,94% [15]. Sự khác biệt này theo chúng tôi có thể lý giải bằng một số lý do như do địa điểm nghiên cứu giữa thành phố Hồ Chí Minh - nơi thành phố phát triển, Trung tâm Y tế đầu ngành của cả nước, trong khi huyện Đô Lương là một trong huyện vùng nông thôn của tỉnh Nghệ An.

Tìm hiểu về lý do các ĐTNC không tiêm một số loại vắc xin như viêm gan B, cúm, Rubella đều có điểm chung là không quan tâm, không biết tác dụng của vắc xin và sợ tác dụng phụ của vắc xin. Đây là một yếu tố mà cán bộ y tế cần nắm bắt để chủ động truyền thông nâng cao kiến thức cho các phụ nữ mang thai để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc xin này.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiêm một số loại vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô Lương năm 2023 còn thấp đặc biệt vắc xin cúm, rubella và viêm gan B. Cần có kế hoạch truyền thông nâng cao nhận thức của phụ nữ mang thai về tác dụng, lợi ích của vắc xin đối với mẹ và con. Từ đó, nâng cao tỷ lệ tiêm chủng góp phần bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Regan Akea, Effect of Maternal Influenza Vaccination on Hospitalization for Respiratory Infections in Newborns: A Retrospective Cohort Study; *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 35(10), 2016, 1097-103.
- [2] Giles Mlea, Associations Between Maternal Immunisation and Reduced Rates of Preterm Birth and Stillbirth: A Population Based Retrospective Cohort Study; *Frontiers in immunology*, 12, 2021, 704254.
- [3] Võ Châu Quỳnh Anh, Khảo sát một số đặc điểm sinh trắc thai nhi trên siêu âm hình thái học ở quý 2 của thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021; *Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ*, 2021.

- [4] Trần Như Dương, Một số đặc điểm dịch tễ hội chứng rubella bẩm sinh được giám sát tại Bệnh viện Nhi trung ương, 2011-2016; Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 26, 10 (183), 2016.
- [5] Nguyễn Thị Hoài Thanh, Tình hình hội chứng rubella bẩm sinh tại Phòng Sơ sinh-Khoa Phụ sản-Bệnh viện Trung ương Huế; Tạp chí Phụ sản; 10 (3), 2012, 142 - 146.
- [6] Ủy ban nhân dân huyện Đô Lương, Báo cáo kết quả thực hiện Nghị Quyết TW 5 khóa XI về y tế trên địa bàn huyện Đô Lương, 2022.
- [7] Phạm Hùng Chiến, Võ Thu Tùng, Ngô Văn Quang, Nghiên cứu thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe trước mang thai tại thành phố Đà Nẵng, Trung tâm TTGDSK Trung ương, 2013, 64.
- [8] Lê Trung Quân, Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống Rubella của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại thành phố Huế năm 2013 và một số yếu tố liên quan; Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương - Bộ Y tế, 2013.
- [9] Li-Kim-Moy J, Yin JK, Patel C, et al., Australian vaccine preventable disease epidemiological review series: influenza. *Commun Dis Intell*, 40(4), 2016, 482-495.
- [10] Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hiệu quả can thiệp về thực hành chăm sóc thai trước sinh của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 5 tỉnh miền núi; Tạp chí Y học Thực hành, 9(879), 2019.
- [11] Trương Văn Dũng, Nghiên cứu kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014; Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014, Trung tâm TTGDSK Trung ương, 2014, 190.
- [12] Nguyễn Thị Bích Trâm, Kiến thức, thực hành về chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại 2 xã/phường tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019, Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2), 2021.
- [13] Chan H-Jea, Influenza vaccination among pregnant women in the United States: findings from the 2012-2016 National Health Interview Survey. *Journal of Women's Health*, 28(7), 2019, 965-975.
- [14] Nguyễn Thành Quân, Thực trạng tiêm vắc xin phòng bệnh cúm mùa của nữ tuổi sinh đẻ và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại quận Đống Đa và huyện Ba Vì thành phố Hà Nội, 2016-2018; Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [15] Hoàng Quốc Cường, Phạm Quốc Huy, Kiến thức, thực hành phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B của thai phụ tại ba bệnh viện lớn khu vực phía Nam, Việt Nam, 2019-2020; Tạp chí Y học Dự phòng, 30(3), 2020, 80-86.



SOME FACTORS RELATED TO THE CURRENT STATUS OF VACCINATION AMONG PREGNANT WOMEN IN DO LUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2023

Ngo Tri Hiep¹, Le Thi Thanh Tam¹, Nguyen Thi Nga^{2*}

¹Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Do Luong Health Centre, Nghe An - Block 3, Do Luong Town, Do Luong, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objective: To identify some related factors to the current status of vaccination in pregnant women in Do Luong district, Nghe An province in 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study was designed on 400 women pregnant in three communes of Do Luong district from November 2022 to October 2023.

Results: Multivariable regression analysis showed that: the study group of civil servant occupations receiving rubella vaccine was 2.4 times more likely than other occupations (OR: 2.435; 95%CI: 1.286-4.610, $p=0.006$). The group of civil servants who received influenza vaccine was 1.9 times more likely than other occupations (OR: 1.912; 95%CI: 1.113-3.284, $p=0.019$). The group of subjects who had children was 2.0 times more likely to receive the HBV vaccine than those who did not have children (OR: 2.056; 95%CI: 1.143-3.697, $p=0.016$). The group of subjects with satisfactory knowledge of HBV vaccination was 1.8 times higher than the group with unsatisfactory knowledge (OR: 1.831; 95%CI: 1.012-3.314, $p=0.046$). Regarding tetanus vaccine: the group of subjects who had children was 2.3 times more likely to be vaccinated than the group without children (OR: 2.341; 95%CI: 1.045-5.242; $p=0.039$).

Conclusion: It is necessary to propose communication and health education measures to improve knowledge about the disease, especially for first-time pregnant women.

Keywords: Vaccination; flu vaccine; hepatitis B vaccine; Rubella vaccine; tetanus vaccine; pregnant women.

*Corresponding author

Email address: khnvdoluong@gmail.com

Phone number: (+84) 392 359 641

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG TIÊM CHỦNG VẮC XIN Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI HUYỆN ĐÔ LƯƠNG, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023

Ngô Trí Hiệp¹, Lê Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Nga^{2*}

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trung tâm y tế Đô Lương Nghệ An - Khối 3, Thị trấn Đô Lương, Đô Lương, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng tiêm chủng một số vắc xin ở phụ nữ mang thai tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 400 phụ nữ mang thai tại ba xã thuộc huyện Đô Lương từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023.

Kết quả nghiên cứu: Phân tích hồi quy đa biến cho thấy: nhóm đối tượng nghiên cứu nghề công chức viên chức tiêm vắc xin rubella cao gấp 2,4 lần nghề khác (OR: 2,435; 95%CI: 1,286-4,610, p=0,006). Nhóm đối tượng là công chức viên chức tiêm vắc xin cúm cao gấp 1,9 lần nghề khác (OR: 1,912; 95%CI: 1,113-3,284, p=0,019). Nhóm đối tượng đã có con thì tiêm vắc xin VGB cao gấp 2,0 lần chưa có con (OR: 2,056; 95%CI: 1,143-3,697, p=0,016). Nhóm đối tượng có kiến thức đạt tiêm vắc xin VGB cao gấp 1,8 lần so với nhóm kiến thức không đạt (OR: 1,831; 95%CI: 1,012-3,314, p=0,046). Đối với vắc xin uốn ván: nhóm đối tượng đã có con thì tiêm vắc xin cao gấp 2,3 lần nhóm chưa có con (OR: 2,341; 95%CI: 1,045-5,242; p=0,039).

Kết luận: Cần đề xuất biện pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức về bệnh đặc biệt là phụ nữ mang thai lần đầu.

Từ khóa: Tiêm chủng vắc xin; vắc xin cúm; vắc xin viêm gan B; vắc xin Rubella; vắc xin uốn ván; phụ nữ mang thai.

*Tác giả liên hệ

Email: khnvdoluong@gmail.com

Điện thoại: (+84) 392 359 641

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất để làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh truyền nhiễm [1]. Đối với phụ nữ mang thai tiêm chủng nhằm bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh tránh khỏi nhiều bệnh lý truyền nhiễm nguy hiểm và hạn chế những biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa việc tiêm chủng cho bà mẹ và giảm tỷ lệ sinh non và thai chết lưu. Phụ nữ được tiêm vắc xin cúm ít có khả năng sinh non và giảm tỷ lệ tiền sản giật ở phụ nữ sinh con lần đầu [2].

Khi mang thai, sức đề kháng của bà mẹ giảm đi nhiều so với thời kỳ chưa có thai nên rất dễ bị mắc một số bệnh truyền nhiễm. Phụ nữ mang thai mắc phải bệnh truyền nhiễm trong 3 tháng đầu tiên, nguy cơ ảnh hưởng gây dị tật thai là rất cao ở một hoặc nhiều bộ phận như tai, mắt, não..., ngừng phát triển, sinh non, thậm chí thai chết lưu [3]. Theo khuyến cáo từ WHO và Bộ Y tế, các loại vắc xin cần tiêm trước và trong khi mang thai như: sởi-quai bị- rubella, cúm, viêm gan B (VGB), uốn ván [4].

Huyện Đô Lương là một huyện nằm ở vị trí trung tâm tỉnh Nghệ An. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ luôn được quan tâm. Tuy nhiên, thống kê về tỷ lệ tiêm chủng vắc xin cho phụ nữ mang thai còn thấp và chưa đầy đủ. Việc xác định các yếu tố liên quan đến tiêm chủng sẽ có ý nghĩa trong việc đưa ra các khuyến nghị phù hợp nhằm tăng tỷ lệ tiêm chủng vắc xin ở đối tượng này.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Đô Lương, tỉnh Nghệ An từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là tất cả các phụ nữ mang thai (có thai ở bất kỳ tuổi thai nào tại thời điểm điều tra) hiện đang sinh sống trên địa bàn huyện Đô Lương ít nhất 6 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Phụ nữ không đủ

năng lực hành vi dân sự; sức khỏe quá yếu không thể trả lời phỏng vấn bị loại ra khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; p = 0,13: Tỷ lệ phụ nữ mang thai có tiêm vắc xin khi mang thai [5]; d: Sai số tối đa có thể chấp nhận được d= 0,05; α : Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%; $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z= 1,96; hệ số thiết kế DE = 2; Từ công thức trên tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 346. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là 400 người.

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu chùm qua 2 giai đoạn:

* Giai đoạn 1: Chọn xã điều tra theo phương pháp chọn mẫu chùm.

Các xã của huyện Đô Lương được chia 3 vùng: I, II, III. Chọn ngẫu nhiên đơn, một xã/vùng. Ba xã được chọn là Lư Sơn, Quang Sơn và Giang Sơn Đông.

* Giai đoạn 2: Chọn đối tượng điều tra theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ phụ nữ đang mang thai tại 3 xã trên. Cụ thể: xã Lư Sơn có 121 ĐTN, xã Quang Sơn có 147 ĐTN và xã Giang Sơn Đông có 132 ĐTN.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số độc lập là: lứa tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân, kiến thức về bệnh, số lần mang thai, số con. Các biến số này được lựa chọn có mối liên quan khi phân tích hồi quy đơn biến.

Các biến số phụ thuộc là: tình trạng tiêm phòng vắc xin Rubella, cúm, VGB và uốn ván ở phụ nữ mang thai.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng cách sử dụng công cụ là bộ câu hỏi có cấu trúc, được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi được tiến hành thử nghiệm với số lượng 5% so với cỡ mẫu (20 phụ nữ mang thai tại xã Văn Sơn). Sau đó bộ câu hỏi được

hoàn chỉnh lại trước khi điều tra chính thức.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được từ bộ câu hỏi được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng thống kê phân tích hồi quy đơn biến và hồi quy đa biến để xác định mối liên quan các biến phụ thuộc và các biến độc lập bằng tính giá trị OR với 95%CI. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo Quyết định số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 của Trường Đại học Y khoa Vinh và sự đồng ý của Trung tâm y tế huyện Đô Lương. Đối tượng đã được giải thích rõ về mục đích, nội dung thực hiện và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Các số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê bằng mô hình phân tích hồi quy đơn biến được lựa chọn để phân tích hồi quy đa biến.

Bảng 1. Yếu tố liên quan đến tiêm phòng vắc xin Rubella (n = 400)

Đặc điểm		Tiêm phòng Rubella		P	OR (95%CI)
		Chưa tiêm n (%)	Đã tiêm n (%)		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	80 (94,1%)	5 (5,9%)	0,074	2,441 (0,917-6,502)
	Từ THPT trở lên	259 (82,2%)	56 (17,8%)		
Nghề nghiệp	Nghề khác	285 (88%)	39 (12%)	0,006	2,435 (1,286-4,610)
	Công chức viên chức	54 (71,1%)	22 (28,9%)		
Thu nhập/ tháng	< 1,5 triệu	77 (92,8%)	6 (7,2%)	0,221	1,778 (0,707-4,471)
	≥ 1,5 triệu	262 (82,6%)	55 (17,4%)		
Kiến thức	Không đạt	54 (94,7)	3 (5,3)	0,085	2,927 (0,862-9,936)
	Đạt	257 (81,8)	57 (18,2)		

Nhóm nghề nghiệp công chức viên chức tiêm vắc xin Rubella cao hơn 2,4 lần so với nhóm nghề khác. Sự

khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 2,435; 95%CI: 1,286-4,610, $p = 0,006$).



Bảng 2. Yếu tố liên quan đến tiêm phòng vắc xin Cúm (n = 400)

Đặc điểm		Tiêm phòng Cúm		P	OR (95%CI)
		Chưa tiêm n (%)	Đã tiêm n (%)		
Nghề nghiệp	Nghề khác	241 (74,4)	83 (25,6)	0,019	1,912 (1,113-3,284)
	Công chức viên chức	42 (55,3)	34 (44,7)		
Thu nhập/ tháng	< 1,5 triệu	67 (80,7)	16 (19,3)	0,169	1,547 (0,831-2,879)
	≥ 1,5 triệu	216 (68,1)	101 (31,9)		
Số con	Chưa có con	81 (79,4)	21 (20,6)	0,080	1,653 (0,942-2,903)
	Đã có con	202 (67,8)	96 (32,2)		
Kiến thức	Không đạt	41 (83,7)	8 (16,3)	0,782	1,134 (0,467-2,754)
	Đạt	240 (68,8)	109 (31,2)		

Nhóm công chức viên chức tiêm vắc xin cúm cao hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 1,912; 95%CI: 1,113-3,284, $p = 0,019$). Sự khác biệt một cách

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tiêm phòng vắc xin viêm gan B (n=400)

Đặc điểm		Tiêm phòng VGB		P	OR (95%CI)
		Chưa tiêm n (%)	Đã tiêm n (%)		
Nghề nghiệp	Nghề khác	242 (74,4)	82 (25,3)	0,057	1,700 (0,984-2,937)
	Công chức viên chức	46 (60,5)	30 (39,5)		
Thu nhập/ tháng	< 1,5 triệu	67 (80,7)	16 (19,3)	0,186	1,520 (0,818-2,826)
	≥ 1,5 triệu	221 (69,7)	96 (30,3)		
Số con	Chưa có con	85 (83,3)	17 (16,7)	0,016	2,056 (1,143-3,697)
	Đã có con	203 (68,1)	95 (31,9)		
Kiến thức	Không đạt	73 (81,1)	17 (18,9)	0,046	1,831 (1,012-3,314)
	Đạt	209 (68,8)	95 (31,2)		

Nhóm đã có con tiêm vắc xin VGB cao gấp 2,0 lần so với nhóm chưa có con. Sự khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 2,056; 95%CI: 1,143-3,697, $p = 0,016$). Nhóm có kiến thức đạt thì tiêm chủng VGB cao gấp 1,8 lần so với nhóm kiến thức không đạt. Sự khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 1,831; 95%CI: 1,012-3,314, $p = 0,046$).

Bảng 4. Yếu tố liên quan đến tiêm phòng vắc xin uốn ván (n=400)

Đặc điểm		Tiêm phòng uốn ván		P	OR (95%CI)
		Chưa tiêm n (%)	Đã tiêm n (%)		
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	23 (10,8)	189 (89,2)	0,086	2,178 (0,895-5,297)
	>30 tuổi	8 (4,3)	180 (95,7)		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	11 (12,9)	74 (87,1)	0,60	2,177 (0,968-4,897)
	THPT trở lên	20 (6,3)	295 (93,7)		
Nghề nghiệp	Nghề khác	30 (9,3)	294 (90,7)	0,086	5,887 (0,776-44,680)
	Công chức viên chức	1 (1,3)	75 (98,7)		
Số con	Chưa có con	15 (14,7)	87 (85,3)	0,039	2,341 (1,045-5,242)
	Đã có con	16 (5,4)	282 (94,6)		

Nhóm đã có con tiêm vắc xin uốn ván cao gấp 2,3 lần so với nhóm chưa có con. Sự khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 2,341; 95%CI: 1,045-5,242; $p = 0,039$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức

Kết quả chỉ ra rằng kiến thức là yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tiêm phòng VGB ở nhóm phụ nữ mang thai, nhóm có kiến thức đạt thì tiêm chủng VGB cao gấp 1,8 lần so với nhóm kiến thức không đạt. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu tiêm phòng VGB ở người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 [6]. Nghiên cứu tại 2 xã, phường tỉnh Thừa thiên Huế năm 2019 cũng chỉ ra rằng kiến thức về chăm sóc trước sinh là các yếu tố có liên quan đến thực hành chăm sóc trước sinh, trong đó có việc tiêm chủng uốn ván đầy đủ của bà mẹ [7]. Điều này cũng phù hợp với lý thuyết về hành vi sức khỏe của tác giả Glanz và cộng sự, kiến thức có ảnh hưởng đến hành vi của đối tượng, cụ thể là khi có kiến thức tốt về loại vắc xin, thì phụ nữ mang thai sẽ chủ động tiêm phòng hơn là những đối tượng có kiến thức chưa tốt [8].

4.2. Các yếu tố khác

Nhóm tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy khi phân tích đa biến thì chúng tôi chưa tìm thấy có mối liên quan giữa tuổi của đối tượng với việc tiêm chủng vắc xin.

Thu nhập bình quân: Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa thu nhập và thực trạng tiêm chủng các loại vắc xin ở phụ nữ mang thai.

Trình độ học vấn: Phân tích hồi quy đa biến chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn của ĐTNC với thực trạng tiêm chủng vắc xin.

Số con: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa số con của đối tượng với việc tiêm chủng vắc xin VGB, uốn ván trước và trong khi mang thai ($p < 0,05$), không có mối liên quan giữa số con trong gia đình với tiêm chủng vắc xin rubella và vắc xin cúm ($p > 0,05$). Nhóm đã có con tiêm vắc xin VGB cao gấp 2,0 lần so với nhóm chưa có con, nhóm đã có con tiêm vắc xin uốn ván cao gấp 2,3 lần so với nhóm chưa có con. Các nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu tại 2 xã, phường tỉnh Thừa thiên Huế năm 2019 [7], nghiên cứu tại quận Đống Đa và huyện Ba Vì thành phố Hà Nội năm 2016 [9], nghiên cứu tại Đà Nẵng năm 2014 [5].

Nghề nghiệp: Kết quả nghiên cứu cho thấy khi phân tích đơn biến và đa biến thì cho thấy có mối liên quan giữa nghề nghiệp của đối tượng với việc tiêm chủng vắc xin cúm và vắc xin rubella ($p < 0,05$), không có mối liên quan giữa nghề nghiệp của đối tượng với việc tiêm chủng vắc xin VGB và vắc xin uốn ván ($p > 0,05$). Cụ thể, nhóm công chức viên chức tiêm vắc xin rubella cao hơn 2,4 lần so với nhóm nghề khác, trong việc tiêm phòng vắc xin cúm nhóm công chức viên chức tiêm vắc

xin cao hơn 1,9 lần so với nhóm nghề nghiệp khác. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu tại quận Đống Đa và huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội năm 2016 thì nghề nghiệp cũng ảnh hưởng đến việc tiêm vắc xin rubella [9]. Một số nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu tại tỉnh Trà Vinh năm 2014, nghiên cứu tại 2 xã, phường tỉnh Thừa thiên Huế năm 2019 thì có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp với tiêm phòng uốn ván [7, 10].

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả phân tích hồi quy đa biến xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng tiêm chủng vắc xin ở phụ nữ mang thai.

Vắc xin rubella: có mối liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng tiêm vắc xin. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố: trình độ học vấn, thu nhập đầu người/tháng, kiến thức về bệnh với tình trạng tiêm vắc xin.

Vắc xin cúm: có mối liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng tiêm vắc xin. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố: số con, thu nhập đầu người/tháng, kiến thức về bệnh với tình trạng tiêm vắc xin.

Vắc xin VGB: có mối liên quan giữa số con, kiến thức về bệnh với tình trạng tiêm vắc xin. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố: nghề nghiệp, thu nhập đầu người/tháng với tình trạng tiêm vắc xin.

Vắc xin uốn ván: có mối liên quan giữa số con với tình trạng tiêm vắc xin. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố: nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn với tình trạng tiêm vắc xin.

Cần đề xuất biện pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức về bệnh đặc biệt ở những phụ nữ mang thai lần đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đoàn Hữu Thiện, Tổng quan về vắc xin; Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm y tế, 2017.
- [2] Giles Mlea, Associations Between Maternal

Immunisation and Reduced Rates of Preterm Birth and Stillbirth: A Population Based Retrospective Cohort Study. *Frontiers in immunology*, 2021, 12: 704254.

- [3] Phạm Hùng Chiển, Võ Thu Tùng, Ngô Văn Quang, Nghiên cứu thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe trước mang thai tại thành phố Đà Nẵng; Trung tâm TTGDSK Trung ương; 2013, 64.
- [4] Röbl-Mathieu Mea, Vaccination in Pregnancy; *Deutsches Arzteblatt international*, 118(15), 2021, 26 -268.
- [5] Võ Thu Tùng, Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi của phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ về chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai tại Thành phố Đà Nẵng năm 2014; Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014; Trung tâm TTGDSK Trung ương, 2014.
- [6] Nguyễn Xuân Thanh; Những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tiêm vắc xin phòng viêm gan B ở người trưởng thành sinh sống tại Thành phố Hồ Chí Minh; Trường Đại học Kinh tế Tp. Hồ Chí Minh, 2019.
- [7] Nguyễn Thị Bích Trâm, Kiến thức, thực hành về chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại 2 xã/phường tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019; Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2), 2021.
- [8] Glanz K, Burke LE, Rimer BK, Health behavior theories. *Philosophies theories for advanced nursing practice*, 2011, 247-270.
- [9] Nguyễn Thành Quân, Thực trạng tiêm vắc xin phòng bệnh cúm mùa của nữ tuổi sinh đẻ và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại quận Đống Đa và huyện Ba Vì thành phố Hà Nội, 2016-2018; Luận án tiến sĩ YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [10] Trương Văn Dũng, Nghiên cứu kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2014; Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014; Trung tâm TTGDSK Trung ương, 2014, 190.

CURRENT STATUS OF COVID-19 VACCINATION FOR CHILDREN FROM 5 TO UNDER 12 YEARS OLD IN VINH CITY, NGHE AN PROVINCE IN 2022

Duong Thanh Quang¹, Nguyen Trong Di¹, Ngo Tri Hiep^{2*}, Tran Tat Thang³

¹Nghe An Center for Disease Control - 140 Le Hong Phong, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Vinh Medical University, Nghe An - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghe An, Vietnam

³Nghe An Eye Hospital - Village 10, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current status of COVID-19 vaccination for children from 5 to under 12 years old in Vinh city in 2022.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study design on 455 parents or guardians of children aged 5 to under 12 years old and records of COVID-19 vaccination for children aged 5 to under 12 years old which kept at CDC and Vinh City Medical Center, Nghe An province.

Results: 51.2% of parents answered that their children were vaccinated correctly and completely. 63.2% of parents reported that their children had side effects after vaccination. Statistical results from archived documents show: 50.8% of children have received 2 doses of COVID-19 vaccine as prescribed. 16.9% of children had just received 1 injection and 32.3% of children had not received any injection. The rate of vaccinations with Spikevax (Moderna) was 33.1% and the rate of vaccinations with Comirnaty (Pfizer) was 66.9%.

Conclusion: The rate of correct and complete vaccination of 2 doses of COVID-19 vaccine is still low compared to the target set according to the province's plan and has not reached the vaccination rate as directed by the Government.

Keywords: COVID-19 Vaccine; Children from 5 to under 12 years old

*Corresponding author

Email address: trihiep@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG TIÊM VẮC XIN COVID-19 CHO TRẺ EM TỪ 5 ĐẾN DƯỚI 12 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ VINH, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022

Dương Thanh Quang¹, Nguyễn Trọng Di¹, Ngô Trí Hiệp^{2*}, Trần Tất Thắng³

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Nghệ An - 140 Lê Hồng Phong, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

³Bệnh viện Mắt Nghệ An - Xóm 10, Nghi Phú, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi tại địa bàn thành phố Vinh năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 455 đối tượng phụ huynh hoặc người giám hộ của trẻ có tuổi từ 5 đến dưới 12 tuổi và các hồ sơ ghi chép về tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi lưu giữ tại CDC và Trung tâm Y tế thành phố Vinh tỉnh Nghệ An.

Kết quả nghiên cứu: Có 51,2% phụ huynh trả lời là trẻ đã tiêm đúng và đầy đủ. Có 63,2% phụ huynh ghi nhận là trẻ bị tác dụng phụ sau tiêm vắc xin. Kết quả thống kê từ sổ sách lưu trữ cho thấy: Có 50,8% số trẻ đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin COVID-19 theo quy định. 16,9% số trẻ mới tiêm 1 mũi và 32,3% số trẻ chưa tiêm mũi nào. Tỷ lệ số mũi tiêm vắc xin Spikevax (Moderna) là 33,1% và tỷ lệ số mũi tiêm vắc xin Comirnaty (Pfizer) là 66,9%.

Kết luận: Tỷ lệ tiêm đúng và đủ 2 mũi vắc xin COVID-19 còn thấp so với chỉ tiêu đặt ra theo kế hoạch của tỉnh và chưa đạt tỷ lệ tiêm chủng theo chỉ đạo của Chính phủ.

Từ khóa: Vắc xin COVID-19; trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi.

*Tác giả liên hệ

Email: trihiep@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 do tác nhân gây nên, xuất hiện đầu tiên ở Vũ Hán, Trung Quốc, vào tháng 12 năm 2019 và đến tháng 3 năm 2020 trở thành đại dịch [1]. Ngày 01/04/2020, chính phủ công bố dịch COVID-19 tại Việt Nam. Gần 11 tháng sau, loại vắc xin đầu tiên do Pfizer và BioNTech sản xuất đã ra đời. Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy nó có khả năng bảo vệ 95% chống lại SARS-CoV-2. Các vắc xin do Moderna, Astra Zeneca và Johnson & Johnson sản xuất đã nhanh chóng theo sau Pfizer được đưa vào sử dụng. Việc ra đời vắc xin COVID-19 đã giúp giảm tỷ lệ các ca bệnh nặng và tử vong do đó làm giảm gánh nặng bệnh tật cho hệ thống y tế [2]. Từ tháng 7/2021, Việt Nam đã triển khai tiêm chủng trên quy mô toàn quốc.

Trẻ em là đối tượng có thể nhiễm bệnh như người lớn, có thể bị mắc bệnh nặng và lây bệnh cho người khác tại gia đình và trường học. Tình trạng nhiễm COVID-19 ở trẻ em không chỉ gây ảnh hưởng đến bản thân trẻ mà còn ảnh hưởng đến phụ huynh và xã hội. Bộ Y tế đã họp hội đồng tư vấn, tham khảo trên thế giới về việc sử dụng vắc xin COVID-19 cho trẻ 5-11 tuổi, đồng thời phối hợp với các đơn vị liên quan để khảo sát mức độ đồng thuận của phụ huynh. Ngày 01/4/2022, chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em trên địa bàn tỉnh Nghệ An được triển khai. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi tại địa bàn thành phố Vinh năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ an từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Phụ huynh hoặc người giám hộ của trẻ có tuổi từ 5 đến dưới 12 tuổi tại thời điểm thu thập số liệu sinh sống tại các xã, phường thuộc địa bàn Thành phố Vinh. Phụ huynh hoặc người giám hộ có thể sử dụng các thiết bị

thông minh để tham gia và đồng ý tham gia nghiên cứu

Hồ sơ tiêm chủng vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi lưu tại CDC và Trung tâm y tế Thành phố Vinh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ huynh hoặc người giám hộ trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi không trực tiếp chăm sóc trẻ tại thời điểm tiêm vắc xin.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả một tỉ lệ của WHO:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu. α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha=0,05$), = 1,96 (độ tin cậy 95%). là tỷ lệ trẻ em từ 5 đến dưới 12 tuổi được tiêm đầy đủ vắc xin COVID-19 theo cập nhật của Bộ y tế ($p = 0,6$) [3]. Tỷ lệ này được xem như tỷ lệ các phụ huynh đồng ý tiêm cho trẻ. $d = 0,05$ là sai số mong muốn. Cỡ mẫu tính toán là 368 đối tượng nghiên cứu. Trên thực tế chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 455 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn xã, phường nghiên cứu: Bất thăm ngẫu nhiên chọn 2 xã/ phường (1 xã/phường có tỷ lệ tiêm chủng đủ 2 mũi tiêu chuẩn đạt tỷ lệ cao nhất, 1 xã/phường có tỷ lệ tiêm chủng đủ 2 mũi tiêu chuẩn đạt tỷ lệ thấp nhất) để nghiên cứu. Hai xã bất thăm ngẫu nhiên là Xã Nghi Ân (nhóm tỷ lệ tiêm cao) và xã Nghi Phú (nhóm có tỷ lệ tiêm thấp). Sử dụng chọn mẫu thuận tiện là mỗi xã chọn 7 lớp (phụ huynh đại diện cho 7 nhóm tuổi từ 5 đến dưới 12 tuổi). Tổng số đối tượng là 455 người.

Chọn đối tượng nghiên cứu: Lập danh sách các trẻ tuổi 5 đến dưới 12 tuổi ở các lớp đã chọn, từ đó xác định bố, mẹ hoặc người giám hộ sẽ tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, bố /mẹ/ người giám hộ, dân tộc, nơi sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng tiêm vắc xin của phụ huynh, khả năng sử dụng mạng xã hội và thiết bị thông minh.

- Thực trạng tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi từ nguồn phụ huynh: tỷ lệ tiêm đúng thời gian và đủ 2 mũi, tác dụng phụ, lý do chưa tiêm.

- Thực trạng tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi từ hồ sơ lưu trữ: tỷ lệ tiêm, loại vắc xin tiêm, số mũi tiêm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập qua phỏng vấn đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế dựa trên các tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế. Bộ câu hỏi được chỉnh sửa sau khi thử nghiệm trên 10 đối tượng nghiên cứu. Bộ câu hỏi có nội dung như hành chính, đặc điểm thông tin đối tượng nghiên cứu, thực trạng tiêm vắc xin.

Sử dụng biểu mẫu để thu thập số liệu từ hồ sơ sổ sách biểu mẫu ghi chép lưu tại CDC Nghệ An và Trung tâm

y tế thành phố Vinh theo mẫu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua Quyết định số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 của Trường Đại học Y khoa Vinh và sự cho phép của CDC Nghệ An, Trung tâm Y tế Thành phố Vinh. Tất cả các đối tượng đều tự nguyện đồng ý tham ra nghiên cứu và các thông tin có được do đối tượng nghiên cứu cung cấp hoặc được thu thập từ hồ sơ được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 455)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	105	23,1
	30 - 45 tuổi	329	72,3
	> 45 tuổi	21	4,6
Dân tộc	Kinh	442	97,1
	Khác	13	2,9
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	15	3,3
	Trung học cơ sở	203	44,6
	Trung học phổ thông	187	41,1
	Trên trung học phổ thông	50	11,0
Nghề nghiệp	Nông dân	93	20,4
	Công nhân	187	41,1
	Cán bộ, Hành chính	66	14,5
	Lao động tự do và khác	109	24,0

Lứa tuổi từ 30 đến 45 chiếm cao nhất 72,3%; 97,1% phụ huynh là dân tộc Kinh. Trình độ học vấn Trung

học cơ sở chiếm 44,6% và 41,1% có nghề nghiệp là công nhân.

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng tiêm vắc xin COVID-19 của trẻ (n = 455)

Tình trạng tiêm vắc xin COVID-19 của trẻ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã tiêm đúng và đầy đủ	233	51,2
Đã tiêm nhưng không đầy đủ	137	30,1
Không tiêm	23	5,1
Không trả lời/không biết	62	13,6
Tổng	455	100

Có 51,2% phụ huynh trả lời là trẻ đã tiêm đúng và đầy đủ, 30,1% trả lời là đã tiêm nhưng không đầy đủ. Có 5,1% trả lời không tiêm mũi nào cho trẻ.

Bảng 3. Tình trạng trẻ bị tác dụng phụ sau tiêm vắc xin COVID-19 (n = 370)

Tác dụng phụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	234	63,2
Không	128	34,6
Không trả lời/không biết	8	2,2
Tổng	370	100

Trong tổng số 370 trẻ được tiêm vắc xin COVID-19 thì có 63,2% phụ huynh ghi nhận là trẻ bị tác dụng phụ sau tiêm vắc xin.

Bảng 4. Lý do mà phụ huynh không tiêm hoặc tiêm không đầy đủ vắc xin COVID-19 cho trẻ (n = 222)

Lý do	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bị hoãn tiêm khi có lịch tiêm	156	70,2
Lo lắng các phản ứng phụ sau tiêm	164	73,8
Lo lắng sợ ảnh hưởng lâu dài tới sức khỏe của trẻ	117	52,7
Tin là COVID-19 đã được khống chế, không nguy hiểm	79	35,6
Cơ sở thiếu vắc xin tại thời điểm tiêm	9	4,0
Cho rằng mắc bệnh rồi nên có miễn dịch không cần tiêm	13	5,9
Sợ vắc xin hết hạn, không đảm bảo	10	4,5
Chưa đăng ký với cơ sở y tế	10	4,5
Không biết lịch tiêm và địa điểm tiêm	7	3,1
Trẻ không có mặt tại thời điểm tiêm	8	3,6
Khác / Không trả lời	21	9,5



Trong số 222 phụ huynh có con tiêm không đầy đủ, chưa tiêm hoặc không muốn trả lời có 70,2% phụ huynh nêu lý do trẻ bị hoãn tiêm khi có lịch tiêm; 73,8% phụ huynh lo sợ các phản ứng phụ sau tiêm; 52,7% phụ huynh lo lắng sợ ảnh hưởng lâu dài tới sức khỏe của trẻ; 35,6% phụ huynh cho rằng COVID-19

đã được khống chế, không nguy hiểm; 5,9% phụ huynh cho rằng mắc bệnh rồi nên có miễn dịch không cần tiêm nữa; 4,5% sợ vắc xin hết hạn, không đảm bảo. Tuy nhiên, có 3,1% phụ huynh không biết về lịch tiêm và địa chỉ nơi tiêm phòng.

Bảng 5. Phân bố tình trạng trẻ tiêm vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi trên địa bàn TP Vinh tính đến 31/12/2022

Tình trạng trẻ tiêm vắc xin	Số lượng trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Đã tiêm đủ 2 mũi	21878	50,8
Mới tiêm 1 mũi	7254	16,9
Không tiêm mũi nào	13898	32,3
Tổng số trẻ	43.030	100

Có 50,8% số trẻ đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin COVID-19 theo quy định. 16,9% số trẻ mới tiêm 1 mũi và 32,3% số trẻ chưa tiêm mũi nào.

Bảng 6. Loại vắc xin COVID-19 đã sử dụng tiêm cho trẻ từ 5 đến dưới 12 tuổi tính đến 31/12/2022 trên địa bàn thành phố Vinh

Loại vắc xin	Số lượng		Tổng Số mũi	Tỷ lệ (%)
	Mũi 1	Mũi 2		
Spikevax (Moderna)	8858	8035	16893	33,1
Comirnaty (Pfizer)	20274	13843	34117	66,9
Tổng số mũi	29132	21878	51010	100

Tỷ lệ số mũi tiêm vắc xin Spikevax (Moderna) là 33,1% và tỷ lệ số mũi tiêm vắc xin Comirnaty (Pfizer) là 66,9%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy: phụ huynh có độ tuổi từ 30 - 45 tuổi chiếm 72,3%, dưới 30 tuổi chiếm 23,1% và 4,6% số phụ huynh có tuổi > 45. Nhóm phụ huynh là bố hoặc mẹ của trẻ chiếm 92,1% và đa số (97,1%) là người dân tộc Kinh. Lứa tuổi phụ huynh từ 30 đến 45 chiếm tỷ lệ cao nhất là hoàn toàn phù hợp với điều kiện gia đình có trẻ trong độ tuổi từ 5 - 12 tuổi. Phụ huynh là bố hoặc mẹ là người trực tiếp chăm sóc và quyết định đến việc tiêm vắc xin COVID-19 cho

trẻ, đồng thời cũng là đối tượng tiếp nhận các thông tin về bệnh và vắc xin COVID-19 đầy đủ nhất. Một số nghiên cứu khác về kiến thức, niềm tin và sự chấp nhận tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em cũng thấy rằng lứa tuổi phụ huynh từ 30 - 45 chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Huỳnh Minh Chín và cộng sự năm 2022 tại Bình Dương về kiến thức, niềm tin và sự chấp nhận tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ của phụ huynh có con từ 5 đến 11 tuổi cho kết quả độ tuổi từ 30 - 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 67% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà và cộng sự năm 2022 tại các quận nội thành Hà Nội về chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho kết quả lứa tuổi phụ huynh độ tuổi 30 - 40 tuổi là 71,04% [5].

Phụ huynh có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm

44,6%, trung học phổ thông là 41,1% và trình độ trên trung học phổ thông là 11%. Nghề nghiệp của phụ huynh là công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%), nông dân là 20,4%; cán bộ, hành chính là 14,5% và ngành nghề tự do khác là 24%. Nghiên cứu tiến hành trên 2 xã Nghi Ân, Nghi Phú là những xã ven đô thành phố Vinh nên cơ cấu ngành nghề đa dạng như công nghiệp, kinh doanh, dịch vụ và nông nghiệp nên phân bố nghề nghiệp phụ huynh khá đồng đều. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Chín cùng cộng sự năm 2022 tại tỉnh Bình Dương cho thấy phụ huynh có trình độ từ trung học phổ thông trở lên chiếm tỷ lệ là 62,1%, nghề nghiệp là công nhân chiếm tỷ lệ 57,5% [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà và cộng sự thì tỷ lệ phụ huynh trên trung học phổ thông chiếm tỷ lệ 77,4% [5]. So sánh với 2 nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi trình độ học vấn của phụ huynh thấp hơn.

Qua khảo sát trên các đối tượng nghiên cứu về thực trạng tiêm phòng vắc xin COVID-19 cho trẻ từ 5 đến dưới 12 được thể hiện ở bảng 2 cho thấy: có 51,2% trẻ em đã tiêm đúng và đầy đủ vắc xin COVID-19. Tỷ lệ trẻ vẫn chưa được tiêm (5,1%) hoặc tiêm không đầy đủ (30,1%) và 13,6% không rõ thông tin. Trong số các phụ huynh có con tiêm vắc xin thì có 63,2% phụ huynh thông báo trẻ bị tác dụng phụ (bảng 3). Tỷ lệ như thế này theo chúng tôi là phản ánh đúng về tác dụng phụ sau tiêm vắc xin COVID-19. Điều này cũng thể hiện khi được hỏi về các tác dụng phụ trong nghiên cứu định tính. Các phụ huynh ghi nhận các tác dụng phụ thông thường như đau tại chỗ tiêm, mệt, sốt nhẹ, ăn kém.... Các tác dụng phụ này không báo cáo với cơ quan y tế. Mặc dù đây chỉ là cảm nhận chủ quan của phụ huynh bởi lứa tuổi trẻ em có tâm lý chưa ổn định, sợ đau, dễ phản ứng khi tiêm nhưng kết quả là tương đối phù hợp với khuyến cáo của nhà sản xuất. Theo khuyến cáo của nhà sản xuất vắc xin Comirnaty thì phản ứng thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 5-11 tuổi là đau tại vị trí tiêm (> 80%), mệt mỏi (> 50%), đau đầu (> 30%), tấy đỏ và sưng tại vị trí tiêm (> 20%), đau cơ và ớn lạnh (> 10%). Phản ứng thường gặp (từ $\geq 1/100$ đến dưới $1/10$): buồn nôn, tấy đỏ tại vị trí tiêm [6]. Đối với vắc xin Moderna thì các phản ứng bất lợi được báo cáo nhiều nhất ở trẻ em từ 6-11 tuổi sau liệu trình tiêm cơ bản là đau tại vị trí tiêm (98,4%), mệt mỏi (73,1%), đau đầu (62,1%), đau cơ (35,3%), ớn lạnh (34,6%), buồn nôn/nôn mửa

(29,3%), sưng/đau ở nách (27,0%), sốt (25,7%), ban đỏ tại vị trí tiêm (24,0%), sưng tại vị trí tiêm (22,3%) và đau khớp (21,3%) [6].

Trong số 222 phụ huynh có con tiêm không đầy đủ, chưa tiêm hoặc không muốn trả lời được hỏi về nguyên nhân trẻ không tiêm cho trẻ hoặc tiêm không đầy đủ cho kết quả thể hiện ở bảng 4: 70,2% phụ huynh nêu lý do trẻ bị hoãn tiêm khi có lịch tiêm; 73,8% phụ huynh lo sợ các phản ứng phụ sau tiêm; 52,7% phụ huynh lo lắng sợ ảnh hưởng lâu dài tới sức khỏe của trẻ; 35,6% phụ huynh cho rằng COVID-19 đã được khống chế, không nguy hiểm; 5,9% cho rằng mắc bệnh rồi nên có miễn dịch không cần tiêm nữa; 4,5% sợ vắc xin hết hạn, không đảm bảo. Tuy nhiên, có 3,1% phụ huynh không nhận được thông tin về lịch tiêm và địa chỉ tiêm. Theo Nguyễn Thị Hà và cộng sự (2022) nghiên cứu về chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vắc xin phòng COVID-19 tại các quận nội thành Thành phố Hà Nội cho thấy cha/mẹ quan tâm những vấn đề khi quyết định cho trẻ 5-11 tuổi tiêm vắc xin phòng COVID-19. Cụ thể: 91,28% quan tâm mức độ an toàn của vắc xin; 66,92% quan tâm các phản ứng sau tiêm; 53,99% quan tâm quốc gia sản xuất vắc xin; 44,17% quan tâm cơ sở thực hiện tiêm vắc xin; 10,16% quan tâm chi phí cho tiêm vắc xin; 61,24% quan tâm hiệu quả phòng bệnh của vắc xin và 57,45% quan tâm hạn sử dụng của vắc xin. Nghiên cứu của tác giả Phạm Lê An và cộng sự năm 2021 trên sinh viên ngành khoa học sức khỏe tại Thành phố Hồ Chí Minh về sự chấp nhận tiêm vắc xin COVID-19 cho thấy có 77,1% sinh viên chấp nhận. Nguyên nhân do dự chủ yếu là sợ tác dụng phụ (73,0%), an toàn vắc xin (65,3%) và quá trình phát triển vắc xin mới (53,6%) [7]. Nghiên cứu của Shmueli Liora năm 2021 trên trong cộng đồng người Do Thái ở Israel nhằm đánh giá nhận thức và ý định tiêm chủng cho trẻ từ 5 đến 11 tuổi của các bậc cha mẹ cho thấy mối lo ngại của phụ huynh tập trung vào tính an toàn của vắc xin, lo sợ về tác dụng phụ nghiêm trọng và lo ngại rằng các thử nghiệm lâm sàng và quy trình cấp phép được thực hiện quá nhanh [8].

Qua thu thập các số liệu lưu trữ tại CDC Nghệ An và TTYT Thành phố Vinh chúng tôi thu được các kết quả về thực trạng tiêm phòng vắc xin COVID-19 trẻ trong độ tuổi từ 5 đến dưới 12 tuổi. Theo số liệu trình bày ở bảng 5, tính đến thời điểm thu thập số liệu là 31/12/2022

trên địa bàn Thành phố Vinh, toàn thành phố có 43.030 trẻ trong độ tuổi từ 5 đến dưới 12 tuổi trong danh sách tiêm phòng. Có 50,8% số trẻ đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin COVID-19; 16,9% số trẻ mới chỉ tiêm 1 mũi và 32,3% số trẻ không tiêm mũi nào. Như vậy tỷ lệ trẻ trên địa bàn Thành phố Vinh được tiêm đầy đủ 2 mũi vắc xin phòng COVID-19 là thấp hơn mặt bằng chung của tỉnh và mục tiêu kế hoạch đặt ra. Theo báo cáo của CDC Nghệ An cập nhật đến 31/12/2022 toàn tỉnh đã thực hiện được 292.715 mũi tiêm 2 trên tổng số 370.795 trẻ đạt tỷ lệ 78,9%. Kế hoạch số 218/KH-UBND, ngày 01/4/2022 của UBND tỉnh Nghệ an về triển khai Chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em từ 5 đến 11 tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2022. Mục tiêu chiến dịch là trong năm 2022 toàn tỉnh hoàn thành tiêm chủng cho nhóm trẻ em từ 5 đến 11 tuổi đảm bảo bao phủ miễn dịch cộng đồng, góp phần thực hiện mở trường học an toàn. Với chỉ tiêu là trên 85% trẻ từ 5 đến 11 tuổi có mặt tại địa phương được tiêm chủng đầy đủ 2 mũi vắc xin phòng COVID-19 [9]. Theo số liệu bảng 6: tổng số mũi tiêm là 51.010, trong đó số mũi 1 vắc xin Comirnaty (Pfizer) là 22.074 mũi; số mũi 2 vắc xin Comirnaty (Pfizer) là 13.843 mũi; số mũi 1 vắc xin Spikevax (Moderna) là 8.858 mũi; số mũi 2 vắc xin Spikevax (Moderna) là 8.035 mũi. Loại vắc xin dùng tiêm cho trẻ được CDC Nghệ An phân bổ theo kế hoạch theo đợt.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin Covid-19 ở trẻ em từ 5 đến dưới 12 tuổi trên địa bàn thành phố Vinh còn chưa đạt với kế hoạch đề ra. Các nguyên nhân là trẻ bị hoãn tiêm khi có lịch tiêm; phụ huynh lo sợ các phản ứng phụ sau tiêm; lo lắng sợ ảnh hưởng lâu dài tới sức khỏe của trẻ; phụ huynh cho rằng COVID-19 đã được khống chế, không nguy hiểm; mắc bệnh rồi nên có miễn dịch không cần tiêm nữa và sợ vắc xin hết hạn, không đảm bảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Ameema A, RohanKumar O, Far ah Y, et al., COVID-19 pandemic: from origins to outcomes.

A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. Infez Med, 29, 2021, 20 - 36.

- [2] Cổng thông tin điện tử - Bộ Y tế, Vaccine ngừa COVID-19: Kỳ tích tạo nên lịch sử. https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/. Truy cập ngày 26 tháng 12 năm 2022.
- [3] Bộ Y tế; Việt Nam đã tiêm hơn 257 triệu liều vaccine COVID-19, nhưng tỷ lệ mũi 3 và 4 ở nhiều nơi rất thấp. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/viet-nam-a-tiem-hon-257-trieu-lieu-vaccine-covid-19-nhung-ty-le-mui-3-va-4-o-nhieu-noi-rat-thap. 2022. Truy cập ngày 27/12/2022.
- [4] Huỳnh Minh Chín, Nguyễn Hồng Chương, Nghiên cứu kiến thức, niềm tin và sự chấp nhận tiêm vaccine phòng covid-19 cho trẻ của phụ huynh có con từ 5 đến 11 tuổi tại tỉnh Bình Dương năm 2022; Tạp chí Y học Việt Nam, 525(1A), 2023, 212 - 217.
- [5] Nguyễn Thị Hà, Ngô Văn Lãng, Đặng Hùng Dũng và cộng sự, Chấp nhận của cha/mẹ cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vắc xin phòng covid-19 tại các quận nội thành thành phố Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2022; Tạp chí Y học Việt Nam, 512(2), 2022.
- [6] Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Số 947/VSDTTU-TCQG về Tài liệu hướng dẫn triển khai chiến dịch tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho trẻ em từ 5 đến dưới 12 tuổi, 2022.
- [7] Han Thi Ngoc Nguyen, Pham Le An, The intention to get a COVID-19 vaccine among the students of health science in Vietnam. Hum Vaccin Immunother, 17(12), 2021, 4823-4828.
- [8] Shmueli L, Parents' intention to vaccinate their 5 to 11 year-old children with the COVID-19 vaccine: rates, predictors and the role of incentives. BMC Public Health; 23(328), 2023.
- [9] Ủy ban nhân dân tỉnh Nghệ An, Kế hoạch số 218/KH-UBND ban hành Kế hoạch về triển khai Chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 cho trẻ em từ 5 đến 11 tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2022, 2022.

CURRENT STATUS OF DENTAL DISEASE AMONG PUPILS AT PRIMARY SCHOOL OF NGHIA DAN DISTRICT, NGHE AN PROVINCE, 2022 - 2023

Vi Thi Huong Thao^{1*}, Cao Truong Sinh¹, Nguyen Ngoc Hoa²

¹Vinh Medical University -161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin Avenue, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the dental disease situation of pupils at primary school of Nghia Dan district, Nghe An province in 2022-2023.

Research Method: Cross-sectional descriptive research designed on 400 pupils aged 6-11 years old in 4 primary schools in Nghia Dan district, Nghe An.

Results: The proportion of pupils participating in the study was 61% male and 39% female. Pupils of the Kinh ethnic group accounted for the majority at 68.5% and the proportion of pupils 6-8 years old was 58%. The rate of pupils with tooth decay was 77.7%, of which baby tooth decay and permanent tooth decay was 76.7% and 5.7%, respectively. The index of filling decay and general filling decay are 0.15 and 2.66. The percentage of pupils with gingivitis and tartar was 13.3% and 16.7%, respectively.

Conclusion: Dental disease, especially the rate of tooth decay, is still high. It is necessary to educate about knowledge and practice of dental disease prevention for elementary school pupils.

Keywords: Dental disease; elementary school pupils; Nghia Dan district.

*Corresponding author

Email address: Huongthao@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 973 594 881

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG BỆNH RĂNG MIỆNG Ở HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC HUYỆN NGHĨA ĐÀN, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022 - 2023

Vi Thị Hương Thảo^{1*}, Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Ngọc Hòa²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, Nghi Phú, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng bệnh răng miệng của học sinh Trường tiểu học huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2022-2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 học sinh từ 6 - 11 tuổi ở 4 trường tiểu học huyện Nghĩa Đàn, Nghệ An.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ học sinh tham gia nghiên cứu có 61% nam và 39% nữ. Học sinh là người dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ đa số với 68,5% và tỷ lệ học sinh 6-8 tuổi là 58%. Tỷ lệ học sinh mắc sâu răng là 77,7%, trong đó sâu răng sữa và sâu răng vĩnh viễn lần lượt là 76,7%, 5,7%. Chỉ số sâu mất trám và sâu mất trám chung là 0,15 và 2,66. Tỷ lệ học sinh bị viêm lợi, cao răng lần lượt là 13,3% và 16,7%.

Kết luận: Bệnh răng miệng, đặc biệt tỉ lệ bệnh sâu răng vẫn còn cao. Cần thiết giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh răng miệng cho học sinh tiểu học.

Từ khóa: Bệnh răng miệng; học sinh tiểu học; Nghĩa Đàn.

*Tác giả liên hệ

Email: Huongthao@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 973 594 881

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh răng miệng hiện nay là bệnh rất phổ biến trên thế giới. Trong đó, sâu răng và viêm lợi là hai bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi đặc biệt là trẻ em trong độ tuổi bắt đầu đến trường. Bệnh răng miệng được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp vào loại tai họa thứ ba của loài người sau bệnh ung thư và tim mạch [1]. Tháng 5 năm 2007, tại hội nghị sức khỏe răng miệng thế giới lần thứ 60, WHO đã thông qua nghị quyết, đưa xúc tiến và phòng ngừa bệnh răng miệng vào quy hoạch phòng ngừa và điều trị tổng hợp bệnh mãn tính. Hiện nay sức khỏe răng miệng là một trong 10 tiêu chuẩn lớn về sức khỏe theo sự xác định của WHO [2]. Theo WHO, sâu răng và viêm lợi là một vấn đề ưu tiên hàng đầu trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng ở hầu hết các nước, tỷ lệ sâu răng trung bình từ 26% - 60% tùy từng quốc gia và khu vực, trong đó lứa tuổi trẻ em và thanh niên chiếm từ 60 - 90%, chỉ số sâu mất trám trung bình là 2,4 tỷ lệ viêm lợi từ 70 - 90% và gặp ở mọi lứa tuổi [3]. Theo một nghiên cứu hệ thống của Mohsen Kazeminia và cộng sự năm 2020 trên 164 bài báo về sâu răng ở học sinh tiểu học cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa là 46,2% và sâu răng vĩnh viễn là 53,8%, viêm lợi là 48% [4]. Trong những năm qua với sự phát triển về kinh tế xã hội đã làm gia tăng các yếu tố liên quan đến bệnh răng miệng tại địa phương. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có đánh giá cụ thể về thực trạng bệnh răng miệng của học sinh các trường tiểu học của huyện Nghĩa Đàn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả thực trạng bệnh răng miệng của học sinh tiểu học tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2022-2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu tại trường tiểu học thị trấn Nghĩa Đàn, Nghĩa Hội, Nghĩa Lợi và Nghĩa Trung. Thời gian nghiên cứu từ tháng 09/2022 đến tháng 09/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là học sinh các trường tiểu học trên địa bàn huyện

Nghĩa Đàn. Đối tượng được sự đồng ý của người giám hộ và tự nguyện tham gia và có mặt tại trường trong thời gian nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là các học sinh bị các bệnh mãn tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n cỡ mẫu tối thiểu; Z=1,96 (tương ứng với mức $\alpha=0,05$, khoảng tin cậy 95%); p=0,591 (p là tỷ lệ học sinh tiểu học bị sâu răng theo nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Thanh tại Hà Tĩnh năm 2020 [5]); DE: giá trị hiệu ứng thiết kế DE=2; d: sai số tuyệt đối d=0,07. Tổng số đối tượng nghiên cứu thực tế là 400 học sinh.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm, nhiều giai đoạn.

Giai đoạn 1: Chọn trường

Bước 1: Lập danh sách 23 trường tiểu học trên địa bàn huyện Nghĩa Đàn.

Bước 2: Tiến hành lựa chọn 4 trường tiểu học trong danh sách đã lập ở bước 1 bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn. Sử dụng hàm random trong excel để lựa chọn 4 trường tiểu học là Thị trấn, Nghĩa Hội, Nghĩa Lợi và Nghĩa Trung.

Giai đoạn 2: Chọn lớp

Bước 1: Lập danh sách các lớp của các trường được chọn. Trường tiểu học thị trấn có 27 lớp, trường Nghĩa Hội có 20 lớp, Nghĩa Lợi có 13 lớp, Nghĩa Trung có 22 lớp.

Bước 2: Tại mỗi trường các lớp được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên phân tầng, mỗi tầng là một khối lớp. Sử dụng hàm random trong excel để thực hiện. Kết quả mỗi trường có 5 lớp được chọn tham gia vào nghiên cứu.

Bước 3. Chọn lớp tại mỗi trường theo danh sách đã lập tại bước 1. Tiếp tục sử dụng hàm random trong excel để chọn từng lớp của mỗi trường tham gia nghiên cứu. Kết quả cho thấy tại mỗi trường có 01 lớp 1, 01 lớp 2,



01 lớp 3, 01 lớp 4 và 01 lớp 5 tham gia vào nghiên cứu.

Giai đoạn 3: Chọn học sinh

Bước 1. Chọn số học sinh cho mỗi trường. Sử dụng phương pháp có chủ đích. Cỡ mẫu cần lấy là 400 học sinh nên chia đều cho 4 trường. Mỗi trường có 100 học sinh.

Bước 2. Chọn học sinh cho mỗi lớp. Sử dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích. Tại mỗi khối sẽ lấy 1 lớp, trong 1 lớp lấy 20 học sinh bất kỳ cho đến khi đủ cỡ mẫu cần lấy tại mỗi trường.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số về đặc điểm nhân khẩu: giới tính, tuổi và dân tộc, thói quen ăn quà vặt, đồ ngọt, sử dụng thuốc.

- Biến số thực trạng bệnh răng miệng: tình trạng sâu răng, chỉ số SMT/smt, tình trạng viêm lợi, tình trạng cao răng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi và phiếu khám bệnh. Quá trình thu thập số liệu gồm 3 bước:

- Bước 1: Xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế sẵn, dùng để thu thập thông tin đặc điểm nhân khẩu học. Thử nghiệm mỗi lớp với 20 học sinh và 5 lớp. Sau khi đã thử nghiệm, bộ công cụ đã được chỉnh sửa

một số câu hỏi cho phù hợp và hoàn thiện.

- Bước 2: Thu nhận ý kiến đồng ý của người giám hộ và thu thập thông tin.

- Bước 3: Khám lâm sàng xác định tỷ lệ bệnh răng miệng của học sinh.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.5. Làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ % để mô tả các biến định tính; giá trị trung bình cho các biến định lượng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình bảo mật thông tin, sử dụng mã số mà không thu thập thông tin nhận diện cá nhân, đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và có sự đồng ý của bộ/mẹ/người giám hộ. Nghiên cứu được tiến hành thông qua quyết định Số 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 của Trường Đại học Y khoa Vinh, Phòng Giáo dục và Đào tạo Nghĩa Đàn, các Trường tiểu học Thị Trấn Nghĩa Đàn, Nghĩa Hội, Nghĩa Lợi và Nghĩa Trung.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	244	61,0
	Nữ	156	39,0
Dân tộc	Kinh	274	68,5
	Khác	126	31,5
Nhóm tuổi	6 - 8	232	58,0
	9 - 11	168	42,0
Thói quen ăn quà vặt, đồ ngọt	Không bao giờ/ hiếm khi	57	14,3
	Thỉnh thoảng/thường xuyên	343	85,7
Sử dụng thuốc để chữa bệnh	Không	157	39,3
	Có	243	60,7

Tỷ lệ nam chiếm 61,0% và nữ chiếm 39,0%. Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ đa số là 68,5%. Lứa tuổi 6-8 tuổi chiếm 58,0%. Học sinh thỉnh thoảng/thường xuyên ăn

quà vặt, đồ ngọt chiếm tỷ lệ cao với 85,7%. Đa số học sinh sử dụng thuốc để chữa bệnh với 60,7%.

Bảng 2. Thực trạng bệnh sâu răng của học sinh (n=400)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sâu răng chung	Có	311	77,7
	Không	89	22,3
Sâu răng sữa	Có	307	76,7
	Không	93	23,3
Sâu răng vĩnh viễn	Có	23	5,7
	Không	377	94,3

Tỷ lệ học sinh tiểu học mắc sâu răng chung là 77,7%. Trong đó sâu răng sữa là 76,7% và sâu răng vĩnh viễn là 5,7%.

Bảng 3. Thực trạng sâu răng chung theo một số yếu tố (n=311)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	203	65,3
	Nữ	108	34,7
Nhóm tuổi	6-8	180	57,9
	9-11	131	42,1
Thói quen ăn quà vặt, đồ ngọt	Không bao giờ /hiếm khi	16	5,1
	Thỉnh thoảng/ thường xuyên	295	94,9
Sử dụng thuốc chữa bệnh	Không	124	39,9
	Có	187	60,1

Học sinh nam mắc sâu răng chung chiếm 65,3%. Lứa tuổi 6 - 8 tuổi chiếm 57,9%. Tỷ lệ học sinh thỉnh thoảng/ thường xuyên ăn quà vặt, đồ ngọt mắc sâu răng chung

chiếm tỷ lệ cao với 94,9%. Tỷ lệ học sinh có dùng thuốc để chữa bệnh bị sâu răng chung là 60,1%.

Bảng 4. Chỉ số SMT/smt theo yếu tố giới (n=400)

Đặc điểm	Răng vĩnh viễn				Răng sữa			
	S	M	T	SMT	s	m	t	smt
Nam (244)	0,05	0	0,004	0,054	1,39	0,18	0,09	1,66
Nữ (156)	0,09	0	0,006	0,096	0,86	0,08	0,06	1
Chung	0,14	0	0,01	0,15	2,25	0,26	0,15	2,66

Chỉ số smt răng sữa chung là 2,66; trong đó, nam giới là 1,66 và nữ giới là 1. Chỉ số SMT răng vĩnh viễn chung là 0,15, trong đó, nam giới là 0,096 và nữ giới là 0,054.



Bảng 5. Thực trạng viêm lợi và cao răng của học sinh (n=400)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm lợi	Có	53	13,3
	Không	347	86,7
Cao răng	Không có	333	83,3
	Có mức độ nhẹ	62	15,5
	Có mức độ trung bình, nặng	5	1,2

Tỷ lệ học sinh bị viêm lợi là 13,3%. Tỷ lệ học sinh có cao răng mức độ nhẹ là 15,5%; mức độ trung bình nặng là 1,2%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ sâu răng chung khá cao (77,7%). Kết quả này có khác biệt so với một số nghiên cứu về bệnh răng miệng trong và ngoài nước. Kết quả chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu khác ở học sinh trong khu vực Châu Á. Tác giả Poonam Shingare nghiên cứu tần suất sâu răng trên 472 học sinh tại Ấn Độ cho thấy tỷ lệ sâu răng chung là 80,9% [6]. Tại Myanmar (2020) tỷ lệ học sinh mắc sâu răng là 93,0% [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nước phát triển như tại Italy (2016) tỷ lệ sâu răng của học sinh là 35,8% [8]. Ở trong nước, một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ sâu răng ở học sinh cũng có khác biệt ở các vùng khác nhau, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của các giả Phạm Hùng Sơn (2014), Trương Văn Bang (2014) cho thấy tỷ lệ học sinh trường Xuân La và trường Vĩnh Hưng, Hà Nội mắc sâu răng chung lần lượt là 56,6%, 65,1% [9], [10]. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu được tiến hành gần đây của các tác giả Nguyễn Thị Hồng Minh (2020), Nguyễn Hồng Chuyên (2021) cho thấy tỷ lệ học sinh tiểu học mắc sâu răng lần lượt là 92,2%, 96,7% [11], [12]. Nghiên cứu của tác giả Trần Tấn Tài (2016) cho kết quả tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sâu răng chung của học sinh tiểu học ở Huế là 77,6% [13].

Chỉ số smt răng sữa chung là 2,66 nghĩa là mỗi học sinh trung bình có 2,66 chiếc răng sữa bị sâu. Chỉ số smt ở nhóm nam cao hơn nhóm nữ. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Tấn Tài (2016), chỉ số smt của học sinh ở Huế là 4,22 [13]. Kết quả về

tỷ lệ smt cho thấy vai trò, trách nhiệm của bố mẹ, nhà trường, chương trình y tế học đường trong dự phòng và điều trị bệnh sâu răng đóng vai trò rất quan trọng.

Qua khám cũng đã cho thấy tỷ lệ sâu răng chung ở học sinh nam cao hơn nhiều so với học sinh nữ (65,3% so với 34,7%). Nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Hồng Chuyên (2021) cho kết quả khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, học sinh nữ mắc sâu răng chung cao hơn học sinh nam (54,7% so với 45,3%) [12]. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước của các tác giả Trương Văn Bang (2014) học sinh nam bị sâu răng chung cao hơn học sinh nữ (73,5% so với 69,4%)[10]. Điều này có thể là do học sinh nữ thường chăm chỉ, siêng năng chăm sóc bản thân, kể cả chăm sóc răng, có thể vì vậy tỷ lệ sâu răng ở học sinh nữ thấp hơn học sinh nam.

Trong các bệnh răng miệng của học sinh, cùng với sâu răng, viêm lợi là 1 trong 2 bệnh phổ biến nhất. Trong nghiên cứu này để đánh giá tình trạng viêm lợi, chúng tôi dùng chỉ số viêm lợi GI để nói lên mức độ viêm lợi trong nhóm học sinh, bao gồm 4 mức độ: không viêm, viêm nhẹ, viêm trung bình và viêm nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh bị viêm lợi là 13,3%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Poonam Shingare nghiên cứu tần suất sâu răng trên 472 học sinh tại Ấn Độ cho thấy tỷ lệ viêm lợi là 78,2% [6]. Một nghiên cứu khác tại Myanmar (2020) cho thấy tỷ lệ viêm lợi ở học sinh là 57% [7]. Ở trong nước, một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ viêm lợi ở học sinh cũng có khác biệt ở các vùng khác nhau, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của các giả Trần Tấn Tài (2016) tỷ lệ viêm lợi là 33,2%, Lê Ngọc Thanh (2020) tỷ lệ học sinh bị viêm lợi là 32,6% [5], [13]. Sự khác biệt này có thể là do ở độ tuổi này thì sự tăng sinh lợi không tương ứng với tình trạng mảng bám răng và vệ sinh răng miệng. Ở độ tuổi này,

phản ứng tổ chức đối với mảng bám và sâu răng mạnh mẽ hơn, mức độ viêm lợi sẽ tăng dần theo độ tuổi. Mặt khác cũng có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện sau hơn nên dẫn đến thái độ về răng miệng tốt hơn, sự phát triển của chuyên ngành răng hàm mặt cao hơn, điều kiện về cơ sở vật chất, sinh hoạt cũng tốt hơn. Tuy nhiên vẫn cần có thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu tại địa phương để có thể đưa ra những kết luận chính xác.

Tỷ lệ bị viêm lợi ở học sinh nam cao hơn nhiều so với học sinh nữ (67,9% so với 32,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Chi (2012) cho thấy học sinh nam bị viêm lợi cao hơn học sinh nữ (49,4% so với 36,5% [14]. Điều này là phù hợp vì so với cùng độ tuổi học sinh nữ luôn có kiến thức và thực hành liên quan đến chăm sóc sức khỏe nói chung cao hơn so với học sinh nam. Cũng có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi học sinh nam có tỷ lệ cao hơn nhiều so với học sinh nữ (69,0% so với 31,0%) nên dẫn đến học sinh nam bị viêm lợi cao hơn học sinh nữ.

5. KẾT LUẬN

Bệnh răng miệng, đặc biệt tỷ lệ bệnh sâu răng vẫn còn cao trong học sinh tiểu học. Cần có các giải pháp đồng bộ để điều trị và phòng chống bệnh răng miệng cho học sinh tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Global data on dental caries prevalence (DMFT) in children aged 12 years, 2000; 1-9.
- [2] World Health Organization, Global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. International Dental Journal; 58(3), 2008, 115-121.
- [3] World Health Organization, The World Oral Health Report, 2013.
- [4] Mohsen K, Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. Head Face Med, 16(1), 2020, 22.
- [5] Lê Ngọc Thanh, Thực trạng sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh năm 2020; Luận văn Bác sĩ chuyên khoa 2 Quản lý Y tế, Trường đại học Y dược Hải Phòng, 2020.
- [6] Poonam S, Dental Caries Prevalence among 3-to 14-Year-Old School Children, Uran, Raigad District, Maharashtra; Journal of Contemporary Dentistry; May-August 2012; 2(2): 11-14.
- [7] Yoshiaki N, Tooth-Level Analysis of Dental Caries in Primary Dentition in Myanmar Children. Int J Environ Res Public Health, 17 (20), 2020, 7613.
- [8] Gianmaria F. Ferrazzano, Relationship Between Social and Behavioural Factors and Caries Experience in Schoolchildren in Italy. Oral Health Prev Dent; 14(1), 2016, 55-61.
- [9] Phạm Hùng Sơn, Kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh răng miệng và thực trạng sâu răng ở học sinh tại trường tiểu học Xuân La, quận Tây Hồ, Hà Nội năm 2014; Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2014.
- [10] Trương Văn Bang, Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố ảnh hưởng ở học sinh tuổi từ 6 đến 11 tại trường tiểu học Vĩnh Hưng, Hoàng Mai, Hà Nội năm 2014; Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2014
- [11] Nguyễn Thị Hồng Minh, Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường tiểu học Lê Hồng Phong, tỉnh Nam Định năm 2020; Tạp chí Y học Việt Nam; 2(513), 2022.
- [12] Nguyễn Hồng Chuyên, Mô tả thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh hai trường tiểu học huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ năm 2021; Tạp chí Y học Việt Nam; 1(504), 2021.
- [13] Trần Tấn Tài, Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế; Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y dược Huế, 2016.
- [14] Nguyễn Anh Chi, Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi và mối liên quan với kiến thức, thái độ hành vi chăm sóc răng miệng của học sinh THPT Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội năm 2012; Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2012.



THE STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF NEONATAL SEPSIS IN SOME HOSPITALS IN VINH CITY, IN 2022-2023

Tang Xuan Hai^{1*}, Tran Thi Kieu Anh², Dau Khac Dung¹, Dau Thi Tuyet²

¹Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital -19 Ton That Tung, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describing the current situation and some factors related to neonatal sepsis in Vinh city in 2022-2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study with analysis of 93 patients diagnosed with neonatal sepsis.

Result: The male/female ratio is 1,2/1; 65% are premature babies, 62,4% are underweight and extremely underweight; 17,2% of children suffered from suffocation after birth; 47,3% of children were born by cesarean section; 22,7% of cases of neonatal sepsis are related to the mother. Clinical features: hypothermia (22.5%); decreased SpO₂ (66.7%) and chest indrawing (33.3%); 62.3% of children had neurological manifestations such as lethargy, irritability, increased/decreased muscle tone; Regarding cardiovascular disease, 7.5% of children showed signs of arrhythmia. Pathogens: Gram (-) bacteria account for the highest proportion of 67.7%. There are 80.6% of children who survive treatment. Factors that increase the risk of death of newborns with sepsis include: gender, premature babies, hypothermia, children on mechanical ventilation, children with central catheters.

Conclusion: The rate of children recovering from the disease is high. Neonatal sepsis has diverse clinical symptoms, subclinical changes are less variable and is mostly caused by Gram (-) bacteria.

Keywords: Neonatal sepsis; Vinh city.

*Corresponding author

Email address: bstangxuanhai@gmail.com

Phone number: (+84) 912 379 583

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ VINH, NĂM 2022-2023

Tăng Xuân Hải^{1*}, Trần Thị Kiều Anh², Đậu Khắc Dũng¹, Đậu Thị Tuyết²

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại địa bàn thành phố Vinh năm 2022-2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 93 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1; có 65% là trẻ đẻ non, 62,4% trẻ nhẹ cân và cực nhẹ cân; 17,2% trẻ bị ngạt sau khi sinh; 47,3% trẻ được sinh ra bằng phương pháp đẻ mổ; 22,7% trường hợp trẻ NKHSS liên quan đến bà mẹ. Đặc điểm lâm sàng: rối loạn thân nhiệt (22,5%); giảm SpO₂ (66,7%) và rút lõm lồng ngực (33,3%); 62,3% trẻ biểu hiện về thần kinh như li bì, kích thích, tăng/giảm trương cơ lực; về tim mạch có 7,5% trẻ có biểu hiện rối loạn nhịp tim. Tác nhân gây bệnh: vi khuẩn Gram (-) chiếm tỷ lệ cao nhất 67,7%. Có 80,6% trẻ có kết quả điều trị sống. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong của sơ sinh nhiễm khuẩn huyết bao gồm: giới tính, trẻ đẻ non, rối loạn thân nhiệt, trẻ có thở máy, trẻ đặt catheter trung tâm.

Kết luận: Tỷ lệ trẻ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao. Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh có triệu chứng lâm sàng đa dạng, cận lâm sàng ít biến đổi và phần lớn là do vi khuẩn Gram (-) gây bệnh.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh; Thành phố Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: bstangxuanhai@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 379 583

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh là tình trạng nhiễm khuẩn liên quan đến máu ở trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi, vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh. Trên toàn cầu 2,4 triệu trẻ em tử vong trong tháng đầu tiên của cuộc đời năm 2019. Có khoảng 6700 trẻ sơ sinh tử vong mỗi ngày, chiếm 47% tổng số trẻ em dưới 5 tuổi tử vong, tăng 40% so với năm 1990, chủ yếu do các nguyên nhân truyền nhiễm bao gồm nhiễm khuẩn huyết, tử vong sơ sinh [1]. Để chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết ngoài biểu hiện lâm sàng đòi hỏi phải có kết quả cấy máu dương tính, nhưng kết quả thường có rất trễ và không phải lúc nào cũng cho kết quả dương tính. Tại Nghệ An, cho đến nay có ít nghiên cứu liên quan đến nhiễm khuẩn sơ sinh được thực hiện trên phạm vi địa bàn thành phố Vinh đặc biệt là đối với NKHSS. Do tính cấp thiết của vấn đề mắc nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh, chúng tôi đặt ra câu hỏi: thực trạng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh hiện nay như thế nào? Để góp phần đưa ra thực trạng và một số yếu tố liên quan qua đó đưa ra được một số lưu ý khi điều trị và các giải pháp phòng ngừa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh năm 2022-2023 nhằm mục tiêu: 1. Mô tả thực trạng trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh năm 2022-2023. 2. Xác định một số yếu tố liên quan liên quan đến kết quả điều trị trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh năm 2022-2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Sơ sinh, khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Khoa Sơ sinh bệnh viện Hữu nghị đa khoa Tỉnh Nghệ An từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 93 trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị tại các Bệnh viện trên địa bàn thành phố Vinh từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2023. Trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị - bệnh viện Nhi Trung ương 2021 và có kết quả cấy máu dương tính [2]. Những trẻ đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện và cha mẹ hoặc người bảo trợ của trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu bị loại khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu là toàn bộ 93 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Nhóm đặc điểm lâm sàng: biểu hiện hô hấp, thần kinh, tiêu hoá....

Nhóm đặc điểm cận lâm sàng: CTM, cấy máu, kháng sinh đồ,..

Nhóm biến liên quan đến nhiễm khuẩn huyết sơ sinh: giới tính, tuổi thai, kiểu sinh....

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bằng công cụ thu thập là bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn bao gồm các mục: hành chính, thông tin cá nhân, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua hội đồng Khoa học theo Quyết định số: 1093/QĐ-ĐHYKV-SDH ngày 22/11/2022. Đối tượng đã được giải thích rõ về mục đích, nội dung và quyền lợi và đồng ý tham gia nghiên cứu. Những thông tin cá nhân về ĐTNC được bảo mật. Các số liệu thu thập được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=93)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	51	54,8
	Nữ	42	45,2
Thời điểm khởi phát	Sớm (≤ 72 h)	47	50,5
	Muộn (> 72 h)	46	49,5
Tuổi thai	Đủ tháng	33	35,4
	Sinh non	60	64,6
Tình trạng can thiệp thủ thuật	Thở máy	39	41,9
	Đặt catheter trung tâm	37	39,8
Cân nặng khi sinh	< 1500 g	28	30,1
	1500 g - < 2500 g	30	32,3
	≥ 2500 g	35	37,6
Phương pháp đẻ	Đẻ thường	49	52,7
	Đẻ mổ	44	47,3
Tình trạng của trẻ sau khi sinh	Ngạt	16	17,2
	Bình thường	77	82,8
Nguy cơ nhiễm khuẩn huyết liên quan đến bà mẹ	Mẹ có sốt hoặc nhiễm khuẩn trước đẻ	2	2,2
	Thời gian vỡ ối trên 12 giờ	18	19,4
	Nước ối bẩn, đục, có mùi hôi	1	1,1

Tỷ lệ trẻ mắc NKHSSS nam/nữ là 1,2/1. Trẻ đẻ non chiếm tỷ lệ cao (65%); 41,9% trẻ có can thiệp thủ thuật thở máy; 39,8% trẻ đặt catheter trung tâm; trẻ nhẹ cân và cực nhẹ cân chiếm tỷ lệ 62,4%; có 17,2% trẻ ngạt

sau khi sinh; có 47,3% trẻ được sinh ra bằng phương pháp đẻ mổ; có 22,7% trường hợp mẹ có nguy cơ trước lúc đẻ.



Bảng 2. Dấu hiệu hô hấp, thần kinh, tim mạch, tiêu hoá của trẻ nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n=93)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	Thở nhanh	37	39,8
	Rút lõm lồng ngực	31	33,3
	Con ngưng thở >15s	5	5,4
	Giảm SpO ₂	62	66,7
	Rale phổi	2	2,2
Thần kinh	Li bì	39	41,9
	Kích thích	3	3,2
	Tăng trương cơ lực	4	4,3
	Giảm trương cơ lực	12	12,9
Tiêu hóa	Bú kém	71	76,3
	Bụng chướng	2	2,2
	Gan to	19	20,4
	Tiêu chảy	1	1,1
Tim mạch	Nhịp tim nhanh	6	6,4
	Nhịp tim chậm	1	1,1
Rối loạn thân nhiệt	Tăng hoặc giảm nhiệt độ	21	22,5
	Trong giới hạn	72	77,5

Có 22,5% trẻ rối loạn thân nhiệt; về hô hấp có 66,7% trẻ giảm SpO₂ và 33,3% trẻ có biểu hiện rút lõm lồng ngực; 62,3% trẻ biểu hiện về thần kinh như li bì, kích thích, tăng/giảm trương cơ lực; trẻ bú kém chiếm tỷ lệ 76,3%; về tim mạch có 7,5% trẻ có rối loạn nhịp tim.

Bảng 3. Xét nghiệm công thức máu (n=93)

Số lượng bạch cầu	Dưới 4 (G/L)	Từ 4 đến 20 (G/L)	Trên 20 (G/L)
n (%)	7 (7,5)	73 (78,5)	13 (14,0)
Mean	13,7 ± 9,76 (Min: 2,77; Max: 62,48)		
Tỷ lệ BCDNTT	< 45 %	45 - 65 %	> 65 %
n (%)	41 (44,1)	33 (35,5)	19 (20,4)
Mean	47,06 ± 19,6 (Min: 2,93; Max: 85,5)		
Số lượng tiểu cầu	< 100 (G/L)	≥ 100 (G/L)	
n (%)	6 (6,5)	87 (93,5)	
Mean	250,17 ± 96,06 (Min: 7; Max: 562)		

Tỷ lệ bạch cầu giảm là 8%; bạch cầu tăng 14%; 6,5% trường hợp tiểu cầu giảm; 25,8% trường hợp CRP tăng.

Bảng 4. Kết quả phân lập vi khuẩn (n=93)

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Gram (-)	63	67,7
Acinetobacter baumannii	3	3,2
Enterobacter cloacae complex	8	8,6
Escherichia coli	3	3,2
Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae	25	26,8
Serratia marcescens	5	5,4
Stenotrophomonas maltophilia	5	5,4
Streptococcus agalactiae	9	9,7
Khác	5	5,4
Gram (+)	20	21,5
Staphylococcus aureus	17	17,2
Staphylococcus epidermidis	1	1,1
Staphylococcus haemolyticus	1	1,1
Staphylococcus saprophyticus	1	1,1
Nấm	10	10,8
Candida albicans	2	2,2
Candida parapsilosis	4	4,3
Candida pelliculosa	1	1,1
Candida tropicalis	3	3,2
Tổng	93	100

Nhóm Gram (-): chiếm tỷ lệ 67,7% trong đó *Klebsiella pneumoniae* 26,8%; *Streptococcus agalactiae* 9,7%; *Enterobacter cloacae complex* 8,6%. Nhóm Gram (+) chiếm tỷ lệ 21,5% trong đó *Staphylococcus aureus* 17,2%. Nhóm nấm chiếm tỷ lệ 10,8% bao gồm nấm *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*.



Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của trẻ nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n=93)

Đặc điểm		Tử vong	Ổn định, ra viện	Tổng	OR (95% CI)
Giới tính	Nữ	12	30	42	3 (1,01-8,8)
	Nam	6	45	51	
Tuổi thai	Đẻ non	16	44	60	5,63 (1,2-26,2)
	Đủ tháng	2	31	33	
Cân nặng	Nhẹ cân	14	44	58	2,47 (0,7-8,2)
	Bình thường	4	31	35	
Kiểu sinh	Đẻ mổ	11	33	44	2 (0,7-5,7)
	Đẻ thường	7	42	49	
Tiền sử cuộc đẻ	Khác	6	15	21	2 (0,6-6,2)
	Bình thường	12	60	72	
Thời điểm khởi phát	Sớm	7	40	47	0,557 (0,2-1,6)
	Muộn	11	35	46	
Thân nhiệt	Rối loạn thân nhiệt	8	13	21	3,8 (1,3-11,5)
	Bình thường	10	62	72	
Thủ thuật can thiệp	Thở máy	14	24	38	7,4 (2,2-25)
	Không thở máy	4	51	49	
	Đặt catheter TT	16	21	37	20,6 (4,3-97,3)
	Không đặt catheter TT	2	54	56	

Tỷ lệ tử vong do NKHSS ở nhóm trẻ nữ cao gấp 3 lần so với nhóm trẻ nam (OR=3 (1,01-8,8), CI 95%, p<0,05). Nhóm trẻ sinh non có nguy cơ tử vong cao gấp 5,63 lần so với trẻ đủ tháng (OR=5,63 (1,2-26,2); CI 95%; p<0,05). Rối loạn thân nhiệt ở bệnh nhân NKHSS có nguy cơ tử vong cao gấp 3,8 lần so với bệnh nhân có thân nhiệt bình thường (OR=3,8 (1,3-11,5); CI 95%; p<0,05). Trẻ thở máy có nguy cơ tử vong cao gấp 7,4 lần trẻ không thở máy; OR = 7,4 (2,2-25) , CI 95%, p=0,01). Trẻ đặt catheter trung tâm có nguy cơ tử vong cao gấp 20,6 lần trẻ không đặt catheter trung tâm; OR = 20,6 (4,3-97,3) (p<0,05).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 93 trẻ nhiễm khuẩn huyết sơ sinh cho

thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết ở sơ sinh ở nam/nữ là 1,2/1. Nghiên cứu của Ngô Anh Vinh cho thấy tỷ lệ nam (60,6%), nữ (39,2%) [3]. Trẻ đẻ non chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ đủ tháng với tỷ lệ là 65% và 35%. Có 42% trẻ thở máy và 40% trẻ đặt catheter trung tâm. Chủ yếu là nhóm trẻ có cân nặng < 2500g (62%), nhóm trẻ đủ cân chiếm tỷ lệ 38%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết sơ sinh liên quan đến người mẹ là 22,7%. Ibsi VA và cộng sự cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở mẹ vỡ ối sớm là 13%, trong đó 5% là nhiễm khuẩn huyết [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sinh mổ (53%), sinh thường (47%). Có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn huyết ở nhóm mổ lấy thai chủ động cao hơn so với các nhóm khác. Nguyên nhân có thể do trẻ mổ lấy thai chủ động theo yêu cầu không có quy trình chuyển dạ sinh lý nên các cơ quan miễn dịch, hô hấp, tim mạch... bị ảnh hưởng khi trẻ ra đời. Có

83% trẻ sinh ra khóc ngay, 17% trẻ có biểu hiện ngạt, không khóc. Trong quá trình ngạt, trẻ bị thiếu oxy máu nghiêm trọng ảnh hưởng đến chức năng sống của các hệ cơ quan, đó chính là yếu tố thuận lợi để vi khuẩn tấn công. Vì vậy ngạt là một trong những yếu tố nguy cơ điển hình của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngày điều trị cao nhất là 141 ngày, thấp nhất là 6 ngày và ngày điều trị trung bình là $37,2 \pm 29,4$ ngày. Kết quả điều trị có 80,6% trẻ sống,; có 19,4% trẻ tử vong. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết khởi phát sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,5% thấp hơn so với nhóm khởi phát muộn 50,5%. Hiện nay trên thế giới, xu hướng nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn ngày càng tăng.

Có 22,5% trẻ có biểu hiện rối loạn thân nhiệt trong đó: 12 (13%) trẻ hạ nhiệt độ; 9 (10%) trẻ có biểu hiện sốt. Có mối liên quan giữa rối loạn thân nhiệt của trẻ với thời điểm khởi phát nhiễm khuẩn huyết sơ sinh ($p < 0,05$). Tác giả Hà Thị Hồng Ân nghiên cứu trên nhóm trẻ sơ sinh non tháng công bố kết quả rối loạn thân nhiệt chiếm tỷ lệ cao 70,4% [5].

Triệu chứng về da niêm mạc thường gặp theo thứ tự là tái (81,7%), ban xuất huyết dưới da (67,8%), vàng (22,6%), nổi vân tím (8,7%). Triệu chứng hô hấp có 31,2% trẻ tự thở, đa số trẻ suy hô hấp, cần hỗ trợ thở bằng oxy hoặc thở máy (68,8%). Có 5,4% trẻ có cơn ngưng thở. Triệu chứng tim mạch: Trẻ có nhịp tim nhanh chiếm 6,4%. Có 1,1 trẻ nhịp tim chậm. 92,5% trẻ nhịp tim trong giới hạn. Triệu chứng về thần kinh kết quả nghiên cứu cho thấy có 3,2% trẻ li bì; 4,3% trẻ tăng trương cơ lực; 12,9% trẻ giảm trương cơ lực và 79,6% trẻ tỉnh táo. Tỷ lệ trẻ li bì của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Thái Bằng Giang (46,9%) và tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú (29,4%) [6, 7].

Số lượng bạch cầu cầu trong giới hạn chiếm 78%; bạch cầu thấp và tăng cao chiếm tỷ lệ 22% trong đó có: 8% trường hợp bạch cầu giảm, 14% trường hợp bạch cầu tăng. Số lượng bạch cầu trung bình trong nghiên cứu là $13,7 \pm 9,76$. nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Hồng Trường thực hiện trên nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn huyết công bố kết quả là 41,2% [8]. Nguyên nhân có sự khác biệt này có thể do bạch cầu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố: tuổi thai (giảm khi tuổi thai giảm), kiểu sinh (thấp hơn khi trẻ mổ), vị

trí lấy mẫu máu (thấp hơn ở động mạch so với máu tĩnh mạch), độ cao so với mực nước biển (số lượng cao hơn ở vị trí cao hơn), thời điểm lấy máu (giảm trong 6 giờ sau sinh). Qua nghiên cứu số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm chiếm tỷ lệ 6,5%. Số lượng tiểu cầu trung bình qua nghiên cứu là $250,17 \pm 96,06$. nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Phương Thanh trên nhóm trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết cho kết quả tỷ lệ giảm tiểu cầu là 34,3% [9].

Qua phân tích số liệu thu thập được, chúng tôi định lượng CRP trung bình là $16,7 \pm 36,1$. Bệnh nhân có tăng CRP là 25,8%. Nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hồng Ân (61,2%); tác giả Đinh Văn Thức cũng cho kết quả trên nhóm trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tỷ lệ tăng CRP là 70% [5, 10].

Căn nguyên vi sinh vật gây nhiễm khuẩn huyết trên trẻ sơ sinh có tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn Gram (-) 67,7%, kế đến là vi khuẩn Gram (+) 21,5% và cuối cùng là Nấm 10,8%. Nghiên cứu của tác giả Neal J. Russell cũng cho kết quả căn nguyên gây bệnh cao nhất là vi khuẩn Gram (-) (62,9%) [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả, *K. pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (26,8%), đứng thứ hai là *S. aureus* (17,2%), *GBS* chiếm 9,7%; *S. marcescens* và *C. albicans* chiếm tỷ lệ lần lượt là 5,4%; 2,2%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Sơn tại khoa Sơ sinh bệnh viện Sản Nhi Nghệ An công bố kết quả phân lập vi khuẩn ở bệnh nhân nhi nhiễm khuẩn huyết cho thấy tỷ lệ cao nhất là *K. pneumoniae* chiếm 30,6%; sau đó là *S. aureus* chiếm 18,5%.

Klebsiella pneumoniae kháng hầu hết với các kháng sinh: 100% trường hợp kháng với *ampicillin*, 80% trường hợp kháng *imipenem*, 84% trường hợp kháng *gentamycin*, 36% trường hợp kháng *trimethoprim/sulfamethoxazol*; nhạy cảm với các kháng sinh *trimethoprim/sulfamethoxazol* (64%), *ciprofloxacin* (36%), *gentamycin* (16%), *imipenem* (20%).

Serratia marcescens nhạy 100% với kháng sinh Norfloxacin và Trimethoprim/Sulfamethoxazol. *Serratia marcescens* kháng 100% với kháng sinh Nitrofurantoin và Amoxiciliin/Clavulanic Acid. Với nhóm cephalosporin thế hệ 3 (ceftazidim, ceftriaxon, cefotaxim) có tỷ kháng 80%, với kháng sinh nhóm



quinolon như Ciprofloxacin tỷ lệ kháng là 20%.

S. aureus kháng cao đối với Ampicillin/Subactan và Meropenem 59%. Sự đề kháng cũng được ghi nhận trên các kháng sinh phổ rộng như quinolon (Levofloxacin, Ciprofloxacin 29%). Vancomycin vẫn là kháng sinh được ưu tiên lựa chọn trong các trường hợp MRSA, tỷ lệ nhạy của Vancomycin trong nghiên cứu là 100%.

Chúng tôi nhận thấy nấm *Candida* nhạy cảm với tất cả các kháng sinh được thử gồm: *fluconazol*, *voriconazol*, *caspofungin*, *miconazole*, *amphotericin B*, *flucytosin*. Điều này mang lại hiệu quả cao trong việc điều trị nấm.

Qua nghiên cứu khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân sơ sinh nhiễm khuẩn huyết chúng tôi thu nhận kết quả sau:

Trẻ giới tính nữ có nguy cơ tử vong cao gấp 3 lần (1,01-8,8). Tác giả Ofran Almosawi cho thấy việc tiếp nhận trẻ sơ sinh do nhiễm trùng đã báo cáo số lượng nam giới nhập viện lớn hơn, nhưng tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh nữ cao hơn nam [12]. Không rõ điều gì đang gây ra nguy cơ tử vong cao hơn cho trẻ sơ sinh nữ. Một giả thuyết cho rằng có những khác biệt về mặt sinh học trong phản ứng với bệnh hiểm nghèo hoặc trong phản ứng với các biện pháp can thiệp. Lý do dẫn đến sự chênh lệch về kết quả giữa nữ và nam vẫn chưa rõ ràng và cần được điều tra sâu hơn ở nhóm này và các nhóm khác. Trẻ đẻ non có nguy cơ tử vong cao gấp 5,63 lần (1,2-26,2). Nghiên cứu của tác giả Dương Quốc Trường cho thấy có mối liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết ($p < 0,05$) [13]. Sở dĩ vì trẻ sơ sinh non tháng hệ miễn dịch còn yếu, các cơ quan chưa thực sự hoàn thiện, nên khi trẻ nhiễm khuẩn huyết nguy cơ tử vong sẽ tăng lên. Trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết rối loạn thân nhiệt có nguy cơ tử vong cao gấp 3,8 lần (1,3-11,5). Tổ chức Y tế Thế giới công nhận chăm sóc nhiệt độ cho trẻ sơ sinh là một thành phần quan trọng và thiết yếu trong chăm sóc trẻ sơ sinh thiết yếu; tuy nhiên, tình trạng hạ thân nhiệt vẫn chưa được ghi chép đầy đủ, chưa được công nhận và quản lý kém [14]. Trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết thở máy, đặt catheter trung tâm có nguy cơ tử vong cao gấp 7,4 lần (2,2-25) và 20,6 lần (4,3-97,3). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Tú trên nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhi TW cho thấy thở máy tuyến trước, thở máy là yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ tử vong cao

gấp 3,2; 27,7 lần [7]. Trẻ cần can thiệp thủ thuật đều có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn các trẻ khác, nhiễm khuẩn bệnh viện với các căn nguyên vi khuẩn đã kháng nhiều kháng sinh là nguyên nhân quan trọng làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao. Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh có triệu chứng lâm sàng đa dạng, cận lâm sàng ít biến đổi và phần lớn là do vi khuẩn Gram (-) gây bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Newborns: improving survival and well-being. Geneva: World Health Organization, 2020.
- [2] Bệnh viện Nhi Trung ương, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trẻ em, 2021.
- [3] Ngô Anh Vinh, Một số đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu ở trẻ em tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; Tạp chí Y học Việt Nam, 526 (2), 2023.
- [4] Wu J, Influence of premature rupture of membranes on neonatal health, 47(6), 2009, p. 452-456.
- [5] Hà Thị Hồng Ân, Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 50, 2022, 210 - 217.
- [6] Thái Bằng Giang, Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng nhiễm nấm ở trẻ sơ sinh và hiệu quả điều trị dự phòng bằng Fluconazole trên trẻ đẻ non; Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2021.
- [7] Nguyễn Thị Ngọc Tú, Trương Thị Mai Hồng, Lê Ngọc Duy & cs, Đánh giá kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh đủ tháng tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2019-2021) và một số yếu tố liên quan; Tạp chí Y học Cộng đồng, 63(2), 2022.
- [8] Nguyễn Hồng Trường, Hoàng Đình Cảnh, Phân tích kết quả một số chỉ số huyết học, miễn dịch ở trẻ sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhi Trung ương 2020; Tạp chí Y học Cộng đồng, 64(5), 2023.

- [9] Hồ Thị Phương Thanh, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức Sơ sinh-Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*, 2021.
- [10] Đinh Văn Thức, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2021; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525 (2), 2023.
- [11] Russell NJ, Patterns of antibiotic use, pathogens, and prediction of mortality in hospitalized neonates and young infants with sepsis: A global neonatal sepsis observational cohort study (NeoOBS); *PloS Medicine*, 20(6), 2023, p. e1004179.
- [12] Almossawi O, A study of sex difference in infant mortality in UK pediatric intensive care admissions over an 11-year period; *Scientific Reports* 11, 11(1), 2021, 21838.
- [13] Dương Quốc Trường, Kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Trung tâm nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 512(1), 2022.
- [14] Kumar V, Neonatal hypothermia in low resource settings: a review; *Journal of Perinatology*, 29(6), 2009, 401-412.



KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT MONKEYPOX PREVENTION AND CONTROL AND SOME RELATED FACTORS OF VIETNAMESE PASSENGERS ENTERING THE COUNTRY AT LAO BAO INTERNATIONAL BORDER GATE, QUANG TRI IN 2023

Nguyen Van Hai^{1*}, Bui Dinh Long², Nguyen Van Tuan³

¹Lao Bao International Border Gate - Lao Bao town, Huong Hoa, Quang Tri, Vietnam

²People's Committee of Nghe An province - No. 3 Truong Thi, Vinh City, Nghe An, Vietnam

³Vinh Medical University, Nghe An - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 16/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe knowledge and attitudes about monkeypox prevention and control and analyze some related factors of Vietnamese passengers entering the country at Lao Bao International Border Gate, Quang Tri in 2023.

Research Method: Cross-sectional descriptive study on 430 Vietnamese passengers entering the country with passports at Lao Bao international border gate, Quang Tri province from January 2023 to August 2023.

Results: The majority of incoming passengers are aged 30-39 years old (34.7%), male (57.4%), Kinh ethnicity (89.8%), and high school education level (58.6%). The rate of passengers entering the country with good knowledge is 83.7%. The proportion of passengers entering the country with a positive attitude is 61.4%. There is a statistically significant relationship between knowledge and age group (OR= 2.128 (1.121- 4.039) p=0.019); Education level (OR= 2.072 (1.126- 3.815) p= 0.017). And there is a statistically significant relationship between attitude and age group (OR=2.06 (1.113- 3.845) p= 0.02); ethnicity (OR=3.51 (1.821- 6.78) p= 0.001); Education level (OR= 2.08 (1.349- 3.207) p= 0.001). The proportion of passengers entering the country with knowledge is 83.7%; Positive attitude accounts for 61.4%.

Conclusion: The study subjects had relatively high knowledge and positive attitudes about monkeypox prevention (83.7% and 61.4%). Some factors related to knowledge and attitudes about preventing and controlling coronary artery disease among respondents are age, education, and ethnicity.

Keywords: Monkeypox, knowledge, attitude, Lao Bao border gate.

*Corresponding author

Email address: nguyenvanhaiks99@gmail.com

Phone number: (+84) 356 458 000

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẬU MÙA KHÍ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HÀNH KHÁCH VIỆT NAM NHẬP CẢNH TẠI CỬA KHẨU QUỐC TẾ LAO BẢO, QUẢNG TRỊ NĂM 2023

Nguyễn Văn Hải^{1*}, Bùi Đình Long², Nguyễn Văn Tuấn³

¹Cửa khẩu quốc tế Lao Bảo tỉnh Quảng Trị - TT. Lao Bảo, Hướng Hóa, Quảng Trị, Việt nam

²Ủy ban nhân dân tỉnh Nghệ An - số 3 Trường Thi, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt nam

³Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh đậu mùa khi và phân tích một số yếu tố liên quan của hành khách Việt Nam nhập cảnh tại Cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 430 hành khách Việt Nam nhập cảnh bằng hộ chiếu tại cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

Kết quả nghiên cứu: Phần lớn hành khách nhập cảnh có độ tuổi 30-39 tuổi chiếm (34,7%), nam giới (57,4%), dân tộc Kinh (89,8%), trình độ học vấn THPT chiếm (58,6%). Tỷ lệ hành khách nhập cảnh có kiến thức tốt là 83,7%. Tỷ lệ hành khách nhập cảnh có thái độ tích cực là 61,4%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với nhóm tuổi (OR= 2,128 (1,121- 4,039) p=0,019); trình độ học vấn (OR= 2,072 (1,126- 3,815) p= 0,017). Và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ với nhóm tuổi (OR=2,06 (1,113-3,845) p= 0,02); dân tộc (OR=3,51 (1,821- 6,78) p= 0,001); trình độ học vấn (OR= 2,08 (1,349- 3,207) p= 0,001). Tỷ lệ hành khách nhập cảnh có kiến thức đạt chiếm 83,7%; thái độ tích cực chiếm 61,4%.

Kết luận: Các hành khách có kiến thức đạt và thái độ tích cực về phòng chống bệnh đậu mùa khi là tương đối cao (83,7% và 61,4%). Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK của ĐTNC là tuổi và học vấn, dân tộc.

Từ khóa: Đậu mùa khi, kiến thức, thái độ, cửa khẩu Lao Bảo.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvanhaiks99@gmail.com

Điện thoại: (+84) 356 458 000

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đậu mùa khỉ (ĐMK) là một căn bệnh lây nhiễm nguy hiểm, lây lan nhanh chóng ảnh hưởng trực tiếp đối với sức khỏe cộng đồng và nền kinh tế toàn cầu. Ngày 23/7/2022, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công bố dịch bệnh này là tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng quốc tế [1]. Việt Nam đã ghi nhận trường hợp mắc bệnh đầu tiên, khả năng xuất hiện dịch bệnh trong thời gian tới hoàn toàn có thể xảy ra khi hoạt động giao thông đi lại giữa các quốc gia đã được nới lỏng tại các cửa khẩu và sân bay. Công tác giám sát y tế tại các cửa khẩu hết sức quan trọng trong việc phát hiện và phòng, chống bệnh ĐMK [2]. Đa số hành khách Việt Nam nhập cảnh tại cửa khẩu Lao Bảo đều đi lao động phổ thông tại các chợ, thôn bản, vùng biên giới. Những đối tượng này thường xuyên tiếp xúc với động vật hoang dã, gia súc, gia cầm không rõ nguồn gốc và mang về Việt Nam để tiêu thụ. Hơn nữa, ngày 19/9/2023, Bộ Y tế Lào ra thông báo số 1045 yêu cầu người dân tập trung theo dõi và phòng chống bệnh ĐMK tại Lào sau khi phát hiện trường hợp bệnh nhân mắc đầu tiên. Tại Việt Nam dịch bệnh vẫn đang chưa bùng phát mạnh nhưng để chủ động phòng bệnh một cách có hiệu quả tại các cửa khẩu, nhằm đánh giá kiến thức, thái độ phòng bệnh ĐMK của hành khách nhập cảnh góp phần nâng cao hiệu quả phòng, chống bệnh ĐMK. Từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK và một số yếu tố liên quan của hành khách Việt Nam nhập cảnh tại Cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị năm 2023”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Hành khách mang quốc tịch Việt Nam nhập cảnh bằng hộ chiếu tại cửa khẩu quốc tế Lao Bảo, Quảng Trị từ 18 tuổi trở lên, có khả năng trả lời phỏng vấn, tình nguyện

tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: n = là số ĐTNC tối thiểu cần cho nghiên cứu; p = 0,5 (giả định 50% ĐTNC có kiến thức, thái độ tốt); d = 0,05 (sai số mong muốn tuyệt đối); Z = 1,96 ứng với độ tin cậy 95% thì z=1,96; α : là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 5\%$;

Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 384. Thực tế khảo sát được 430 hành khách nhập cảnh.

Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện lựa chọn tất cả ĐTNC. Khi đủ số lượng trong thời gian nghiên cứu thì dừng lại.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số về nhân khẩu học: tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, thời gian làm việc tại Lào, nghề nghiệp, phương tiện tiếp cận thông tin.

- Biến số đánh giá kiến thức về bệnh ĐMK: tác nhân, khả năng lây truyền, đường lây, đối tượng, triệu chứng, nghi ngờ, thuốc và vacxin, phòng bệnh, cách phòng chống.

- Biến số đánh giá thái độ về bệnh ĐMK: đeo khẩu trang, vệ sinh rửa tay, khai báo y tế, hạn chế buôn bán động vật, tập luyện thể dục, tăng cường giám sát y tế, cập nhật thông tin, hạn chế đi đến nơi có dịch, nâng cao ý thức, tuân thủ hướng dẫn kiểm dịch viên.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: là bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc được biên soạn sẵn. Bộ câu hỏi có 3 phần: đặc điểm nhân khẩu học, đánh giá kiến thức và đánh giá thái độ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sau khi thu thập số liệu, các phiếu điều tra được kiểm tra lại để đảm bảo tính đầy đủ các thông tin. Các số liệu được nhập Epidata, làm sạch, sau đó được xử lý bằng

phần mềm SPSS 22.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày theo dạng các bảng tần số, tỷ lệ phần trăm và các biểu đồ để mô tả đặc điểm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi đã được thông qua hội đồng Khoa học Đào tạo theo Quyết định số: 1093/QĐ-

ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022. Nghiên cứu tuân thủ quy trình bảo mật thông tin, đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của ĐTNC (n = 430)

Nội dung thông tin	Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	18- 29 tuổi	110	26,5
	30- 39 tuổi	149	34,7
	40- 49 tuổi	111	28,8
	≥ 50 tuổi	60	14,0
Giới tính	Nam	247	57,4
	Nữ	183	42,6
Dân tộc	Kinh	386	89,8
	Vân Kiều, Pa Kô	44	10,2
Trình độ học vấn	Tiểu học	7	1,6
	THCS	26	6,0
	THPT	252	58,6
	Trung cấp trở lên	145	33,7
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp khác	401	93,2
	CB, HS, SV	29	6,8
Thời gian làm việc tại Lào	< 1 năm	86	20,0
	1-2 năm	139	32,3
	2-5 năm	127	29,5
	> 5 năm	78	18,1

Nhóm tuổi của ĐTNC từ 30 - 39 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 34,7%. Tỷ lệ nam là 57,4%; nữ giới là 42,6%. Dân tộc Kinh chiếm 89,8%. Tỷ lệ ĐTNC có trình độ THPT và Trung cấp trở lên chiếm phần lớn (58,6%)

và (33,7%). Nghề nghiệp lao động chân tay chiếm tỷ lệ 76,7% và sinh sống làm việc tại Lào 1-2 năm chiếm 32,3%.



Bảng 2. Phương tiện tiếp cận thông tin về bệnh ĐMK của ĐTNC (n = 430)

Phương tiện tiếp cận thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tivi, báo chí	109	25,3
Máy tính kết nối internet	70	16,3
Điện thoại (smart phone)	395	91,9
Nhân viên y tế	16	3,7
Không biết/ Không trả lời	2	0,5

Phương tiện tiếp cận thông tin về bệnh ĐMK được sử dụng chủ yếu là điện thoại (smart phone) chiếm tỷ lệ 91,9%. Ngoài ra, phương tiện truyền thông tivi, báo chí chiếm 25,3%; máy tính kết nối internet chiếm 16,3%.

Bảng 3. Bảng đánh giá kiến thức và thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK của ĐTNC (n= 430)

Đánh giá		Tần số	Tỷ lệ %
Kiến thức	Đạt	360	83,7
	Không Đạt	70	16,3
Thái độ	Tốt	264	61,4
	Chưa tốt	166	38,6

Về kiến thức ĐMK có 83,7% đối tượng có kiến thức đạt và 61,4% đối tượng có thái độ tốt về phòng chống bệnh ĐMK.

Bảng 4. Liên quan giữa thông tin chung và kiến thức của ĐTNC phòng, chống bệnh ĐMK (n = 430)

Biến độc lập		Kiến thức		Chưa đạt		OR (95% CI)	P
		Đạt		n	%		
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	316	85,4	54	14,6	2,128 (1,121-4,039)	0,019*
	≥ 50 tuổi	44	77,3	16	26,7		
Giới tính	Nam	211	85,4	36	14,6	1,337 (0,800-2,335)	0,26
	Nữ	149	81,4	34	18,6		
Dân tộc	Kinh	322	83,4	64	16,6	0,794 (0,332-1,957)	0,61
	Vân Kiều, Pa Kô	38	86,4	6	13,6		
Trình độ học vấn	> THPT	130	89,7	15	10,3	2,072 (1,126-3,815)	0,017*
	≤ THPT	230	80,7	55	19,3		
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp khác	332	82,8	69	17,2	5,819 (0,779-43,494)	0,053
	CB,HS,SV	28	96,6	1	3,4		
Thời gian ở Lào	≥ 1 năm	290	84,3	70	16,3	1,228 (0,663-2,273)	0,51
	< 1 năm	70	81,4	16	18,6		

(*: Kiểm định Chi-Square)

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi với kiến thức về phòng chống bệnh ĐMK của ĐTNC: nhóm < 50 tuổi có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 2,128 lần so với nhóm tuổi ≥ 50 tuổi (95% CI = 1,121 - 4,039). Sự khác biệt này có ý

nghĩa thống với p= 0,019. Nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở lên có kiến thức đạt cao hơn 2,072 lần so với nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở xuống (95% CI = 1,126 – 3,815). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,017.

Bảng 5. Mối liên quan giữa phương tiện tiếp cận thông tin và kiến thức của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK (n = 430)

Biến độc lập		Kiến thức	Đạt		Chưa đạt		OR (95% CI)	P
			n	%	n	%		
Tivi, báo chí	Có		89	81,7	20	18,3	0,821 (0,464-1,545)	0,49
	Không		271	84,4	50	15,6		
Máy tính kết nối internet	Có		56	80,0	14	20,0	0,737 (0,384-1,413)	0,35
	Không		304	84,4	56	15,6		
Điện thoại (smart phone)	Có		330	83,5	65	16,5	0,864 (0,316-2,262)	0,73
	Không		30	85,7	5	14,3		
Nhân viên y tế	Có		13	81,3	3	18,8	0,837 (0,232-2,016)	0,78
	Không		347	83,8	67	16,2		

Nghiên cứu của tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương tiện tiếp cận thông tin với kiến thức của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK (p>0,05).

Bảng 6. Liên quan giữa thông tin chung và thái độ của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK (n = 430)

Biến độc lập		Thái độ	Tốt		Chưa tốt		OR (95% CI)	P
			n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 50 tuổi		219	59,2	151	40,8	2,068 (1,113-3,845)	0,02*
	≥ 50 tuổi		45	75,0	15	25,0		
Giới tính	Nam		147	59,5	100	40,5	0,829 (0,559-1,230)	0,35
	Nữ		117	63,9	66	36,1		
Dân tộc	Kinh		249	64,5	137	35,5	3,514 (1,821-6,780)	<0,001*
	Vân Kiều, Pa Kô		15	34,1	29	65,9		
Trình độ học vấn	> THPT		105	72,4	40	27,6	2,08 (1,349-3,207)	0,001
	≤ THPT		159	55,8	126	44,2		
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp khác		244	60,8	157	39,2	1,430 (0,635-3,220)	0,38
	CB,HS,SV		20	69	9	31		
Thời gian ở Lào	≥ 1 năm		208	60,5	136	39,5	1,221 (0,745-1,999)	0,42
	< 1 năm		56	65,1	30	34,9		



(*: Kiểm định Chi-Square)

Có mối liên quan giữa thông tin chung của ĐTNC với thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK: ĐTNC với có độ tuổi < 50 tuổi có thái độ tốt cao gấp 2,068 lần so với ĐTNC ≥ 50 tuổi (95% CI = 1,113- 3,845). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,02. Nhóm ĐTNC là

dân tộc Kinh có thái độ tốt cao gấp 3,514 lần so với nhóm dân tộc Vân Kiều, Pa Kô (95% CI =1,821-6,780). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở lên có thái độ tốt cao gấp 2,08 lần so với nhóm có trình độ học vấn THPT trở xuống. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

Bảng 7. Liên quan giữa phương tiện tiếp cận thông tin và thái độ của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK (n = 430)

Biến độc lập		Thái độ	Tốt		Chưa tốt		OR (95% CI)	P
			n	%	n	%		
Tivi, báo chí	Có		83	76,1	26	23,9	2,469 (1,509-4,041)	<0,001*
	Không		181	56,4	140	43,6		
Máy tính kết nối internet	Có		51	72,9	19	27,1	1,852 (1,051-3,266)	0,03*
	Không		213	59,2	147	40,8		
Điện thoại (smart phone)	Có		247	62,5	148	37,5	1,767 (0,883-3,535)	0,1
	Không		17	48,6	18	51,4		
Nhân viên y tế	Có		9	56,3	7	43,8	0,802 (0,293-2,195)	0,66
	Không		255	61,6	159	38,4		

(*: Kiểm định Chi-Square)

ĐTNC tiếp cận thông tin về bệnh thông qua tivi, báo chí có thái độ tốt cao gấp 2,469 lần có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 so với nhóm ĐTNC còn lại (95% CI =1,509 - 4,041). Nhóm ĐTNC tiếp cận thông tin về bệnh qua máy tính kết nối Internet có thái độ tốt cao gấp 1,852 lần có ý nghĩa thống kê với p = 0,03 so với nhóm ĐTNC không sử dụng máy tính kết nối Internet (95% CI =1,051-3,266).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK của ĐTNC

4.1.1. Kiến thức của ĐTNC về bệnh ĐMK

Khảo sát kiến thức thì tỷ lệ lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với động vật nhiễm bệnh (77,9%); lây truyền tiếp xúc trực tiếp với người bệnh (86,5%). Kết quả này cao hơn so với các nhà nghiên cứu của Bangladesh năm 2022 có tỷ lệ lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với động

vật nhiễm bệnh (55,6%); lây truyền tiếp xúc trực tiếp với người bệnh (72%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các ĐTNC đều biết triệu chứng của bệnh ĐMK là sốt (89,1%), đau cơ, lưng, nhức mỏi cơ thể (65,6%), trong khi đó chỉ có 28,8% ĐTNC biết về triệu chứng phát ban xuất hiện trên các bộ phận cơ thể. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Matteo Riccò và cộng sự tại Italia (2022), các triệu chứng lâm sàng chính của bệnh ĐMK là sốt (93,5%), đau cơ, nhức mỏi cơ thể (74,1%) và phát ban ở các bộ phận cơ thể (82%) [4].

Có 83,7% ĐTNC có kiến thức đạt về bệnh ĐMK (Bảng 3.3). Kết quả nghiên cứu này cao hơn của nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh (Thành phố Hồ Chí Minh) có 56,1% bệnh nhân khám ngoại trú có kiến thức tốt về ĐMK [5], nghiên cứu của Najim Z. Alshahrani, Faris Alzahrani tại Ả Rập Xê Út, đối tượng có kiến thức đạt chỉ chiếm khoảng 52% [6].

4.1.2. Thái độ của ĐTNC về phòng chống bệnh ĐMK

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thái độ tốt về các biện

pháp phòng chống ĐMK đạt (61,4%): ĐTNC biết đeo khẩu trang, che miệng và mũi khi ho, hắt hơi (96,7%) tiếp theo thường xuyên rửa tay xà phòng, dung dịch sát khuẩn (95,6%). Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ đeo khẩu trang và che mũi, miệng khi ho của học sinh tại nghiên cứu ở Jordan là (54,68%) [7]. Lý giải này có thể là do áp lực từ chính phủ Việt Nam quy định khuyến cáo mức cao đối với việc đeo khẩu trang, đặc biệt kết quả của việc bắt buộc đeo khẩu trang trong đại dịch Covid-19 còn ảnh hưởng ít nhiều đến ý thức của người dân. Ngoài ra, sự khác biệt có thể là do các yếu tố như khu vực nghiên cứu khác nhau và thời gian nghiên cứu khác nhau. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy ngoài việc nâng cao nhận thức của cộng đồng để khuyến khích mọi người có thái độ và thực hành đúng, việc đưa ra các chế tài và quy định cũng rất quan trọng để đảm bảo các thực hành tốt được thực hiện và duy trì theo thời gian [8].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK của ĐTNC

4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi với kiến thức về phòng, chống bệnh ĐMK: nhóm ĐTNC <50 tuổi có kiến thức về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 2,128 lần so với nhóm ĐTNC ≥ 50 tuổi (95% CI = 1,12 – 4,039; p=0,019). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Najim Z. Alshahrani, Faris Alzahrani tại Ả Rập Xê Út (2022): nhóm ĐTNC có tuổi <50 có kiến thức về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 3,6 lần so với nhóm còn lại [6]. Có thể thấy rằng những ĐTNC <50 tuổi có kỹ năng và môi trường tìm hiểu thông tin tốt hơn nhóm ĐTNC ≥ 50 tuổi. Vì vậy cần chú trọng tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao hiểu biết cơ bản, toàn diện trên mọi đối tượng trong cộng đồng về bệnh tật nói chung và bệnh ĐMK nói riêng để nâng cao khả năng phòng, chống bệnh ĐMK.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức về phòng, chống bệnh ĐMK: nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở lên có kiến thức về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 2,072 lần so với nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở xuống (95% CI = 1,126 - 3,815;

p=0,017). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự tại Thành phố Hồ Chí Minh: nhóm có trình độ học vấn THPT trở lên có kiến thức về phòng chống bệnh ĐMK cao gấp 1,9 lần so với nhóm có trình độ học vấn THPT trở xuống [5]. Theo các kết quả nghiên cứu, ĐTNC có trình độ học vấn càng cao thì có điểm kiến thức cao hơn đáng kể về bệnh ĐMK, trình độ học vấn càng cao thì mức độ nhận thức, hiểu biết càng tốt.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của ĐTNC về phòng, chống bệnh ĐMK

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi với thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK: nhóm ĐTNC <50 tuổi có thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 2,068 lần so với nhóm ĐTNC ≥ 50 tuổi (95% CI = 1,113 – 3,845; p=0,02). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Najim Z. Alshahrani, Faris Alzahrani tại Ả Rập Xê Út (2022) nhóm ĐTNC <50 tuổi có thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 1,74 lần so với nhóm còn lại [6]. Hiện nay nhu cầu quan tâm đến sức khỏe và chú ý đến các bệnh lây nhiễm ở cộng đồng được coi trọng hơn ở mọi lứa tuổi. Khi có thái độ tích cực về phòng chống các bệnh lây nhiễm giúp cho hệ thống y tế cũng như triển khai công tác phòng chống bệnh diễn ra thuận tiện và hạn chế nguy cơ bùng dịch.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dân tộc với thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK: nhóm ĐTNC là dân tộc Kinh có thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 3,514 lần so với nhóm ĐTNC là dân tộc Vân Kiều, Pa Kô (95% CI = 1,821 – 6,780; p<0,001). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Phương Uyên và cộng sự tại Đắk Lắk năm 2022: nhóm ĐTNC là dân tộc Kinh có thái độ tốt về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 2,37 lần so với nhóm còn lại. Điều này phù hợp với đặc điểm sống và sinh hoạt của 2 nhóm người này, nhóm người dân tộc Vân Kiều và Pa Kô thường định cư ở miền núi, trình độ dân trí còn thấp, điều kiện kinh tế khó khăn và do ngôn ngữ khác biệt nên có sự hạn chế nhất định trong việc tiếp xúc với các kênh thông tin truyền thông. Dẫn đến việc tiếp thu kiến thức cũng như thái độ chưa tốt trong phòng, chống bệnh ĐMK.



Nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở lên có thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK cao gấp 2,08 lần so với nhóm ĐTNC có trình độ học vấn THPT trở xuống (95% CI = 1,349 - 3,207; p=0,001). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh (Thành phố Hồ Chí Minh): nhóm có trình độ học vấn THPT trở lên có thái độ về phòng chống bệnh ĐMK cao gấp 1,45 lần so với nhóm có trình độ học vấn THPT trở xuống [5]. Theo các kết quả nghiên cứu, ĐTNC có trình độ học vấn càng cao thì có thái độ tích cực về bệnh ĐMK, trình độ học vấn càng cao thì mức độ nhận thức, hiểu biết kiến thức càng tốt đồng nghĩa với thái độ phòng bệnh càng tốt. Dẫn đến việc thực hiện các biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tránh nguy cơ lây nhiễm cho bản thân.

5. KẾT LUẬN

Các ĐTNC có kiến thức đạt và thái độ tích cực về phòng chống bệnh ĐMK là tương đối cao (83,7% và 61,4%). Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về phòng, chống bệnh ĐMK của ĐTNC là tuổi và học vấn, dân tộc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế, Thông tin về bệnh ĐMK. [https://vncdc.gov.vn/thong tin](https://vncdc.gov.vn/thong-tin); truy cập ngày 23/08/2022.
- [2] Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế, Công văn số 551/DP-DT về việc Tăng cường giám sát, phòng chống bệnh ĐMK, Hà Nội, ngày 25/05/2022.
- [3] Đặng Thị Phương Duyên, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Kiến thức và thực hành phòng, chống bệnh ĐMK của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Đắk Lắk năm 2022; Tạp chí Y học Việt Nam, 524(1A), 2023.
- [4] Matteo Riccò, When a neglected tropical disease goes global: Knowledge, attitudes and practices of Italian physicians towards monkeypox, preliminary results. *Tropical medicine and infectious disease*, 7(7), 2022, 135.
- [5] Huỳnh Giao, Võ Ý Lan, Kiến thức về bệnh ĐMK của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành Phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học Việt Nam, 520 (1B), 2022.
- [6] Najim ZA, Faris A, Assessment of knowledge of monkeypox viral infection among the general population in Saudi Arabia; *Pathogens*, 11(8), 2022, 904.
- [7] Malik S, Knowledge of human monkeypox and its relation to conspiracy beliefs among students in Jordanian health schools: filling the knowledge gap on emerging zoonotic viruses; *Medicina*, 58(7), 2022, 924.
- [8] UBND thành phố Hà Nội, Văn bản số 925/STP-PBGDPL của Sở Tư pháp Hà Nội về việc ban hành chế tài xử lý vi phạm hành chính về phòng chống các bệnh truyền nhiễm nhóm A; Ngày 04/4/2020.

CURRENT STATUS OF INTRAOCULAR PRESSURE INDEX AND SOME RELATED FACTORS IN PEOPLE OVER 40 YEARS OLD IN NGHIA DAN DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2023

Nguyen Huu Le^{1*}, Luong Van The², Nguyen Canh Phu³

¹*Nghe An Department of Health - 18 Truong Thi, Vinh City, Nghe An, Vietnam*

²*Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh City, Nghe An, Vietnam*

³*Nghia Dan Medical Center - Tan Minh Block, Nghia Dan Town, Nghia Dan, Nghe An, Vietnam*

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of intraocular pressure index and some related factors in people aged 40 years and older in Nghia Dan district, Nghe An province in 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study designed on 1430 subjects from January to September 2023.

Results: Ages 40-59 account for 62%; women 54.3%; Concomitant disease is hypertension 34.0%; diabetes 8.2%; Prolonged use of systemic corticosteroids was 31.9%. The average glaucoma was 14.36 mmHg. The rate of glaucoma is 3.9%. Some factors are statistically significantly related ($p < 0.05$) to glaucoma status. The age group from 40 - 59 has a risk 0.48 times lower than age ≥ 60 (OR = 0.480; 95%CI: 0.281 - 0.823). The risk of glaucoma in people with underlying diseases is hypertension 11,123 times (OR=11,123; 95%CI: 5,403-22,898). Diabetes 24,737 times (OR=24,737; 95%CI: 24,737-88,096). Family members have a history of glaucoma 6,555 times (OR=6,555; 95%CI: 3,002-14,313). Myopia 6,952 times (OR=6,952; 95%CI: 3,936-12,277). Long-term use of corticosteroid drugs was 10,816 times (OR=10,816; 95%CI: 5,406-21,640).

Conclusion: The rate of glaucoma in Nghia Dan district is equivalent to the national average rate. Some related factors include age group, hypertension, diabetes, family history of Glaucoma, nearsightedness, and prolonged use of systemic corticosteroids.

Keywords: Glaucoma; intraocular pressure index; Nghia Dan.

*Corresponding author

Email address: Lebvma@gmail.com

Phone number: (+84) 904 171 661

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG CHỈ SỐ NHÃN ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI HUYỆN NGHĨA ĐÀN, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023

Nguyễn Hữu Lê^{1*}, Lương Văn Thế², Nguyễn Cảnh Phú³

¹Sở Y tế Nghệ An - 18 Trường Thi, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

³Trung tâm Y tế Nghĩa Đàn - Khố Tân Minh, thị trấn Nghĩa Đàn, Nghĩa Đàn, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng chỉ số nhãn áp và một số yếu tố liên quan ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1430 đối tượng tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Lứa tuổi từ 40-59 chiếm 62%; nữ giới 54,3%; Có bệnh kèm theo là tăng huyết áp 34,0%; đái tháo đường 8,2%; dùng thuốc corticoid toàn thân kéo dài 31,9%. Nhãn áp trung bình là 14,36 mmHg. Tỷ lệ tăng nhãn áp (TNA) 3,9%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) đến tình trạng TNA. Nhóm tuổi từ 40 – 59 có nguy cơ thấp hơn 0,48 lần so với tuổi ≥ 60 (OR=0,480; 95%CI: 0,281 – 0,823). Nguy cơ TNA ở người có bệnh nền kèm theo là tăng huyết áp 11,123 lần (OR=11,123; 95%CI: 5,403-22,898), đái tháo đường 24,737 lần (OR=24,737; 95%CI: 24,737-88,096), người trong gia đình có tiền sử mắc TNA 6,555 lần (OR=6,555; 95%CI: 3,002-14,313), cận thị 6,952 lần (OR=6,952; 95%CI: 3,936-12,277), dùng thuốc có corticoid kéo dài 10,816 lần (OR=10,816; 95%CI: 5,406-21,640).

Kết luận: Tỷ lệ tăng nhãn áp tại huyện Nghĩa Đàn tương đương tỷ lệ trung bình cả nước. Một số yếu tố liên quan như nhóm tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử gia đình có bị TNA, cận thị, dùng thuốc có corticoid toàn thân kéo dài.

Từ khoá: Tăng nhãn áp; chỉ số nhãn áp; Nghĩa Đàn.

*Tác giả liên hệ

Email: Lebvma@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 171 661

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhãn áp là một yếu tố sinh lý rất quan trọng trong việc duy trì cấu trúc và chức năng của nhãn cầu. Đó là một hằng số cơ bản đối với cả mắt lành và mắt bệnh. Nhãn áp không chỉ là một trong những tham số cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh Glucom mà còn có vai trò quan trọng trong quá trình theo dõi điều trị, hậu phẫu các bệnh về giác mạc, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc... [1]. Bệnh tăng nhãn áp (TNA) hay Glucom là một tình trạng mắt nghiêm trọng nó làm hỏng dây thần kinh thị giác, một trong những nguyên nhân chủ yếu gây mù lòa trên toàn Thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2020, thế giới có khoảng 4,5 triệu người bị mù do bệnh lý TNA, mù hai mắt do Glucom khoảng 11,2 triệu người. Bệnh nguy hiểm ở chỗ không có dấu hiệu cảnh báo sớm và chỉ có thể được phát hiện khi khám mắt toàn diện. Bệnh cũng rất phức tạp với những cơ chế bệnh sinh và phương pháp điều trị khác nhau. Một khi được phát hiện bệnh thì việc chăm sóc có hiệu quả vẫn còn nhiều điều nan giải đối với từng cá nhân người bệnh và gia đình của họ. Chính vì vậy việc phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm góp phần rất quan trọng trong công tác phòng chống mù lòa, bảo tồn chức năng thị giác cho người bệnh. Để đánh giá được tình hình bệnh TNA và xây dựng chiến lược phòng chống mù lòa do TNA, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng chỉ số nhãn áp và phân tích một số yếu tố liên quan ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại xã Nghĩa Hội huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An. từ tháng 01/2023 đến tháng 9/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người từ 40 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại huyện Nghĩa Đàn; không có chống chỉ định đo nhãn áp; không mắc các bệnh lý về giác mạc; đủ sức khỏe để có thể hợp

tác tốt và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) không còn nhãn cầu cả 2 mắt; mất giả 2 mắt; có bệnh về mắt nặng như: teo nhãn cầu, bong võng mạc và mới trải qua phẫu thuật nội nhãn, tiền sử phẫu thuật trên giác mạc (gồm cả phẫu thuật lasik) bị loại khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó: n = là số ĐTNC tối thiểu cần cho nghiên cứu; p = 0,035 theo nghiên cứu của Yih Chung Tham và cộng sự [2]; d = 0,01 (sai số mong muốn tuyệt đối); Z = 1,96 ứng với độ tin cậy 95% thì z = 1,96; α : là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 5\%$; Cỡ mẫu tối thiểu được tính là: n = 1297. Thực tế nghiên cứu tiến hành trên 1430 ĐTNC.

Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và ngẫu nhiên hệ thống.

- Bước 1. Chọn xã nghiên cứu bằng cách bắt thăm ngẫu nhiên chọn 1 xã trong tổng số 23 xã của huyện Nghĩa Đàn. Kết quả bắt thăm chọn được xã Nghĩa Hội.

- Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu.

+ Lập danh sách tất cả người từ 40 tuổi trở lên của toàn xã từ số liệu quản lý về hộ tịch, hộ khẩu của tư pháp tổng số có 7252 người.

+ Tính khoảng cách mẫu (k) được tính theo công thức: $k = N/n = 7252/1430 = 5$

Trong đó: N: là khung mẫu quần thể nghiên cứu; n: là cỡ mẫu cần nghiên cứu. Chọn số ngẫu nhiên đầu tiên < k (theo bảng số ngẫu nhiên) sau đó tìm số sau = số ngẫu nhiên đã được chọn + k. Lấy đủ 1430 đối tượng nghiên cứu dừng lại và lập danh sách, thông báo và tiến hành điều tra.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số thông tin chung của ĐTNC: Tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật, bệnh lý toàn thân, bệnh lý mắt, tiền sử gia đình.



- Biến số liên quan với tình trạng TNA theo tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng bệnh tật, tiền sử gia đình, tình trạng dùng thuốc corticoid toàn thân kéo dài, bệnh về mắt.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Phòng vấn: Sử dụng bộ câu hỏi trong mẫu phiếu được thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp ĐTNC về thông tin chung.

- Khám, xét nghiệm: đo thị lực, đo huyết áp, test đường huyết, khám mắt.

- Đo nhãn áp: Sử dụng máy đo nhãn áp Icare IC200 sản xuất năm 2021 do hãng Icare xuất xứ Phần Lan. Bấm nút đo 6 lần liên tiếp hoặc giữ 3s, máy sẽ tự động thực hiện 6 lần đo, bỏ giá trị cao nhất và thấp nhất, hiển thị kết quả nhãn áp trung bình.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phương

pháp thống kê trong y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ % với các biến định tính, tính giá trị trung bình với các biến định lượng. Kiểm định các tỷ lệ bằng test Khi bình phương. Kiểm định mối tương quan với OR và 95%CI.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua hội đồng phê duyệt đề tài cấp cơ sở theo Quyết định số: 1093/QĐ-ĐHYKV-SĐH ngày 22/11/2022 và sự đồng ý của Phòng Y tế, Trung tâm Y tế huyện Nghĩa Đàn. Đối tượng đã được giải thích rõ về mục đích, nội dung và quyền lợi và đồng ý tham gia nghiên cứu. Những thông tin cá nhân về ĐTNC được bảo mật. Các số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu được mã hóa và được nghiên cứu viên sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=1430)

Đặc điểm nhân khẩu học		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	Từ 40 – 59 tuổi	886	62,0
	≥ 60 tuổi	544	38,0
Giới tính	Nam	653	45,7
	Nữ	777	54,3
Dân tộc	Kinh	1172	82,0
	Thái	151	10,6
	Thỏ	73	5,1
	Khác	34	2,4
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp tiểu học	87	6,1
	Tốt nghiệp THCS	275	19,2
	Tốt nghiệp THPT trở lên	1068	74,7
Nghề nghiệp	Nông dân	855	59,8
	Công nhân	286	20,0
	Kinh doanh buôn bán	143	10,0
	Công chức, viên chức	73	5,1
	Khác	73	5,1

Đa số ĐTNC từ 40-59 tuổi (62,0%). ĐTNC là nữ giới (54,3%) cao hơn so với nam giới (45,7%); dân tộc Kinh chiếm đa số (82,0%). ĐTNC có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm lớn nhất (74,7%). Nghề nghiệp ĐTNC đa số là nông dân 59,8%.

Bảng 2. Phân bố theo thực trạng bệnh tật kèm theo của đối tượng nghiên cứu (n = 1430)

Thực trạng bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	486	34,0
Đái tháo đường	117	8,2
Goutte	36	2,5
Gia đình có người mắc TNA	48	3,4
Cận thị	139	9,7
Mô thay thủy tinh thể	54	3,7
Dùng thuốc Corticoid toàn thân kéo dài	456	31,9

Bệnh kèm theo là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 34,0%, sau đó là đái tháo đường (8,2%). ĐTNC có dùng thuốc Corticoid toàn thân kéo dài chiếm 31,9%.

Bảng 3. Thực trạng nhãn áp của đối tượng nghiên cứu (n =1430)

Đặc điểm chỉ số nhãn áp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TNA	56	3,9
Nhãn áp bình thường	1374	96,1
Nhãn áp trung bình	Mean: 14,36 mmHg (Min - Max: 10 mmHg - 31 mmHg)	

Tỷ lệ TNA chiếm 3,9%. Chỉ số nhãn áp trung bình là 14,36 mmHg (cao nhất là 31 mmHg, thấp nhất là 10 mmHg).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với tình trạng TNA (n=1430)

Yếu tố		TNA		Không TNA		OR 95%CI	P
		n	%	n	%		
Tuổi	40 – 59	25	44,6	861	62,7	0,480 0,281 - 0,823	0,006
	≥ 60	31	55,4	513	37,3		
Giới tính	Nam	626	45,6	27	48,2	1,112 0,652 - 1,899	0,696
	Nữ	748	54,4	29	51,8		
Dân tộc	Kinh	48	85,7	1124	81,8	1,335 0,624-2,856	0,456
	Khác	8	14,3	250	18,2		
Nghề nghiệp	Công, viên chức	70	5,1	3	5,4	1,054 0,322-3,458	0,930
	Khác	1304	94,9	53	94,6		



Nhóm tuổi từ 40 - 59 có nguy cơ TNA thấp hơn 0,48 lần so với nhóm tuổi ≥ 60 với $p < 0,05$ (OR=0,480; 95%CI: 0,281 - 0,823 $p=0,006$). Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, dân tộc, nghề nghiệp với TNA.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh tật của ĐTNC với TNA (n =1430)

Biến số		TNA		Không TNA		95%CI	p
		n	%	n	%		
Tăng huyết áp	Có	47	83,9	439	32,0	11,123 5,403-22,898	0,0001
	Không	9	16,1	935	68,0		
Đái tháo đường	Có	41	73,2	76	5,5	24,737 24,737-88,096	0,0001
	Không	15	26,8	1298	94,5		
Tiền sử gia đình có TNA	Có	9	16,1	39	2,8	6,555 3,002-14,313	0,0001
	Không	47	83,9	1335	97,2		
Cận thị	Có	22	39,3	117	8,5	6,952 3,936-12,277	0,0001
	Không	34	60,7	1257	91,5		
Dùng thuốc có Corticoid toàn thân kéo dài	Có	46	82,1	410	29,8	10,816 (5,406-21,640)	0,0001
	Không	10	17,9	964	70,2		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ giữa yếu tố bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, gia đình có bị TNA, cận thị, dùng thuốc có corticoid toàn thân kéo dài với TNA. Cụ thể: đối tượng có bệnh tăng huyết có nguy cơ mắc TNA cao gấp 11,123 lần so với đối tượng không bị tăng huyết áp (OR=11,123; 95%CI: 5,403 - 22,898). Đối tượng mắc đái tháo đường có nguy cơ TNA cao gấp 24,737 lần so với đối tượng không bị đái tháo đường (OR=24,737; 95%CI: 24,737-88,096). Đối tượng trong gia đình có người có tiền sử mắc TNA có nguy cơ mắc TNA cao gấp 6,555 lần so với đối tượng trong gia đình không có tiền sử mắc glocom (OR=6,555; 95%CI: 3,002-14,313). Đối tượng mắc tật cận thị có nguy cơ mắc TNA cao gấp 6,952 lần so với đối tượng không mắc tật cận thị (OR=6,952; 95%CI: 3,936-12,277). Đối tượng dùng thuốc toàn thân có corticoid kéo dài có nguy cơ mắc TNA cao gấp 10,816 lần so với đối tượng không dùng thuốc

chứa corticoid (OR=10,816; 95%CI: 5,406-21,640).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ TNA trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,9%. Kết quả này cao hơn hoặc tương đương với các nghiên cứu gần đây hơn với kết quả tương tự như nghiên cứu tỷ lệ toàn cầu của bệnh TNA đối với dân số trong độ tuổi 40-80 là 3,54% (95% CI: 2,09-5,82) [2]. Nghiên cứu của Ramakrishnan và cộng sự tại Ấn Độ, tỷ lệ phổ biến của bệnh TNA là 2,6% [3]. Tuy nhiên, kết quả lại thấp hơn so với nghiên cứu của Kyari F và cộng sự về sự phổ biến và tỷ lệ tăng áp ở Nigeria, nghiên cứu trên 13.591 người kết quả cho thấy có 682 người mắc TNA chiếm tỷ lệ 5,02% (KTC 95%: 4,60 - 6,47). Nigeria là nước có tỷ lệ TNA tương đối cao, phần lớn là bệnh TNA góc mở [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: có mối liên quan

giữa tiền sử bệnh TNA và TNA. Đối tượng có tiền sử gia đình bị TNA có TNA cao gấp 6,555 lần so với đối tượng không có tiền sử gia đình bị TNA (OR=6,555; 95%CI: 3,002-14,313). Các nghiên cứu về di truyền đã chỉ ra rằng hơn 50% bệnh TNA có tính chất gia đình. Nó có tính di truyền rất mạnh, đặc biệt là giữa các anh chị em ruột. Tỷ lệ TNA có thể cao hơn 10 lần ở những người có anh chị em mắc bệnh TNA. Có khả năng ít nhất 15% bệnh nhân TNA có ít nhất một anh chị em mắc bệnh TNA và người đó có thể hoàn toàn không biết về căn bệnh này [5]. Những người có họ hàng cấp độ một bị bệnh TNA Glaucom có 25% rủi ro phát triển bệnh TNA trong cuộc đời của họ. Nguy cơ tăng lên 56% nếu người thân bị bệnh TNA tiến triển.

Phân bố chỉ số nhãn áp theo nhóm tuổi thì nhóm trên 60 tuổi có chỉ số nhãn áp trung bình (14,5 mmHg) cao hơn so với nhóm tuổi từ 40-59 (14,27 mmHg) và nhóm tuổi từ 60 tuổi có TNA (55,4%) cao hơn so với nhóm từ 40-59 tuổi (44,6%) Theo nghiên cứu của Guilherme Guedes, nhãn áp trung bình tăng dần theo tuổi cho đến 60 tuổi. Nghiên cứu ở nhóm từ 40 tuổi trở lên so với nhóm dưới 40 tuổi, sự gia tăng không có ý nghĩa cho đến 40 tuổi nhưng có ý nghĩa cao ($P < 0,001$) ở các nhóm tuổi 41-50 và 51-60 tuổi. Dữ liệu cho thấy sự giảm không đáng kể ở nhóm tuổi 61-70 nhưng tăng ở nhóm trên 70 tuổi. Khi tuổi càng cao, nhãn áp cũng tăng lên trung bình là 0,28mmHg trong 10 năm [6].

Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả: Có 31,9% đối tượng có dùng thuốc toàn thân chứa Corticoid kéo dài. Có mối tương quan giữa việc dùng thuốc toàn thân chứa corticoid kéo dài với TNA. Đối tượng dùng thuốc chứa corticoid kéo dài có TNA cao gấp 10,816 lần so với đối tượng không dùng thuốc chứa corticoid kéo dài (OR=10,816, 95%CI: 5,406-21,640). Nhiều nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự [3], [7].

Trong 1430 ĐTNC thì tần suất xuất hiện của bệnh nền trong đó chiếm cao nhất là tăng huyết áp (34%), sau đó là đái tháo đường (8,2%), thấp nhất là bệnh Goute (2,5%). Có mối tương quan giữa bệnh đái tháo đường với TNA. Đối tượng có đái tháo đường có TNA cao gấp 24,737 lần so với đối tượng không bị đái tháo đường (OR=24,737; 95%CI: 24,737-88,096). Có mối

liên quan giữa bệnh tăng huyết áp và TNA. Đối tượng có tăng huyết áp có TNA cao gấp 11,123 lần so với đối tượng không bị tăng huyết áp (OR=11,123; 95%CI: 5,403-22,898) số nghiên cứu đã chứng minh rằng cả huyết áp cao và thấp đều có liên quan đến việc tăng nguy cơ TNA góc mở nguyên phát. Tăng huyết áp có liên quan đến áp lực nội nhãn tăng cao, dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh TNA.

Có mối liên quan giữa tình trạng cận thị của đối tượng và TNA, đối tượng bị cận thị mắt có TNA cao gấp 6,952 lần so với đối tượng không bị cận thị mắt (OR=6,952, 95%CI: 3,936-12,277). Cận thị là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực trên thế giới. Hiện nay trên thế giới có khoảng 1,6 tỷ người mắc cận thị, ước tính sẽ tăng lên khoảng 2,5 tỷ người vào năm 2020. Ước tính đến năm 2050 sẽ có 4758 triệu người bị cận thị (49,8% dân số thế giới) và 938 triệu người cận thị cao (9,8% dân số thế giới). Tỷ lệ cận thị ở thanh niên tại khu vực Đông Á năm 2016 chiếm tới 80 - 90%. [7]

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TNA của người dân huyện Nghĩa Đàn là 3,9%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng TNA như nhóm tuổi, bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử gia đình có bị Glaucom, cận thị, dùng thuốc có corticoid toàn thân kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Birchall W, A comparative study of proxymetacaine- fluorescein and lignocaine-fluorescein use during applanation tonometry, 85, 2001, 477- 479.
- [2] Tham YC, Li X, Wong TY et al., Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*, 121(11), 2014, 2081- 90.
- [3] Ramakrishnan R, Krishnadas R, Thulasiraj RD et al., Glaucoma in a rural population of southern

- India: the Aravind comprehensive eye survey. *Ophthalmology*, 110(8), 2003, 1484-1490.
- [4] Kyari F, Rabiou M, Spry P et al., Nigeria National Blindness and Visual Impairment Study Group. A Population-based survey of the prevalence and types of glaucoma in Nigeria, *BMC Ophthalmol*, 15, 2015, 176.
- [5] Phạm Thị Vân, Chu Thị Mỹ Linh, Khảo sát trị số nhãn áp đo bằng nhãn áp kế Icare của người bệnh từ 18 tuổi trở lên đến khám tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2021, 1, 2021, 29-32.
- [6] Guedes GTJ, Loewen NA, Glaucoma and aging; *Curr Aging Sci*; 4(2), 2011, 110-117.
- [7] Grodum KHA, Bengtsson B, Refractive error and glaucoma; *Acta Ophthalmol Scand*, 79(6), 2001, 560-566.

CURRENT STATUS OF HEPATITIS B VACCINATION IN THE 24 HOURS AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT OF NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Tran Thi Kieu Anh*, Bui Thi Thanh Hoa

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objectives: (1) Describe the current situation of Hepatitis B vaccin in the first 24 hours after birth at the obstetrics department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2022; (2) Comment on the knowledge, attitude of mothers towards the hepatitis B vaccination rate in the first 24 hours after birth at the obstetrics department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2022.

Research Method: Cross-sectional descriptive study design was conducted on 330 newborns indicated for Hepatitis B vaccination and their mothers at the Obstetrics Department of Nghe An Obstetrics and Children's Hospital from January 2022 to June 2022.

Results: Children have been vaccinated against neonatal hepatitis B (94.2%) and have not been vaccinated (5.8%); General knowledge about HBV of mothers: 65.8% had a pass and 34.2% of mothers did not; Knowledge about neonatal hepatitis B vaccination: 50.6% of mothers had good knowledge and 49.4% did not; Attitudes: 93.6% of mothers have a positive attitude; Ability to receive information: 79.7% is not good; only 20.3% good.

Conclusions: The percentage of children vaccinated with HBV vaccination within the first 24 hours after birth in the Obstetrics Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital is high (94.2%).

Key words: Hepatitis B vaccin; Nghe An Obstetrics and Pediatrics

*Corresponding author

Email address: bscckieuanh@gmail.com

Phone number: (+84) 912 584 133

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG TIÊM VACCIN VIÊM GAN B TRONG 24 GIỜ ĐẦU TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh*, Bùi Thị Thanh Hoa

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả thực trạng tiêm vaccin Viêm gan B trong 24 giờ đầu sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2022; (2) Nhận xét kiến thức, thái độ của bà mẹ đối với tỷ lệ tiêm vaccin Viêm gan B trong 24 giờ đầu sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 330 trẻ sơ sinh có chỉ định tiêm vaccin Viêm gan B và các bà mẹ của trẻ tại khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

Kết quả nghiên cứu: Có 311 trẻ đã được tiêm vaccin Viêm gan B sơ sinh (94,2%) và 19 trẻ chưa tiêm (5,8%); Kiến thức chung về bệnh Viêm gan B của bà mẹ: 65,8% đạt và 34,2% không đạt; Kiến thức về tiêm vắc xin Viêm gan B sơ sinh: có 50,6% đạt và 49,4% không đạt; Thái độ: 93,6% các bà mẹ có thái độ tích cực; Khả năng tiếp nhận thông tin: 79,7% không tốt; chỉ có 20,3% tốt.

Kết luận: Tỷ lệ trẻ được tiêm vắc xin Viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh tại khoa Sản bệnh viện Sản nhi Nghệ An cao (94,2%).

Từ khóa: Vắc xin viêm gan B; Sản nhi Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: bscckieuanh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 584 133

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B (VGB) là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, có khả năng lây nhiễm cao. Ước tính có khoảng 57% các trường hợp xơ gan và 78% các trường hợp ung thư gan tiên phát là do nhiễm virus VGB [1]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tính đến năm 2021, trên thế giới có gần 30% dân số (hơn 2 tỷ người) nhiễm virus VGB, trong đó khoảng 296 triệu người đang sống chung với nhiễm VGB mạn tính, 70-90% là trẻ em. Mỗi năm có khoảng 1,5 triệu ca nhiễm mới, 820.000 ca tử vong, chủ yếu là do xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến nghị, ngăn ngừa VGB bằng vaccin là biện pháp an toàn, sẵn có và hiệu quả nhất [2]. Sau rất nhiều sự nỗ lực của ngành y tế, tỷ lệ tiêm chủng vaccin viêm gan B sơ sinh (VGBSS) trong 24 giờ đầu sau sinh của cả nước vào năm 2019 đạt 75,2% [3, 4]. Kiến thức và thái độ của bà mẹ là một trong những yếu tố quan trọng quyết định việc thực hành tiêm vaccin VGB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh của trẻ.

Tại Nghệ An, tỷ lệ tiêm chủng vaccin VGBSS trong 24 giờ đầu sau sinh vẫn còn rất thấp: năm 2016 (48,6%), năm 2017 (62,6%), năm 2018 (49,3%), tính đến hết năm 2019, toàn tỉnh chỉ đạt 52,8% (trong khi mục tiêu đặt ra là khoảng 80%) [4 – 7]. Tại thành phố Vinh, năm 2017 (56,6%), năm 2018 (64,7%) và năm 2019 tỷ lệ này là 74,8%, có tăng nhưng chưa đạt theo tỷ lệ khuyến cáo của WHO là 90% [7]. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có số ca trẻ sơ sinh hàng năm rất lớn nhưng vẫn chưa có một đề tài nghiên cứu nào đánh giá về tỷ lệ tiêm chủng vaccin VGB trong 24 giờ đầu sau sinh tại đây. Nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng tiêm vaccin VGB trong 24 giờ đầu sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2022; (2) Nhận xét kiến thức, thái độ của bà mẹ đối với tỷ lệ tiêm vaccin VGB trong 24 giờ đầu sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu tại Khoa Sản Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ sơ sinh có chỉ định tiêm vắc xin VGB và bà mẹ của trẻ sơ sinh tại khoa Sản Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức được áp dụng chọn cỡ mẫu như sau:

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

Trong đó, n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; Z: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% tra bảng được Z= 1,96; p=0,729 (tỷ lệ tiêm vaccin VGBSS trong 24 giờ đầu sau sinh năm 2020 tại thành phố Vinh); d= 0,05 (sai số tuyệt đối cho phép). Sau khi thay vào công thức, cỡ mẫu tính được là: n= 304. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành với 330 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC).

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả các sản phụ tại khoa Sản Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian thu thập số liệu cho đến khi có đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số: thực trạng tiêm vaccin VGBSS trong 24 giờ đầu sau sinh ở trẻ, lý do trẻ không tiêm, kiến thức về bệnh VGB của bà mẹ, kiến thức của bà mẹ về tiêm vaccin VGBSS, thái độ của bà mẹ về tiêm vaccin VGBSS, Khả năng tiếp nhận thông tin về tiêm VGBSS của bà mẹ.

Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức, thái độ của bà mẹ:

Tổng điểm của phần kiến thức VGB là 11 điểm: dưới 50% tổng số điểm (< 6 điểm) thì đánh giá không đạt, được từ 6 điểm trở lên là đạt. Tổng điểm phần kiến thức về tiêm vaccin VGBSS là 17 điểm: dưới 50% tổng số điểm (< 9 điểm) thì đánh giá không đạt, được từ 9 trở lên là đạt. Tổng điểm thái độ của bà mẹ là 9 điểm: ≥ 50% tổng số điểm (≥ 5 điểm) là những người có thái độ



tích cực về tiêm vaccin VGBSS, dưới 5 là những người có thái độ không tích cực.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thu thập thông tin thực trạng tiêm vaccin VGBSS qua hồ sơ bệnh án. Phỏng vấn các bà mẹ của các trẻ sơ sinh tại khoa Sản bệnh viện Sản Nhi Nghệ An để đánh giá kiến thức và thái độ về bệnh và tiêm phòng vaccin VGBSS, sự thu nhận thông tin về tiêm phòng vắc xin VGBSS.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập xong được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần

mềm SPSS 20.0.

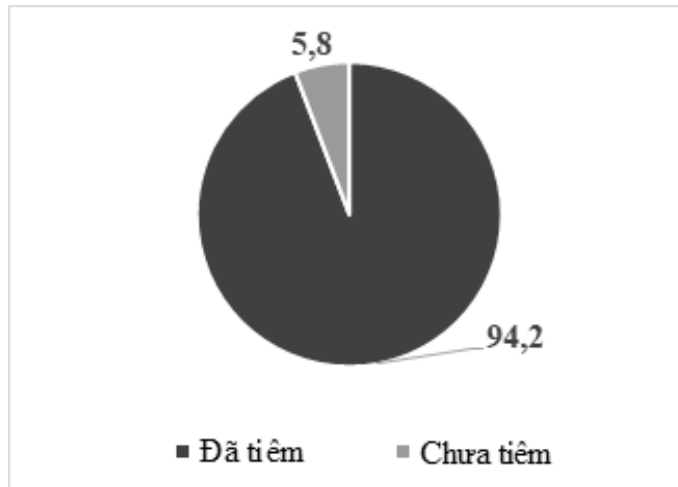
2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng y đức của Trường Đại học Y khoa Vinh phê duyệt. ĐTNC được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ phỏng vấn khi được sự chấp thuận tự nguyện tham gia của ĐTNC. Bộ câu hỏi không có vấn đề nhạy cảm, riêng tư.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng tiêm vắc xin VGBSS của trẻ

Hình 1. Thực trạng tiêm vắc xin VGBSS của trẻ (n = 330)



Có đến 94,2% các trẻ sơ sinh đã được tiêm vắc xin VGBSS và chỉ có 19 trẻ (chiếm 5,8%) chưa được tiêm.

Bảng 1. Lý do trẻ chưa được tiêm vắc xin VGBSS (n=19)

Lý do trẻ chưa được tiêm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không đủ cân	10	52,6
Trẻ mắc bệnh cấp tính/sốt	4	21,1
Trẻ bị dị tật BS	3	15,8
Người nhà không đồng ý tiêm	2	10,5

Có 52,6% trẻ do không đủ cân; 21,1% do trẻ mắc bệnh cấp tính/sốt; 15,8% do trẻ bị dị tật BS và 10,5% trẻ chưa được tiêm do người nhà của trẻ không đồng ý.

3.2. Kiến thức, thái độ của bà mẹ về bệnh VGB và tiêm vắc xin VGB

Bảng 2. Kiến thức của các bà mẹ về bệnh VGB (n = 330)

Kiến thức của bà mẹ về bệnh VGB	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt	217	65,8
Không đạt	113	34,2
TB ± ĐLC, min, max	7,38 ± 2,79; min: 3; max: 11	

Có 65,8% bà mẹ có điểm đạt về kiến thức bệnh VGB. Điểm trung bình về bệnh VGB của các mẹ là 7,38 ± 2,790; cao nhất là 11 điểm và thấp nhất là 3 điểm.

Bảng 3. Kiến thức của bà mẹ về tiêm vắc xin VGBSS (n = 330)

Kiến thức của bà mẹ về tiêm vắc xin VGBSS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt	167	50,6
Không đạt	163	49,4
TB ± ĐLC, min, max	8,69 ± 5,029, min: 1, max: 16	

Điểm trung bình về kiến thức tiêm phòng vắc xin VGBSS của 330 bà mẹ là 8,69 ± 5,029; cao nhất là 16 điểm và thấp nhất là 1. Có 50,6% bà mẹ có kiến thức đạt.

Bảng 4. Thái độ của các bà mẹ đối với tiêm vắc xin VGBSS (n=330)

Thái độ của bà mẹ đối với tiêm phòng vắc xin VGBSS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tích cực	309	93,6
Không tích cực	21	6,4
TB ± ĐLC, min, max	6,12 ± 1,435, min: 2, max: 9	

Điểm trung bình thái độ đối với tiêm phòng vắc xin VGBSS là 6,12 ± 1,435; cao nhất là 9 và thấp nhất là 2. Hầu hết (93,6%) các bà mẹ đều có thái độ tích cực đối với việc tiêm vắc xin VGBSS của trẻ.

Bảng 5. Khả năng tiếp cận thông tin về tiêm vắc xin VGBSS của các bà mẹ (n=330)

Khả năng tiếp nhận thông tin về tiêm VGBSS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	67	20,3
Chưa tốt	263	79,7
TB ± ĐLC, min, max	9,68 ± 6,426, min: 0, max: 21	



Điểm trung bình về khả năng tiếp cận thông tin về tiêm vắc xin VGBSS của các bà mẹ là $9,68 \pm 6,426$, cao nhất là 21 và có trường hợp không có điểm nào. Có đến 79,7% các bà mẹ được đánh giá là khả năng tiếp cận thông tin về tiêm VGBSS không tốt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tiêm vắc xin VGBSS của trẻ

Đánh giá thực trạng tiêm vắc xin VGBSS trên 330 trẻ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy tỷ lệ trẻ được tiêm vắc xin VGBSS trong nghiên cứu của tôi là 94,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao Văn Y trên 220 trẻ tại phường Ngọc Hà, quận Ba Đình, Hà Nội (2009) là 100% trẻ được tiêm vắc xin VGBSS [8]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nhiều nghiên cứu có nội dung tương tự, cụ thể: trong nghiên cứu của Tạ Minh Khuê (2020) trên 310 trẻ từ 2-3-4 tháng tuổi tại thành phố Vinh, tỷ lệ trẻ được tiêm vắc xin VGBSS là 74,8% [9]. Có thể lý giải cho sự chênh lệch này như sau: (1) Nghiên cứu của Tạ Minh Khuê được tiến hành từ tháng 9/2019 – 12/2020, thời gian nghiên cứu kéo dài, tỉ lệ tiêm trung bình năm thường bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố; (2) Địa điểm lấy mẫu nghiên cứu trên khắp địa bàn thành phố Vinh, do đó tỷ lệ tiêm có sự khác biệt giữa các phường, xã tùy thuộc vào đặc điểm kinh tế, xã hội; (3) Là nghiên cứu hồi cứu do đó có thể có sai số nhớ lại của các bà mẹ khi được hỏi. Trong khi đó nghiên cứu của tôi chỉ tiến hành lấy mẫu từ 31/03 – 03/05/2022 và tại một địa điểm duy nhất là khoa Sản Bệnh viện Sản nhi Nghệ An, thời gian lấy mẫu ngắn, cộng với việc hiện nay nhân viên y tế tại khoa luôn chủ động trong vấn đề tiêm vắc xin VGBSS cho trẻ do đó tỷ lệ tiêm vắc xin VGBSS trong nghiên cứu của chúng tôi là rất cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 trẻ chưa được tiêm vắc xin VGBSS với các lý do: 52,6% do trẻ không đủ cân; 21,1% do trẻ mắc bệnh cấp tính/sốt; 15,8% do trẻ bị dị tật bẩm sinh. Kết quả trên hoàn toàn phù hợp với những quy định về các trường hợp cần hoãn tiêm vắc xin VGBSS theo Quyết định số 2470/QĐ-BYT ngày 14/6/2019 về việc ban hành Hướng dẫn Khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em [10].

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ về VGB và tiêm vắc xin VGB trong 24 giờ đầu sau sinh.

Kiến thức của mẹ về bệnh VGB: Trong 330 bà mẹ được hỏi, có đến 99,7% các bà mẹ đã biết/đã từng nghe nói đến bệnh VGB. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Cao Văn Y và Tạ Minh Khuê với tỷ lệ tương ứng là 98,2% và 99,3%. Điều này cho thấy bệnh VGB là căn bệnh phổ biến, có tỷ lệ lây nhiễm cao trong cộng đồng. Mặc dù tỉ lệ kiến thức đạt của các bà mẹ là tương đối cao (65,8%), điểm trung bình kiến thức của 330 bà mẹ là $7,38 \pm 2,79$, thấp nhất là 3 và cao nhất là 11 nhưng có một số kiến thức quan trọng về bệnh mà tỷ lệ hiểu biết đúng lại chưa cao: vẫn có 40% cho rằng VGB có thể điều trị được và 6,4% không biết có điều trị được hay không; về con đường lây truyền bệnh chỉ có 38,2% các bà mẹ chọn đúng cả 3 con đường lây truyền, đặc biệt lây từ mẹ sang con được cho là con đường lây truyền chính lại chỉ có 52% các bà mẹ chọn đúng.

Kiến thức của bà mẹ về tiêm vắc xin VGBSS: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50,6% các bà mẹ có kiến thức đạt về tiêm vắc xin VGBSS, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Tạ Minh Khuê (54,2%). Về thời gian tốt nhất để tiêm vắc xin VGBSS, tỷ lệ các bà mẹ chọn đúng đáp án trong vòng 24 giờ đầu sau sinh là 57%, kết quả này là tương đương với nghiên cứu của Bùi Thị Dung. Theo khuyến cáo của WHO, mũi vắc xin VGBSS phải được tiêm càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Nếu tiêm trong vòng 24 giờ đầu sau sinh, khả năng trẻ miễn dịch với virus VGB lây truyền từ mẹ sang là khoảng 80-90%. Nếu tiêm muộn hơn, mức độ miễn dịch sẽ giảm dần theo từng ngày.

Thái độ của bà mẹ đối với tiêm phòng vắc xin VGBSS: Tỷ lệ các bà mẹ cho rằng tiêm vắc xin VGBSS là cần thiết (97,6%), tiêm vắc xin VGBSS là an toàn (93,3%), tin tưởng vào trình độ chuyên môn của nhân viên y tế (NVYT) (99,7%), tin tưởng vào chất lượng vắc xin VGBSS (93%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh với các tỷ lệ tương ứng lần lượt là: 95,6%; 90,1%; 98,3%; 92,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 99,4% các bà mẹ đồng ý sẽ cho con tiêm vắc xin VGBSS nếu được bác sĩ chỉ định. Có đến 93,6% các bà mẹ có thái độ tích cực đối với tiêm vắc xin VGBSS; điểm trung bình thái độ là 6,12

± 1,435; cao nhất là 9 điểm và thấp nhất là 2 điểm.

Khả năng tiếp cận thông tin về tiêm vắc xin VGBSS của mẹ: Có 93,6% các bà mẹ có nhận thông tin và bệnh VGB, tiêm vắc xin VGBSS trên các phương tiện truyền thông đại chúng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tạ Minh Khuê với tỷ lệ tương ứng là 91,2%. Có 57,3% các bà mẹ nhận được sự tư vấn từ NVYT, tương đồng với nghiên cứu của Tạ Minh Khuê với tỷ lệ tương ứng là 55,6%. Về bệnh VGB, NVYT chủ yếu tư vấn về dự phòng bệnh (87,9%); đường lây truyền (74,5%) và chỉ có 14,2% bà mẹ được tư vấn cả 4 nội dung. Về việc tiêm vắc xin VGBSS, đa số NVYT đều tư vấn về lợi ích của việc tiêm (93,6%); thời gian tiêm (91,5%), đối tượng tiêm (88,7%) và 23,9% các bà mẹ được tư vấn cả 5 nội dung. Mẹ có khả năng tiếp nhận thông tin về bệnh VGB và tiêm vắc xin VGBSS tốt thì góp phần nâng cao hiểu biết và sự chấp nhận của các bà mẹ và cộng đồng. Do đó, con sẽ có khả năng được tiêm phòng vắc xin VGBSS cao hơn và đúng thời điểm hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiêm vắc xin VGBSS là khá cao (94,2%). Có 5,8% trẻ sơ sinh chưa tiêm vì cân nặng thấp, dị tật bẩm sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và người nhà không đồng ý tiêm. Kiến thức của bà mẹ đối với tỷ lệ tiêm vắc xin VGBSS trong 24 giờ đầu sau sinh còn thấp đạt 50,6%, kiến thức về bệnh VGB đạt 65,8%. Đa số các bà mẹ có thái độ tích cực tuy nhiên khả năng tiếp nhận thông tin của bà mẹ còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Framework for Global Action: Prevention and Control of viral Hepatitis Infection. 2015.
- [2] World Health Organization, Hepatitis B, 2021.
- [3] Dự án Tiêm chủng mở rộng, Kế hoạch Tiêm chủng mở rộng năm 2019, 2019.
- [4] Cục Y tế dự phòng, Dự án Tiêm chủng mở rộng, Báo cáo Tiêm chủng mở rộng năm 2018-2019, 2019.
- [5] Cục Y tế dự phòng, Dự án Tiêm chủng mở rộng, Báo cáo Tiêm chủng mở rộng năm 2016-2017, 2017.
- [6] Cục Y tế dự phòng, Dự án Tiêm chủng mở rộng, Báo cáo Tiêm chủng mở rộng năm 2017-2018, 2018.
- [7] Cục Y tế dự phòng, Dự án Tiêm chủng mở rộng, Báo cáo Tiêm chủng mở rộng năm 2019-2020, 2020.
- [8] Cao Văn Y, Thực trạng tiêm vắc xin Viêm gan B ở trẻ dưới 1 tuổi và các yếu tố liên quan tới tiêm vắc xin Viêm gan B không đúng lịch tại phường Ngọc Hà, quận Ba Đình, thành phố Hà Nội năm 2008; Trường Đại học Y tế Công cộng, 2008.
- [9] Tạ Minh Khuê, Thực trạng tiêm chủng vắc xin viêm gan B sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2020; Tạp chí Y học dự phòng, 2020.



SURVEY OF CONTINUOUS CLINICAL PHARMACY TRAINING NEEDS OF PHARMACISTS IN NGHE AN IN 2023

Nguyen Thi Can*, Tran Thi Kieu Anh, Nguyen Thi Hong Thanh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe an, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: To survey the need for continuous clinical pharmacy training of pharmacists at Nghe An province hospitals in 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study on 418 pharmacists working at the department Pharmacy of Nghe An province hospitals in 2023 through direct interview. We used descriptive statistical methods in the study.

Results: The % need for continuing clinical pharmacy training is only 21.8%. In a survey of 91 pharmacists lacking continuous training in Clinical Pharmacy, general skills to guide hospital clinical pharmacy activities are the skill with the highest need for training (92.3%). Pharmacists expect training for about 2 - 5 days and outside office hours with full financial support.

Conclusion: Hospitals need to develop continuous training plans for pharmacists, creating conditions for financial support as well as time for pharmacists to have the opportunity to receive training to improve their qualifications. At the same time, specific continuing education facilities at Vinh University of Medicine need to have a plan to develop, promulgate, and evaluate a clinical pharmacy continuing education program and ensure appropriate content and form to serve the job.

Keywords: Continuous training needs; clinical pharmacy; Nghe An

*Corresponding author

Email address: Pharmacistcannnguyen@gmail.com

Phone number: (+84) 979 674 434

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

KHẢO SÁT NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC DƯỢC LÂM SÀNG CỦA CÁC DƯỢC SĨ TẠI NGHỆ AN NĂM 2023

Nguyễn Thị Cần*, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Hồng Thanh

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục dược lâm sàng của dược sĩ tại các bệnh viện tỉnh Nghệ An năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 418 đối tượng dược sĩ đang làm việc tại khoa Dược các bệnh viện tỉnh Nghệ An năm 2023 qua phiếu phỏng vấn trực tiếp. Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu: Nhu cầu về đào tạo liên tục Dược lâm sàng là thấp chỉ 21,8%. Khảo sát trên 91 dược sĩ có nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng, kỹ năng tổng hợp hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện là kỹ năng có nhu cầu cần được đào tạo chiếm tỷ lệ cao nhất (92,3%). Dược sĩ mong muốn đào tạo trong khoảng 2 – 5 ngày và ngoài giờ hành chính với sự hỗ trợ kinh phí toàn bộ.

Kết luận: Các Bệnh viện cần xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục cho các dược sĩ, tạo điều kiện hỗ trợ về kinh phí cũng như thời gian để dược sĩ có cơ hội được đào tạo nâng cao trình độ. Đồng thời, các cơ sở đào tạo liên tục cụ thể Trường Đại học Y khoa Vinh cần có kế hoạch xây dựng, ban hành, thẩm định chương trình đào tạo liên tục Dược lâm sàng và đảm bảo nội dung, hình thức phù hợp đáp ứng phục vụ công việc.

Từ khóa: Nhu cầu đào tạo liên tục, dược lâm sàng, Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: Pharmacistcannnguyen@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979 674 434

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 nên 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, nhân viên dược sĩ đang nhận được nhiều quan tâm và chú trọng đầy mạnh. Hầu hết các nước trên thế giới đều có quy định bắt buộc các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ phải bổ sung kiến thức quản lý công việc, nâng cao đạo đức y học và nghiên cứu khoa học nhằm không ngừng nâng cao năng lực của bản thân. Trong thời gian gần đây, Đảng và nhà nước ta đã ban hành nhiều thông tư, văn bản quy phạm pháp luật quan trọng trong việc đào tạo liên tục cho các cán bộ y tế, bao gồm: Thông tư số 22/2013/TT - BYT, thông tư 26/2020/TT - BYT sửa đổi bổ sung một số điều TT số 22/2013/TT - BYT và TT số 01/VBHB - BYT của Bộ Y tế Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, trong đó 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 đảm nhiệm” [1 - 3]. Đặc biệt, đối với lĩnh vực Dược, dược lâm sàng là một mảng hoạt động thực hành trong đó người dược sĩ thực hiện vai trò tư vấn về thuốc cho thầy thuốc, giúp tối ưu hóa phác đồ điều trị, đồng thời thực hiện vai trò cung cấp thông tin, tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả cho cán bộ y tế và cho người bệnh [4 - 6]. Đây cũng là một mảng hoạt động thực hành đòi hỏi kiến thức cập nhật. Vì vậy, xuất phát từ thực trạng nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng của các dược sĩ tại Nghệ An năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại các bệnh viện, trung tâm Y tế tuyến huyện và các bệnh viện tuyến tỉnh trên địa bàn Tỉnh Nghệ An từ

tháng 06/2023 đến tháng 08/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Dược sĩ đang làm việc tại các bệnh viện, trung tâm Y tế tuyến huyện và các bệnh viện tuyến tỉnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An đã được ký hợp đồng hoặc biên chế đồng ý tham gia khảo sát. Các dược sĩ đang đi học dài hạn, hưởng chế độ thai sản, đang nghỉ ốm được loại ra khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu toàn bộ tất cả các dược sĩ đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng cộng có 418 đối tượng tham gia khảo sát.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số về đặc điểm cá nhân: Tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn.

Biến số liên quan nhu cầu đào tạo:

- Các kỹ năng liên quan đến công tác dược lâm sàng dược sĩ cần đào tạo liên tục.
- Mục tiêu cần đạt được của dược sĩ sau khóa đào tạo liên tục.
- Thời lượng dự kiến mong muốn đào tạo cho 1 kỹ năng.
- Thời gian mong muốn đào tạo.
- Nguyên vọng kinh phí đào tạo liên tục.
- Hình thức đào tạo của dược sĩ yêu cầu.
- Những mong muốn trong khóa đào tạo.
- Những khó khăn trong việc đào tạo liên tục.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bằng hình thức phỏng vấn với bộ câu hỏi bán cấu trúc. Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu, nội dung nghiên cứu, có tham khảo các quy định về đào tạo liên tục đối với dược sĩ của Bộ Y tế. Sau khi xây dựng xong, bộ câu hỏi này sẽ được xin ý kiến để chỉnh sửa, thảo luận kỹ và tiến hành điều tra trước khi điều tra chính thức. Sử dụng biểu mẫu Google form cho các đối tượng ở xa, các đối tượng gần thì phỏng vấn trực tiếp.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 25.0 để phân tích và xử lý số liệu. Tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của người tham gia nghiên cứu được xử lý và công bố dưới

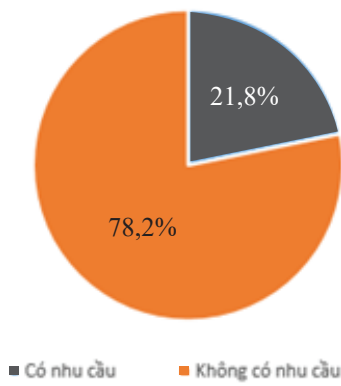
hình thức số liệu, không nêu danh cá nhân.

3. KẾT QUẢ

3.1. Nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng của Dược sĩ

Khảo sát trên 418 đối tượng dược sĩ có trình độ từ cao đẳng trở lên tại 31 bệnh viện và Trung tâm y tế trên địa bàn tỉnh Nghệ An kết quả như sau:

Hình 1. Nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng (n=418)



Tỷ lệ dược sĩ có nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng rất thấp chỉ chiếm tỷ lệ 21,8%.

Khảo sát trên 91 dược sĩ có nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng kết quả:

3.2. Nhu cầu đào tạo của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm dược sĩ có nhu cầu đào tạo (n=91)

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	28	30,8
	Nữ	63	69,2
Tuổi	< 40 tuổi	81	89,0
	≥ 40 tuổi	10	11,0
	TB (Min - Max)	32,27 ± 7,43 (23 -56)	
Trình độ chuyên môn	Cao đẳng	10	11,0
	Đại học	59	64,8
	CK1	17	18,7
	CK2	1	1,1
	Thạc sĩ, tiến sĩ	4	4,4



Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 32,2 ± 7,43, trong đó nữ nhiều hơn nam. Trình độ học vấn là Đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 64,8%, sau đó là Chuyên khoa 1 với 18,7%, chỉ có 1 dược sĩ chuyên khóa 2.

Bảng 2. Các kỹ năng dược sĩ cần đào tạo liên tục (n = 91)

Các kỹ năng dược sĩ cần đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng tổng hợp hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện	83	91,2
Kỹ năng chuyên sâu phân tích ca lâm sàng	76	83,5
Kỹ năng chuyên sâu phương pháp đánh giá sử dụng thuốc	80	87,9
Kỹ năng chuyên sâu tư vấn sử dụng thuốc	81	89
Kỹ năng chuyên sâu thông tin thuốc và cảnh giác dược	81	89
Kỹ năng chuyên sâu tra cứu thông tin thuốc	80	87,9
Kỹ năng khác	2	2,2

Kỹ năng Dược lâm sàng mà dược sĩ cần đào tạo liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất là kỹ năng tổng hợp hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng với tỷ lệ 91,2%. Tiếp theo đến là kỹ năng chuyên sâu tư vấn sử dụng thuốc, kỹ năng chuyên sâu thông tin thuốc và cảnh giác dược với tỷ lệ 89%, kỹ năng chuyên sâu phương pháp đánh giá sử dụng thuốc, kỹ năng chuyên sâu tra cứu thông tin thuốc với tỷ lệ là 87,9%; kỹ năng khác chiếm 2,2%.

Bảng 3. Mục tiêu cần đạt được sau khóa đào tạo liên tục (n=91)

Mục tiêu cần đạt được sau khóa đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trau dồi kiến thức chuyên môn	78	85,7
Cập nhật kiến thức mới	77	84,6
Đáp ứng kiến thức, kỹ năng phục vụ công việc	84	92,3
Khác	1	0,1

Đáp ứng kiến thức, kỹ năng phục vụ công việc là mục tiêu chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,3%, trau dồi kiến thức chuyên môn (85,7%) và cập nhật kiến thức mới (84,6%).

Bảng 4. Mong muốn về hình thức và quy mô đào tạo (n=91)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời lượng dự kiến mong muốn đào tạo cho 1 kỹ năng		
01 ngày	17	18,7
02 – 05 ngày	55	60,4
> 05 ngày	19	20,9

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mong muốn đào tạo liên tục		
Tổ chức đào tạo trong giờ hành chính	38	41,8
Tổ chức đào tạo ngoài giờ hành chính	53	58,2
Nguyện vọng kinh phí đào tạo liên tục		
Được hỗ trợ một phần	10	11
Được hỗ trợ toàn bộ	81	89
Không cần hỗ trợ	0	0
Hình thức đào tạo của dược sĩ yêu cầu		
Đào tạo trực tiếp tại Bệnh viện	16	17,6
Đào tạo trực tiếp tại trường Đại học Y khoa Vinh	15	16,5
Đào tạo trực tuyến qua Zoom, Google meet.....	60	65,9

Dược sĩ mong muốn được đào tạo trong thời gian từ 2 đến 5 ngày và liên tục ngoài giờ hành chính chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,4% và 58,2%. Nguyên vọng được hỗ trợ toàn bộ chiếm tỷ lệ cao với 89%. Mong muốn đào tạo trực tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất là 65,9%.

Bảng 5. Những mong muốn trong khóa đào tạo (n=91)

Những mong muốn trong khóa đào tạo	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Học viên được cung cấp đầy đủ tài liệu bài giảng bản cứng và bản mềm	84	92,3
Giảng viên giảng dạy có trình độ chuyên môn không được thấp hơn trình độ học viên	68	74,7
Nội dung giảng dạy cập nhật	74	81,3
Không lý thuyết suông, cần kết hợp thực hành, thực tế	73	80,2
Bài giảng cần thực tế, có hình ảnh, minh họa, nội dung phù hợp	78	85,7
Tạo điều kiện thuận lợi cho việc học của học viên bằng các phương pháp dạy học hiện đại, sử dụng các thiết bị thông minh để người học có thể tham gia và học tập mọi lúc mọi nơi	81	89,0
Khác	2	2,2

Mong muốn được cung cấp đầy đủ tài liệu bài giảng bản cứng và bản mềm chiếm tỷ lệ cao nhất 92,3%; Mong muốn được dạy bằng các phương pháp dạy học hiện đại, sử dụng các thiết bị thông minh chiếm tỷ lệ 89%. Mong muốn khác chiếm 2,2%.



Bảng 6. Những khó khăn trong việc đào tạo liên tục (n=91)

Những khó khăn trong việc đào tạo liên tục	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khó sắp xếp thời gian	64	70,3
Khó khăn về kinh phí	40	44,0
Khó khăn trong việc đi lại đến địa điểm đào tạo	32	35,2

Sắp xếp thời gian là khó khăn được học viên đề cập chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 70,3%; khó khăn về kinh phí (40,0%) và đi lại đến địa điểm đào tạo chiếm 35,2%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhu cầu đào tạo liên tục Dược lâm sàng

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy dược sĩ có nhu cầu đào tạo liên tục được lâm sàng chỉ chiếm tỷ lệ 21,8%. Nguyên nhân có kết quả này là do nhóm đối tượng khảo sát gồm 418 dược sĩ, trong đó có 247 dược sĩ cao đẳng và 171 dược sĩ đại học. Số lượng dược sĩ cao đẳng chiếm tỷ lệ cao trong nhóm dược sĩ được khảo sát mà chủ yếu dược sĩ cao đẳng đảm nhiệm công việc tại các bộ phận cấp phát thuốc, kho thuốc... ít quan tâm đến hoạt động dược lâm sàng. Bên cạnh đó, kết quả này cũng một phần phản ánh được vấn đề cập nhật kiến thức dược lâm sàng chưa thực sự được quan tâm và cần thiết với dược sĩ. Vì thực tế triển khai các hoạt động dược lâm sàng tại Việt Nam nói chung và tại Nghệ An nói riêng chưa thực sự trở thành mối quan tâm tại các cơ sở khám chữa bệnh. Mặc dù theo 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 tại Thông tư này còn bị thu hồi chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh và chữa bệnh”[1 – 3]. Theo quy định Khoản 3 Điều 14 Nghị định số 131/2020/NĐ – CP ngày 02 tháng 11 năm 2020 của Chính phủ quy định về tổ chức, hoạt động dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu rõ: Trách nhiệm của người làm công tác Dược lâm sàng là tham gia các khóa đào tạo liên tục về dược lâm sàng theo quy định của Bộ trưởng Y tế. Nghiên cứu này có khác với một số nghiên cứu của tác giả Chử Văn Thắng (2022), Trần Thị Tuyết Nhung (2021), Nguyễn Thị Hoài Thu (2020), Hồ Phương Thúy (2021), Trần

Đức Trọng (2020), Lê Kim Tuyền (2022), nhu cầu đào tạo liên tục chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu này tiến hành trên đối tượng điều dưỡng.

4.2. Nhu cầu đào tạo của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu về nhu cầu đào tạo cho thấy độ tuổi càng trẻ thì nhu cầu học tập, cập nhật kiến thức nâng cao trình độ cao hơn so với những người lớn tuổi. Bên cạnh đó, đối tượng nữ giới chiếm tỷ lệ cao trong mẫu cũng chỉ ra rằng nữ giới thường chịu khó, chăm chỉ tìm tòi học hỏi kiến thức hơn để phục vụ nghề nghiệp. Đối tượng đại học chiếm tỷ lệ cao cũng chỉ ra được do hầu hết trong các cơ sở khám chữa bệnh dược sĩ đại học đảm nhận công tác Dược lâm sàng vì vậy họ cần kiến thức cập nhật về Dược lâm sàng để đáp ứng công việc hàng ngày.

Kỹ năng tổng hợp hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện là kỹ năng chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là một nhu cầu mang tính chất cấp thiết của các bệnh viện trong giai đoạn bắt đầu triển khai các hoạt động Dược lâm sàng. Các dược sĩ trong nhóm có nhu cầu đào tạo hầu hết đều chưa nắm được các hoạt động Dược lâm sàng chủ yếu trong bệnh viện. Họ cần được đào tạo để nắm vững quy trình thực hiện công việc có trong hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện. Trong Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam quy định tiêu chí C9.4, C9.5, C 9.6 liên quan đến nhiều hoạt động Dược lâm sàng. Để đạt được mức 4 – Chất lượng tốt, yêu cầu Dược sĩ làm công tác Dược lâm sàng phải nắm vững được các hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện, ghi nhận các kết quả hoạt động hàng năm [7]. Ngoài nhu cầu đào tạo các kỹ năng tổng hợp hoạt động Dược lâm sàng bệnh viện, kỹ năng mà các dược sĩ quan tâm đến là kỹ năng chuyên sâu tư vấn sử dụng thuốc, thông tin thuốc và cảnh giác dược, phương pháp đánh giá sử dụng thuốc, kỹ tra cứu thông tin thuốc và các kỹ năng khác. Để hiểu sâu từng kỹ năng các dược sĩ cũng có nhu cầu đào tạo cao. Căn cứ vào kết quả nghiên cứu, yêu cầu phòng sau Đại học cần sớm

kế hoạch, xây dựng, ban hành, thẩm định chương trình đào tạo liên tục Kỹ năng tổng hợp hoạt động dược lâm sàng bệnh viện, sau đó gửi thông báo tuyển sinh đến các khoa Dược bệnh viện trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Đáp ứng kiến thức, kỹ năng phục vụ công việc là mục tiêu chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này chỉ ra rằng việc đào tạo liên tục đi đôi với nhu cầu đáp ứng phục vụ công việc của Dược sĩ. Mục tiêu đầu tiên cho việc đào tạo là Dược sĩ cần được bổ trợ kiến thức và kỹ năng để phục vụ cho công việc mà dược sĩ đảm nhiệm. Từ đó, cần xây dựng các nội dung đào tạo liên tục phù hợp với sát với thực tế hoạt động nghề nghiệp của các dược sĩ. Dược sĩ mong muốn được đào tạo trong thời gian từ 2 đến 5 ngày và liên tục ngoài giờ hành chính. Kết quả nghiên cứu có tương đồng với nghiên cứu của tác giả Chử Văn Thắng và cộng sự (2021), đa số các điều dưỡng viên mong muốn được học từ 2 – 5 ngày. Tuy nhiên, thời gian học có khác với nghiên cứu của chúng tôi là các điều dưỡng viên có nhu cầu học vào giờ hành chính [8]. Về nguyện vọng kinh phí, dược sĩ mong muốn được hỗ trợ toàn bộ. Hỗ trợ kinh phí đào tạo là mong muốn chính đáng của đa số dược sĩ nhưng khó khăn cho Lãnh đạo bệnh viện. Bởi hiện nay, việc tổ chức các lớp đào tạo ngắn hạn hàng năm cho nhân viên y tế của Bệnh viện hàng năm cũng đã sử dụng lượng kinh phí rất lớn và nguồn kinh phí định mức thấp. Tuy nhiên, để thu hút nhiều dược sĩ tham gia đào tạo thì ban lãnh đạo bệnh viện cần lưu ý về vấn đề hỗ trợ kinh phí cho đội ngũ này. Bên cạnh đó, các cơ sở đào tạo liên tục cũng cần đưa ra một mức kinh phí phù hợp nhằm mục đích thu hút được nhiều dược sĩ tham gia hơn. Hình thức mong muốn đào tạo là đào tạo trực tuyến qua nền tảng Zoom, google meet... Việc đi lại và thời gian để đến cơ sở đào tạo trở thành mối quan tâm và khó khăn cho các dược sĩ khó chủ động để tham gia. Hình thức đào tạo liên tục là một yếu tố quan trọng góp phần thành công của hoạt động đào tạo liên tục. Thêm nữa, việc đào tạo bằng hình thức trực tuyến sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn khi tham gia được đầy đủ hơn, không mất thêm kinh phí đi lại, ăn ở và vẫn thực hiện được nhiệm vụ chuyên môn trong trường hợp cần thiết, khẩn cấp. Dựa vào kết quả này, cơ sở đào tạo cũng có căn cứ để lựa chọn hình thức đào tạo cho phù hợp với dược sĩ.

Học viên cần được cung cấp đầy đủ tài liệu bài giảng bản cứng và bản mềm là mong muốn mà học viên quan

tâm nhất. Tài liệu học tập là những học liệu dùng cho quá trình học tập. Việc sử dụng tài liệu học tập nhằm mục tiêu lĩnh hội tri thức một cách nhanh và đầy đủ nhất, và nó cũng giữ một vị trí đáng kể trong việc nắm vững kiến thức và phát huy tính tích cực hoạt động trí tuệ của người học.

Khó khăn về sắp xếp thời gian là khó khăn trong việc đào tạo liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 70,3%. Thời gian đào tạo liên tục trở thành vấn đề khó khăn nhất của các dược sĩ lý do các Dược sĩ làm việc tại các bệnh viện hầu hết kiêm nhiệm nhiều bộ phận.

5. KẾT LUẬN

Nhu cầu được đào tạo liên tục dược lâm sàng của dược sĩ là 21,8%. Kỹ năng cần đào tạo đa dạng chủ yếu nhằm mục đích đáp ứng kiến thức, kỹ năng phục vụ công việc trong đó kỹ năng tổng hợp hoạt động dược lâm sàng bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất 92,3%. Dược sĩ mong muốn đào tạo trong khoảng 2 – 5 ngày và ngoài giờ hành chính với sự hỗ trợ kinh phí toàn bộ. Các bệnh viện cần xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục cho các dược sĩ, tạo điều kiện hỗ trợ về kinh phí cũng như thời gian. Các cơ sở đào tạo liên tục cần có kế hoạch xây dựng, ban hành, thẩm định chương trình đào tạo liên tục Dược lâm sàng và đảm bảo nội dung, hình thức phù hợp đáp ứng phục vụ công việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư số 22/2011/TT - BYT ngày 10 tháng 06 năm 2011, Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện, 2011.
- [2] Bộ Y tế, Thông tư số 26/2020/TT - BYT ngày 28 tháng 12 năm 2020 sửa đổi bổ sung một số điều 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.
- [3] Bộ Y tế, Thông tư số 01/VBHN - BYT ngày 13 tháng 01 năm 2021 Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, 2021.
- [4] Bộ môn Dược lâm sàng - Trường Đại học Dược Hà Nội, Dược Lâm sàng, NXB Y học, 2006.



- [5] Bộ Y tế, Thông tư số 31/2012/TT - BYT ngày 20 tháng 12 năm 2012 Hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng trong bệnh viện, 2012.
- [6] Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, Tài liệu đào tạo liên tục Hướng dẫn hoạt động Dược lâm sàng tại bệnh viện, NXB Y học, 2020.
- [7] Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam ban hành kèm theo Quyết định 6858/QĐ - BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2016.
- [8] Nguyễn Thị Bình An, Chử Văn Thắng, 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, 1, 2022.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MEDICAL STUDENTS ABOUT TOXOCARIASIS IN HUMANS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY AND SOME RELATED FACTORS IN 2023

Nguyen Thi Thanh Chung*, Tran Thi Kieu Anh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the knowledge and practice among medical students of Vinh Medical University about Toxocariasis in humans and some related factors in 2023.

Research Method: Cross-sectional study designed on 400 research subjects who are medical students at Vinh Medical University from November 2022 to December 2023

Results: The rate of students not knowing about the risk of Toxocariasis infection in humans was 42.5%; Not knowing about the symptoms of Toxocariasis in humans accounted for 42.8%; 42.5% of students did not know about the prevention of Toxocariasis in humans. The percentage of students who did not own free-roaming dogs and cats is 20.8%; The rate of student households deworming dogs and cats was 25.4%; The proportion of students handling dog and cat feces accounted for 53.8%. Practicing good dog and cat raising in subjects with satisfactory knowledge was 2.9 times higher than in the group with unsatisfactory knowledge and the relationship was statistically significant (OR = 2.9; 95%CI: 1.73-4.89, $p < 0.05$). Good eating and living habits in subjects with achieved knowledge were 5.81 times higher than those with unsatisfactory knowledge and the relationship was statistically significant (OR = 5.81; 95%CI: 1.38 - 24.5, $p < 0.05$).

Conclusion: Knowledge and practice of Toxocariasis in humans among students of Vinh Medical University is not high. It is necessary to improve understanding and good practice of the disease for students.

Keywords: Toxocariasis; Medical Student; Vinh Medical University.

*Corresponding author

Email address: chungnguyenkv@gmail.com

Phone number: (+84) 912 448 188

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ BỆNH ẬU TRÙNG GIUN ĐŨA CHÓ, MÈO Ở NGƯỜI CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NĂM 2023

Nguyễn Thị Thanh Chung*, Trần Thị Kiều Anh

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kiến thức, thực hành về bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người của sinh viên y khoa Trường Đại học Y khoa Vinh và một số yếu tố liên quan năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang trên 400 đối tượng nghiên cứu là sinh viên y khoa Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 11/2022 đến tháng 12/2023.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ sinh viên không biết về nguy cơ nhiễm bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người là 42,5%; không biết về triệu chứng bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người chiếm 42,8%; không biết về phòng bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người chiếm 42,5%. Tỷ lệ sinh viên không nuôi chó, mèo thả rông là 20,8%; tỷ lệ các hộ gia đình sinh viên có tẩy giun cho chó, mèo là 25,4%; tỷ lệ các sinh viên xử lý phân chó, mèo chiếm 53,8%. Thực hành nuôi chó, mèo tốt ở đối tượng có kiến thức đạt cao gấp 2,9 lần so với nhóm có kiến thức chưa đạt và mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 2,9; 95%CI: 1,73-4,89, $p < 0,05$). Thói quen ăn uống, sinh hoạt tốt ở đối tượng có kiến thức đạt cao gấp 5,81 lần nhóm có kiến thức chưa đạt và mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR= 5,81; 95%CI: 1,38 - 24,5, $p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức và thực hành về bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người của sinh viên Y khoa Trường Đại học Y khoa Vinh chưa cao. Cần nâng cao hiểu biết và thực hành tốt về bệnh cho đối tượng sinh viên.

Từ khóa: Ấu trùng giun đũa chó, mèo; sinh viên y khoa; Trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: chungnguyenykv@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 448 188

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo (ATGĐCM) ở người là bệnh ký sinh trùng lây truyền từ động vật sang người do loài giun đũa chó (*Toxocara canis*) hoặc giun đũa mèo (*Toxocara cati*) gây nên. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi, giới tính nào và biểu hiện lâm sàng từ thể ấu trùng di chuyển trong da đến thể nặng ở các cơ quan như phổi, mắt, gan và hệ thần kinh của người [1]. Nguồn bệnh chính là chó, mèo nhiễm giun *Toxocara spp.* Bệnh xảy ra trên toàn thế giới, có tỷ lệ nhiễm cao. Tỷ lệ hiện mắc ở một số nước Châu Phi, Châu Á, Nam Mỹ và đặc biệt Hoa Kỳ từ 5,1% đến 93% [2]. Việc phòng bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo gặp rất nhiều khó khăn bởi điều kiện kinh tế, vệ sinh môi trường, cung cấp nước sạch, thói quen ăn uống, tập quán vệ sinh, sinh hoạt của người dân còn nhiều hạn chế. Hầu hết các nghiên cứu tại Việt Nam đều cho thấy người dân có kiến thức hạn chế về bệnh ATGĐCM ở người [3]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương tại Bình Định và Đắk Lắk (2014), tỷ lệ người dân không có kiến thức chung về bệnh ATGĐCM là trên 50% [4]. Thực hành của người dân có liên quan đến bệnh ATGĐCM còn tồn tại rất nhiều vấn đề. Nghiên cứu của Bùi Văn Tuấn tại 2 xã Đức Phong và Đức Chánh, huyện Mộ Đức, tỉnh Quảng Ngãi (2016) cho thấy tỷ lệ nuôi chó trong cộng đồng rất cao (54,5%), có đến 83,5% là nuôi chó thả rông và tỷ lệ tẩy giun cho chó định kỳ rất thấp (11,9%) [5]. Mặc dầu vậy, bệnh còn chưa được quan tâm, lơ là trong chẩn đoán và điều trị [6]. Hiện nay, nhiều sinh có nhu cầu nuôi thú cưng rất cao đặc biệt là ở thành thị nhưng những kiến thức, thực hành nuôi chó, mèo chưa được sinh viên quan tâm. Việc thiếu hụt các thông tin truyền thông về kiến thức và thực hành là một trong những yếu tố góp phần làm gia tăng tình hình nhiễm ATGĐCM.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 11/2022 đến tháng 12/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên ngành Y khoa năm thứ nhất đồng ý tham gia nghiên cứu và có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả một tỉ lệ của WHO:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cho nghiên cứu; α : Hệ số tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = Z_{\alpha/2} = 1,96$; p: lấy p= 0,5 là tỷ lệ dự đoán sinh viên có kiến thức đúng về bệnh ATGĐCM; d: giá trị tương đối (d=0,05). Thay vào công thức thì cỡ mẫu tối thiểu là 384 đối tượng nghiên cứu. Thực tế chúng tôi khảo sát trên 400 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Lựa chọn các sinh viên năm thứ nhất. Đối tượng này chưa được học các môn học liên quan đến môn cơ sở ngành và chuyên ngành.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số:

- Đặc điểm nhân khẩu học: giới tính, dân tộc, nơi sinh, nơi ở hiện tại
- Kiến thức về bệnh: nguy cơ, triệu chứng, biện pháp phòng chống
- Thực hành: tình trạng nuôi chó mèo, cách thức nuôi, thói quen ăn uống sinh hoạt.
- Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành của sinh viên.

*Tiêu chí đánh giá kiến thức

Đánh giá kiến thức của sinh viên theo 2 mức độ: Không đạt: < 8 điểm và Đạt \geq 8 điểm. Tổng điểm 16 (Điểm mong đợi: ĐMĐ)

*Tiêu chí đánh giá thực hành:

+ Thực hành nuôi chó, mèo (2 mức):

- Tốt: không nuôi chó, mèo hoặc nuôi chó, mèo không thả rông, có tẩy giun cho chó, mèo, có xử lý phân chó, mèo.



-Chưa tốt: nuôi chó, mèo có ít nhất 1 trong các đặc điểm sau: thả rông, không tẩy giun cho chó, mèo, không xử lý phân chó, mèo.

+ Thói quen sinh hoạt (2 mức):

- Tốt: thực hiện được ít nhất 3/5 nội dung trong các nội dung sau: Không bồng bế chó, mèo; không ăn rau sống; không tiếp xúc đất/tiếp xúc đất nhưng mang găng tay, ủng thường xuyên; rửa tay sau khi tiếp xúc đất, trước khi ăn; không ăn thịt phủ tạng sống.

- Chưa tốt: thực hiện được ít hơn 3/5 nội dung: Không bồng bế chó, mèo; không ăn rau sống; không tiếp xúc đất/tiếp xúc đất nhưng mang găng tay, ủng thường xuyên; rửa tay sau khi tiếp xúc đất, trước khi ăn; không ăn thịt phủ tạng sống.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp sinh viên bằng bộ câu hỏi phát vấn có cấu trúc được thiết kế sẵn về đặc điểm nhân khẩu học, kiến thức và thực hành về bệnh ATGĐCM ở người. Trước khi tiến hành điều tra chính thức, bộ câu

hỏi được điều tra thử trên 20 sinh viên để chỉnh sửa phù hợp và đảm bảo thu thập số liệu chính xác.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập xong được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thống kê mô tả tính tỷ lệ %. Sử dụng các thống kê phân tích tính OR xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành về bệnh ATGĐCM.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Trường Đại học Y khoa Vinh cho phép. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ phỏng vấn khi được sự chấp thuận tự nguyện tham gia. Bộ câu hỏi không có vấn đề nhạy cảm, riêng tư.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 400)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	183	45,8
	Nữ	217	54,2
Dân tộc	Kinh	356	89
	Khác	44	11
Nơi sinh	Nông thôn	279	69,7
	Thành thị	121	30,3
Nơi ở hiện tại	Ký túc xá	82	18
	Nhà trọ	150	37,5
	Cùng với gia đình	178	44,5

Nữ chiếm tỷ lệ là 54,2%; nam chiếm tỷ lệ là 45,8%. Sinh viên người dân tộc Kinh chiếm đa số với 89%. Sinh viên đến từ vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 69,7%. Tỷ

lệ sinh viên ở cùng gia đình là chủ yếu với 44%; sinh viên ở ký túc xá chiếm tỷ lệ 18%, sinh viên ở trọ chiếm tỷ lệ 37,5%.

Bảng 2. Kiến thức về bệnh ATGĐCM ở người của sinh viên (n = 400)

	Kiến thức	Điểm	Số sinh viên trả lời có	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ nhiễm (5 điểm)	Ăn rau, hoa quả sống	1	177	44,3
	Ăn phủ tạng, thịt sống của 1 số động vật	1	40	10,0
	Tiếp xúc đất	1	80	20,0
	Bồng bế chó, mèo	1	166	41,5
	Uống nước bẩn	1	62	15,5
	Không biết	0	170	42,5
Triệu chứng (5 điểm)	Ngứa, nổi mề đay	1	187	46,8
	Đau đầu, ảnh hưởng mắt	1	57	14,2
	Đau bụng, rối loạn tiêu hoá	1	132	57,5
	Nhức chân tay, tê bì	1	42	10,5
	Sốt, thở khò khè	1	32	8,0
	Khác	0	0	0,0
	Không biết	0	170	42,8
Phòng chống (6 điểm)	Ăn chín uống sôi	1	199	49,8
	Tẩy giun cho chó, mèo	1	82	20,5
	Xử lý phân chó, mèo	1	53	13,3
	Rửa tay sau tiếp xúc đất	1	47	11,8
	Rửa tay trước khi ăn	1	82	20,5
	Không bông bế chó, mèo	1	72	18,0
	Không biết	0	170	42,5
Điểm trung bình/điểm mong đợi (ĐMD): 3,77 /16				
Tỷ lệ % so với điểm mong đợi 23,6 %				

Tỷ lệ sinh viên không biết về nguy cơ nhiễm bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,5%; không biết về triệu chứng bệnh chiếm 42,8%; không biết về phòng bệnh

chiếm 42,5%. Điểm kiến thức trung bình về bệnh ATGĐCM chỉ đạt 23,56% so với ĐMD.

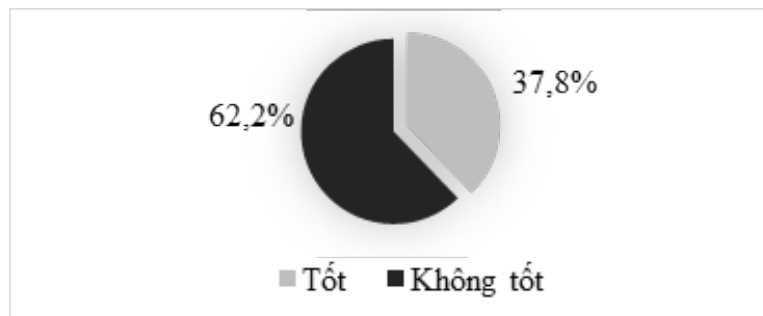


Bảng 3. Đặc điểm tình trạng nuôi chó, mèo

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng nuôi chó mèo	Có	130	32,5
	Không	270	67,5
	Tổng	400	100
Đặc điểm nuôi chó mèo	Không nuôi chó, mèo thả rông	17	13,0
	Tẩy giun cho chó, mèo	34	26,2
	Xử lý phân chó, mèo	75	57,7

Tỷ lệ sinh viên nuôi chó, mèo chiếm 32,5%. Trong số đó, tỷ lệ sinh viên không nuôi chó, mèo thả rông là 13,0%; có tẩy giun cho chó, mèo là 26,2%; xử lý phân chó, mèo là 57,7%.

Biểu đồ 1. Đánh giá tình trạng nuôi chó, mèo của sinh viên



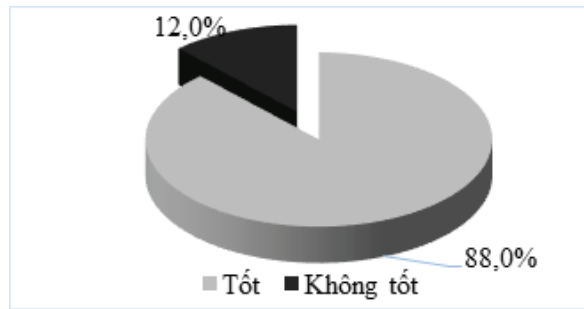
Tình trạng sinh viên không nuôi chó, mèo và nuôi chó, mèo tốt chỉ chiếm 37,8%.

Bảng 4. Thực hành về ăn uống và thói quen sinh hoạt (n = 400)

Thực hành về ăn uống và thói quen sinh hoạt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ăn nội tạng, thịt sống một số loài động vật	51	12,8
Ăn rau sống thường xuyên	148	37,0
Tiếp xúc trực tiếp đất thường xuyên	213	53,3
Không rửa tay sau khi tiếp xúc với đất	31	7,8
Không rửa tay trước khi ăn	98	24,5
Bồng bế chó thường xuyên	42	10,5

Tỷ lệ sinh viên có thói quen ăn nội tạng, thịt sống một số loài động vật là 12,8%; thói quen ăn rau sống thường xuyên là 37,0%; thói quen tiếp xúc trực tiếp với đất thường xuyên là 53,3%; không rửa tay sau khi tiếp xúc với đất là 7,8%; thói quen không rửa tay trước khi ăn là 24,5%; bông, bế chó mèo thường xuyên là 10,5%.

Biểu đồ 2. Đánh giá thói quen ăn uống, sinh hoạt của của sinh viên



Tỷ lệ sinh viên có thói quen ăn uống, sinh hoạt tốt chiếm 88,0%.

Bảng 5. Liên quan giữa kiến thức với thói quen ăn uống, sinh hoạt (n = 400)

Đặc điểm		Thói quen ăn uống, sinh hoạt				OR (95% CI)	P
		Tốt		Chưa tốt			
		n	%	n	%		
Kiến thức	Đạt	71	97,3	2	2,7	5,81 (1,38-24,5)	0,01
	Chưa đạt	281	85,9	46	14,1		

Thói quen ăn uống, sinh hoạt tốt ở đối tượng có kiến thức đạt gấp 5,81 lần nhóm có kiến thức chưa đạt và mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê (OR= 5,81; 95%CI: 1,38 - 24,5, p<0,05).

Bảng 6. Liên quan giữa kiến thức với thực hành nuôi chó, mèo (n = 400)

Đặc điểm		Thực hành nuôi chó, mèo				OR (95% CI)	P
		Tốt		Chưa tốt			
		n	%	n	%		
Kiến thức	Đạt	43	58,9	30	41,1	2,9 (1,73-4,89)	0,00
	Chưa đạt	108	33,0	219	67,0		

Thực hành nuôi chó, mèo tốt ở đối tượng có kiến thức đạt cao gấp 2,9 lần so với nhóm có kiến thức chưa đạt và mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê (OR= 2,9; 95% CI: 1,73-4,89, p<0,05).

đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu tại 4 lớp cho thấy có những sự tương đồng với nhau. Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Bùi Văn Tuấn tại Quảng Ngãi năm 2016 [7]. Sinh viên người dân tộc Kinh chiếm đa số với 89%; còn lại 11% là sinh viên người dân tộc và Lào cơ bản rải đều ở các lớp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính: nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 54,2%; nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn với 45,8%. So sánh

Sinh viên sinh sống tại nông thôn chiếm tỷ lệ 69,7% cao hơn so với thành thị. Tỷ lệ sinh viên ở cùng gia đình để đi học chiếm chủ yếu với 44%; sinh viên ở ký túc xá chiếm tỷ lệ 18%, sinh viên ở trọ chiếm tỷ lệ 37,5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sinh viên ở nông

thôn chiếm tỷ lệ cao với 69,7% số còn lại là sinh viên ở thành thị chiếm tỷ lệ ít hơn với 30,3%. Trong số sinh viên ở nông thôn có những sinh viên ở huyện lân cận, gần trường như huyện Hưng Nguyên, huyện Nghi Lộc, huyện Nam Đàn, huyện Nghi Xuân (Hà Tĩnh) nên các em có thể đi về được và ở cùng với gia đình số này chiếm tỷ lệ 44%. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ gia đình sinh viên ở cùng gia đình đi học, gia đình có làm ruộng, chăn nuôi chiếm chủ yếu, các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điều này cũng phù hợp vì trong nhóm nghiên cứu là vùng thành thị chỉ chiếm 37,5%, còn lại vùng nông thôn chiếm chủ yếu, người dân chủ yếu làm nghề nông nghiệp là chính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Kiến thức, thực hành trong phòng, chống bệnh ATGĐCM ở người của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ sinh viên không biết về nguy cơ nhiễm bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,5%; không biết về triệu chứng bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,8%; không biết về phòng bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,5%. Điểm kiến thức trung bình của đối tượng nghiên cứu về bệnh ATGĐCM chỉ đạt 23,56% so với ĐMĐ (điểm trung bình/ĐMĐ là 3,77/16).

Tỷ lệ hộ sinh viên có nuôi chó, mèo chiếm 32,5% ít hơn so với tỷ lệ sinh viên không nuôi chó, mèo (67%). Lý do có tỷ lệ không nuôi ít hơn tỷ lệ nuôi là do: sinh viên đi học ở kí túc xá không nuôi chó mèo, sinh viên ở xa về đi học ở trọ có nuôi chó, mèo không thả rông nhưng rất ít. Sinh viên ở với gia đình đi học ở ngay thành phố hoặc vùng lân cận như Hưng Nguyên, Nghi Lộc có nuôi chó, mèo thả rông và không thả rông. Tỷ lệ nuôi chó thả rông là 79,2% (không nuôi thả rông là 20,8%) tương đương với kết quả của Nguyễn Văn Chương tại Bình Định và Đắk Lắk (2014) tỷ lệ nuôi chó thả rông chung là 70,7% [8]. Tương đương với nghiên cứu của Bùi Văn Tuấn tại Bình Định và Gia Lai (2012) tỷ lệ nuôi chó thả rông là 69,2% [9]. Gia đình sinh viên vẫn còn tập quán nuôi chó, mèo để giữ nhà, làm thực phẩm, làm cảnh, thú cưng... còn phổ biến. Ngoài ra vẫn tồn tại trong các gia đình của sinh viên như thả chó, mèo tự do, không tẩy giun cho chó, mèo,... là các yếu tố nguy cơ của bệnh.

4.3. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng chống bệnh ATGĐCM

Thực hành nuôi chó, mèo tốt ở đối tượng có kiến thức

đạt cao gấp 2,9 lần so với nhóm có kiến thức chưa đạt và mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($OR = 2,9$; 95% CI: 1,73-4,89, $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy, thói quen ăn uống, sinh hoạt tốt ở đối tượng có kiến thức đạt gấp 5,81 lần nhóm có kiến thức chưa đạt và mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($OR = 5,81$; 95% CI: 1,38 - 24,5, $p < 0,05$). Điều này đúng với các nghiên cứu ở vùng nông thôn miền Nam Thái Lan phân tích kết quả cho thấy những học sinh không thực hành rửa tay trước bữa ăn, không thực hành rửa tay sau khi tiếp xúc với động vật, và uống nước không được xử lý làm tăng nguy cơ nhiễm ATGĐCM [10].

5. KẾT LUẬN

Kiến thức, thực hành của sinh viên về bệnh ATGĐCM ở người còn hạn chế: tỷ lệ sinh viên không biết về nguy cơ nhiễm bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,5%; không biết về triệu chứng bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,8%; không biết về phòng bệnh ATGĐCM ở người chiếm 42,5%. Đặc biệt, tỷ lệ nuôi chó, mèo thả rông còn cao. Do đó, cần nâng cao hiểu biết về bệnh và tăng cường thực hành nuôi chó mèo tốt, thói quen ăn uống sinh hoạt để tăng cường phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 1385/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo, Ngày 30/05/2022.
- [2] Jaramillo HD, Salazar-Garcés F, Baquero-Parra M et al., Toxocariasis and Toxocara vaccine: a review; Rev Orinoquia, 24, 2020, 79 - 95.
- [3] Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng TP Hồ Chí Minh, Bệnh giun đũa chó, mèo (Toxocariasis). <https://www.impehcm.org.vn/noi-dung/kham-benh-giun-san/benh-giun-dua-cho-meo-lac-chu-toxocara-sp.html>. Truy cập 22/2/2023.
- [4] Nguyễn Văn Chương, Bùi Văn Tuấn, Huỳnh Hồng Quang, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người tại Bình Định và Đắk Lắk, Việt Nam; Tạp chí

- Phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2014: 83-90.
- [5] Bùi Văn Tuấn, Thực trạng, một số yếu tố liên quan nhiễm ấu trùng giun đũa chó ở người tại huyện Mộ Đức, tỉnh Quảng Ngãi năm 2016 và hiệu quả một số biện pháp can thiệp; Luận án tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương, 2018.
- [6] Đậu Huy Hoàn, Thực trạng và các yếu tố liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người tại Nghệ An, hiệu quả một số biện pháp can thiệp; Đề tài cấp tỉnh Nghệ An, 2022.
- [7] Bùi Văn Tuấn, Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Hải Khánh và cộng sự, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ nhiễm ấu trùng giun *Toxocara* spp ở một số điểm tại Bình Định và Gia Lai năm 2012; Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 16(3), 2012, 91 - 95.
- [8] Nguyễn Văn Chương, Bùi Văn Tuấn, Huỳnh Hồng Quang, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo ở người tại Bình Định và Đắk Lắk, Việt Nam; Tạp chí Phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2014, 83-90.
- [9] Bùi Văn Tuấn, Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Hải Khánh và cộng sự, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ nhiễm ấu trùng giun *Toxocara* spp ở một số điểm tại Bình Định và Gia Lai năm 2012; Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 16(3), 2012, 91 - 95.
- [10] Phasuk N, Punsawad C, Seroprevalence of *Toxocara canis* infection and associated risk factors among primary schoolchildren in rural Southern Thailand. Trop Med Health, 2020, 48:23.



NUTRITIONAL STATUS AND ACTUAL DIETARY INTAKE OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN SOME SPECIALIZED EDUCATIONAL FACILITIES - VINH CITY, 2023

Phan Thi Dieu Ngoc*, Ngo Tri Hiep, Tran Ngoc Binh

Vinh Medicinal University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status, describe eating behaviors, and analyze the actual dietary intake of children with ASD in specialized educational institutions in Vinh city in 2023.

Research Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 92 children diagnosed with ASD in selected specialized educational institutions in Vinh city from June to October 2023.

Results: The study revealed that based on the anthropometric weight-for-age index, 10 children (10.9%) were undernourished. According to the weight-for-height index, 28 children (30.4%) were stunted, while based on the weight-for-height index, 6 children (6.5%) were underweight and 19 children (20.7%) were overweight or obese. Children exhibited clinical signs of nutritional deficiencies and eating behavior disorders. A statistically significant association was found between mild malnutrition and the age group of the children participating in the study ($p < 0.05$). The improper meal structure contributed to an imbalance in the nutritional value of children's diets.

Conclusion: Evaluating the effectiveness of intervention measures is essential to improve the nutritional status of children with ASD. Further research is needed to understand which strategies can enhance their dietary habits and ensure they receive the necessary nutrients, ultimately improving their overall well-being.

Keywords: Autism, children, nutritional status, dietary intake, eating behaviors.

*Corresponding author

Email address: nguyennhoc.vmu@gmail.com

Phone number: (+84) 904 373 377

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN ĂN THỰC TẾ CỦA TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ GIÁO DỤC CHUYÊN BIỆT, THÀNH PHỐ VINH NĂM 2023

Phan Thị Diệu Ngọc*, Ngô Trí Hiệp¹, Trần Ngọc Bình¹

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại một số cơ sở giáo dục chuyên biệt - thành phố Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 92 trẻ chẩn đoán là rối loạn phổ tự kỷ tại một số cơ sở giáo dục chuyên biệt - thành phố Vinh từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc cân nặng/tuổi có 10 trẻ (10,9%) bị suy dinh dưỡng. Theo chỉ số cân nặng/tuổi có 28 trẻ (30,4%) suy dinh dưỡng thể thấp còi, theo chỉ số cân nặng/chiều cao có 6 trẻ (6,5%) trẻ bị suy dinh dưỡng thể gầy còm và 19 trẻ (20,7%) bị thừa cân béo phì. Trẻ có các biểu hiện lâm sàng của thiếu vi chất dinh dưỡng và rối loạn hành vi ăn uống. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa SDD nhẹ cân với nhóm tuổi của trẻ tham gia nghiên cứu ($p < 0,05$). Cơ cấu bữa ăn không hợp lý nên giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của trẻ mất cân bằng.

Kết luận: Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp cần được thực hiện để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ tự kỷ.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ; trẻ em; tình trạng dinh dưỡng; khẩu phần ăn.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenngoc.vmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 373 377

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (gọi là tự kỷ) là một rối loạn trong nhóm các rối loạn phát triển lan tỏa, có mức độ thể hiện từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm từ khi trẻ còn nhỏ (thường là trước 3 tuổi) và diễn biến kéo dài [1]. Trẻ tự kỷ thường có những rối loạn hành vi ăn uống, bao gồm những rối loạn hành vi trong bữa ăn (từ chối không ăn, ngậm thức ăn, nôn trong bữa ăn, hạn chế trong nhai, nuốt thức ăn, ...) và ăn uống kén chọn (ăn hạn chế, kén chọn thức ăn có cấu trúc thấp - thức ăn tinh, kén chọn màu sắc, mùi vị và nhiệt độ thức ăn) [2]. Tỷ lệ trẻ tự kỷ gia tăng nhanh chóng đang đặt ra những vấn đề lớn đối với nhiều quốc gia. Năm 2018, theo Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Mỹ, trẻ trai được chẩn đoán mắc tự kỷ cao hơn bé gái 4,2 lần. Tại Hoa Kỳ năm 2014 xu hướng tỷ lệ trẻ tự kỷ tăng lên với tần suất 1/59 trẻ, năm 2016 tỷ lệ là 1/54 và năm 2018 tỷ lệ tăng lên 1/44 [3]. Tại Việt Nam trong những năm gần đây, số lượt trẻ đến khám tại Khoa Tâm thần (Bệnh viện Nhi Trung ương) được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ hay có dấu hiệu tự kỷ ngày càng gia tăng [4]. Ở Nghệ An, mặc dù đã có một số nghiên cứu về dịch tễ, lâm sàng, can thiệp điều trị và các yếu tố liên quan ở trẻ tự kỷ, nhưng có rất ít nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về vấn đề dinh dưỡng và khẩu phần ăn cho trẻ tự kỷ. Do vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu là đánh giá tình trạng dinh dưỡng, mô tả hành vi ăn uống và khẩu phần ăn thực tế của trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại một số cơ sở giáo dục chuyên biệt - thành phố Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu tại Trung tâm giáo dục chuyên biệt Tùng Bướm Nhỏ, Quỹ Bảo trợ trẻ em tỉnh Nghệ An và Trung tâm giáo dục chuyên biệt Minh Anh từ 6/2023 đến 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Những trẻ đã được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ bởi các bác sĩ chuyên khoa tâm bệnh (đáp ứng đủ theo tiêu

chẩn đoán của DSM – V). Bố mẹ, người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Ban giám đốc, quản lý của trung tâm nơi trẻ tự kỷ học tập, can thiệp chấp thuận.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ rối loạn phổ tự kỷ vắng mặt hoặc mắc các bệnh cấp tính tại thời điểm nghiên cứu và bố mẹ, người chăm sóc chính không có khả năng nghe hiểu và trả lời câu hỏi.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ của WHO:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu. Với độ tin cậy 95%, ta có $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: Căn cứ theo kết quả nghiên cứu của Ranjan Sobhana (2015), tỷ lệ suy dinh dưỡng trên trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ chung khoảng 6,0% [5].

d = 0,05 là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P).

Thay công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 87 trẻ. Trong thực tế chúng tôi điều tra nghiên cứu được tổng số 92 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện (Trẻ tự kỷ và người chăm sóc của trẻ, có mặt tại thời điểm nghiên cứu và đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu được mời tham gia vào nghiên cứu).

2.5. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về thông tin chung: Năm sinh, giới, dân tộc...

- Nhóm biến đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, triệu chứng thiếu vi chất

- Nhóm biến số đánh giá khẩu phần ăn: Khẩu phần ăn 24h

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi tự điền được thiết kế sẵn, sử dụng cân Tanita có độ chính xác

tới 100g và thước đo chiều cao loại microtoise để xác định cân nặng và chiều cao của trẻ, phiếu điều tra khẩu phần ăn 24h. Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bao gồm: thông tin chung về trẻ và người trả lời, tiền sử chăm sóc dinh dưỡng, tình trạng dinh dưỡng, bảng kiểm đánh giá hành vi trong khi ăn của trẻ, tần suất tiêu thụ thực phẩm, phiếu hỏi ghi khẩu phần ăn 24 giờ.

Tiêu chuẩn đánh giá: Hiện nay, người ta nhận định tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em chủ yếu dựa vào 3 chỉ tiêu sau: (1) Cân nặng theo tuổi; (2) Chiều cao theo tuổi và (3) Cân nặng theo chiều cao.

Từ dưới -2SD: suy dinh dưỡng

-2SD đến +2SD: bình thường

Trên +2SD: thừa cân, béo phì

WHO đã đề nghị lấy quần thể NCHS của Hoa Kỳ làm quần thể tham chiếu và đề nghị này hiện nay đã được ứng dụng rộng rãi, mặc dù cũng còn một số nước áp dụng các quần thể tham chiếu địa phương. Sử dụng các giới hạn “ngưỡng” (cut-off-point) các cách như sau:

- Theo % so với quần thể tham chiếu như các thang phân loại của Gomez và Jelliffe.

- Theo phân bố thống kê, thường lấy -2SD của số trung bình làm giới hạn ngưỡng. Từ đó người ta tính được tỷ lệ ở dưới hoặc trên các ngưỡng đó [6].

- Theo độ lệch chuẩn (Z score hay SD score) [6]:

Kích thước đo được – Số trung bình của quần thể chuẩn

$$Z \text{ score} = \frac{\text{Giá trị SD của quần thể chuẩn}}$$

- Nhóm biến số đánh giá khẩu phần ăn:

- *Tần suất tiêu thụ thực phẩm:* (Theo bảng thành phần dinh dưỡng thực phẩm của Việt Nam) theo mức độ hàng ngày khi ≥ 1 lần/ngày, hàng tuần khi trẻ tiêu thụ 1 - 6 lần/tuần; hàng tháng khi trẻ tiêu thụ 1 - 4 lần/tháng và hiếm khi khi trẻ tiêu thụ <1 lần/tháng.

+ Số lượng sữa tiêu thụ trong ngày: đối với trẻ uống sữa hàng ngày, là tổng lượng sữa và các sản phẩm của sữa dùng trong 1 ngày, tính bằng ml. Tiêu thụ sữa hàng ngày: là trẻ dùng sữa hàng ngày với tổng lượng sữa từ 110ml trở lên.

- *Khẩu phần ăn 24h:* Dựa trên số số nhóm thực phẩm mà trẻ tiêu thụ trong 24 giờ qua. Tám nhóm thực phẩm do FAO (FAO, 2008) và Viện Dinh dưỡng Quốc gia khuyến cáo để đánh giá sự đa dạng trong khẩu phần ăn được sử dụng đó là:

+ Nhóm 1. Lương thực: gạo, ngô, khoai, sắn... đây là nguồn cung cấp glucid/chất bột, đường cung cấp đại bộ phận năng lượng cho cơ thể.

+ Nhóm 2. Nhóm hạt các loại: đậu, đỗ, vừng, lạc...

+ Nhóm 3. Nhóm sữa và các sản phẩm từ sữa

+ Nhóm 4. Nhóm thịt các loại, cá và hải sản

+ Nhóm 5. Nhóm trứng các loại và sản phẩm của trứng

Các thực phẩm trong các nhóm từ 2 đến 5 là nguồn cung cấp protein/chất đạm.

+ Nhóm 6. Nhóm củ quả có màu vàng, màu da cam, màu đỏ như cà rốt, bí ngô, gấc, cà chua... hoặc rau tươi có màu xanh thẫm.

+ Nhóm 7. Nhóm rau củ quả khác như su hào, củ cải...

Các thực phẩm trong nhóm 6 và nhóm 7 là nguồn cung cấp vitamin, chất khoáng và chất xơ.

+ Nhóm 8. Nhóm dầu ăn, mỡ các loại: Là nguồn cung cấp lipid/chất béo.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu phỏng vấn đều được kiểm tra trước khi tiến hành nhập liệu. Các phiếu sau khi thu thập được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, phần mềm Vietnam Eiyokun để phân tích khẩu phần ăn.

Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Kiểm định Chi-Square, Test One Way ANOVA, Test T-Test để kiểm định đánh giá mức ý nghĩa của các biến độc lập với mức ý nghĩa $\alpha < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh thông qua theo quyết định số 1097/QĐ-ĐHYKV-QLKH ngày 12/05/2023. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến thể chất cũng như tinh thần của trẻ và gia đình trẻ.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=92)

Nhóm tuổi (tháng)	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 36	22	23,9	9	9,8	31	33,7
36- 60	28	30,4	9	9,8	37	40,2
> 60	17	18,5	7	7,6	24	26,1
Tổng	67	72,8	25	27,2	92	100,0
$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max): 51,55 ± 2,93; (17 – 139)						

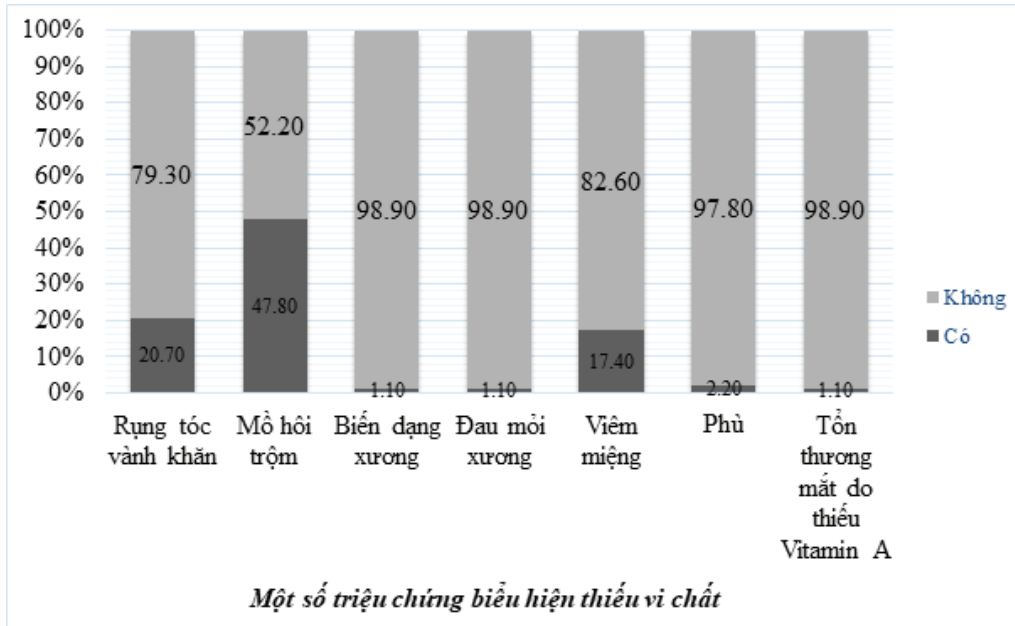
Trong tổng số 92 đối tượng tham gia nghiên cứu 67 trẻ trai (72,8%) và 25 trẻ gái (27,2%), tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 2,68/1. Phần lớn trẻ dưới 60 tháng tuổi (dưới 36 tháng là 33,7% và từ 37 đến 60 tháng là 40,2%), Tuổi trung bình của trẻ là 51,55 ± 2,93 tháng, tuổi thấp nhất là 17 tháng, cao nhất là 139 tháng.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi (n=92)

Tình trạng dinh dưỡng		Nhóm tuổi			p*
		< 36 (n=31)	37 - 60 (n=37)	> 61 (n=24)	
SDD thể thấp còi	Có	10 (32,3%)	11 (29,7%)	7 (29,2%)	0,963
	Không	21 (67,7%)	26 (70,3%)	17 (70,8%)	
SDD thể nhẹ cân	Có	1 (3,2%)	3 (8,1%)	6 (25,0%)	0,029
	Không	30 (96,8%)	34 (91,9%)	18 (75,0%)	
SDD thể gầy còm	Có	1 (3,2%)	4 (10,8%)	1 (4,2%)	0,389
	Không	30 (96,8%)	33 (89,2%)	86 (93,5%)	

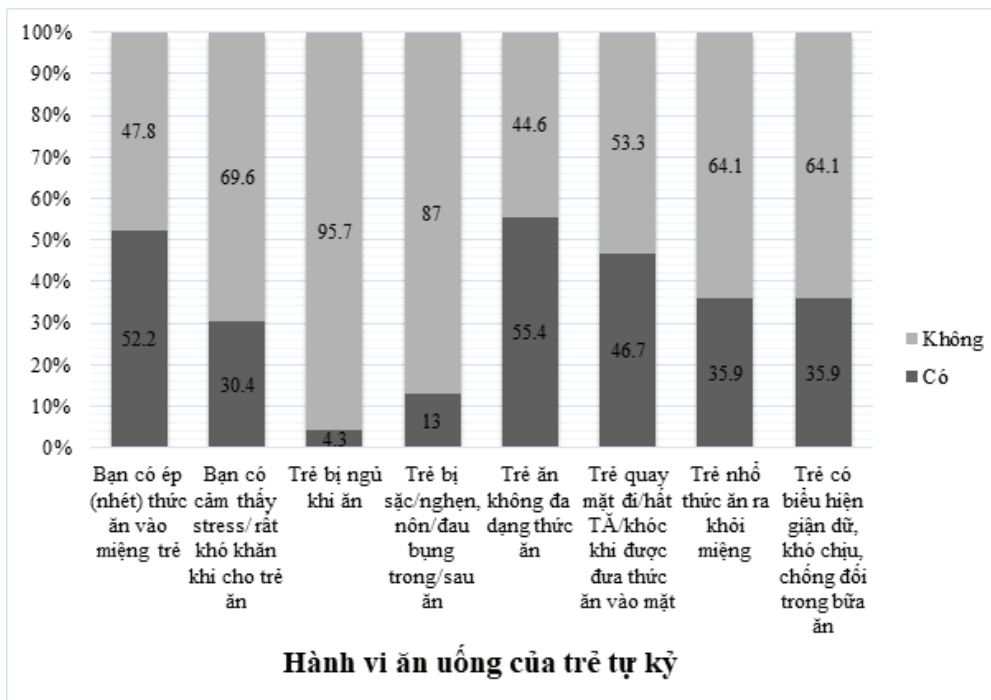
Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa suy dinh dưỡng (SDD) nhẹ cân với nhóm tuổi của trẻ tham gia nghiên cứu (p<0,05).

Hình 1. Một số triệu chứng biểu hiện thiếu vi chất (n =92)



Trong nghiên cứu, một số triệu chứng biểu hiện thiếu vi chất chủ yếu ở trẻ là mồ hôi trộm (47,8%), rụng tóc vành khăn (20,7%), viêm miệng (17,4%).

Hình 2. Hành vi ăn uống của trẻ tự kỷ (n =92)



Trẻ có biểu hiện rối loạn hành vi ăn uống ở các hành vi ép thức ăn vào miệng trẻ (52,5%); người trông trẻ cảm thấy stress/rất khó khăn khi cho trẻ ăn (30,4%); trẻ không ăn đa dạng thức ăn (55,4%); trẻ quay mặt đi/hắt

thức ăn/khóc khi được đưa thức ăn vào mặt (46,7%); trẻ nhỏ thức ăn ra khỏi miệng (35,9%); trẻ có biểu hiện giậm dứ, khó chịu, chống đối trong bữa ăn (35,9%).

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của trẻ tự kỷ (n = 92)

Thành phần các chất dinh dưỡng	Trẻ tự kỷ bị suy dinh dưỡng	Trẻ tự kỷ có TTDD bình thường	Trẻ tự kỷ thừa cân, béo phì	p*
Theo chỉ số sinh trắc cân nặng/tuổi				
Fe	12,57 ± 5,61	8,92 ± 0,7	24,79 ± 18,21	0,011
Vitamin B ₁	1,45 ± 0,44	1,14 ± 0,8	3,14 ± 1,9	0,002
Theo chỉ số sinh trắc chiều cao/cân nặng				
Protid	54,48 ± 11,8	46,99 ± 1,5	56,91 ± 3,82	0,027
Zn	9,8 ± 6,63	4,03 ± 0,37	4,82 ± 0,61	0,023

So sánh giữa khẩu phần ăn của các nhóm trẻ tự kỷ có suy dinh dưỡng, tự kỷ có suy dinh dưỡng và nhóm trẻ tự kỷ thừa cân/béo phì theo chỉ số sinh trắc chiều cao/cân nặng và cân nặng/tuổi có sự khác biệt ở hàm lượng Fe, Vitamin B1, Protit và Zn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

4. BÀN LUẬN

Về giới: Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trẻ trai có tỷ lệ mắc tự kỷ cao hơn rất nhiều so với trẻ gái. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ trai được chẩn đoán tự kỷ cao hơn trẻ gái với tỷ lệ trai/gái là 2,68/1 (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Prahbjot Malhi và cộng sự với 72% trẻ trai và 28% trẻ gái [7].

Về tuổi: Tuổi trung bình của trẻ tự kỷ là 51,55 ± 2,93 tháng tuổi, tuổi thấp nhất là 17 tháng, cao nhất là 139 tháng. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Prahbjot Malhi do có sự tương đồng phương pháp chọn đối tượng nghiên cứu [7].

Trong nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt về tỷ lệ mắc các thể suy dinh dưỡng ở các thể giữa nhóm trẻ trai và gái với. Tỷ lệ mắc suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ từ dưới 36 tháng là cao nhất, suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ lớn hơn 61 tháng là cao nhất và suy dinh dưỡng thể gầy còm ở trẻ 37 - 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). không có sự khác biệt trong tỷ lệ thừa cân/

béo phì theo giới và tỷ lệ giữa thừa cân béo phì theo nhóm tuổi.

Trẻ có các biểu hiện lâm sàng của thiếu vi chất dinh dưỡng như mồ hôi trộm (47,8%), rụng tóc vành khăn (20,7%), viêm miệng (17,4%). Đây cũng là các triệu chứng thường gặp trẻ em bị suy dinh dưỡng đến khám và tư vấn tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Nhi Trung ương, theo nghiên cứu của tác giả Chu Thị Phương Mai (2014) [8]. Tỷ lệ rối loạn về hành vi ăn uống của trẻ tương đối cao. Trong đó hành vi ép thức ăn vào miệng trẻ (52,5%); người trông trẻ cảm thấy stress/ rất khó khăn khi cho trẻ ăn (30,4%); trẻ không ăn đa dạng thức ăn (55,4%); trẻ quay mặt đi/hắt thức ăn/khóc khi được đưa thức ăn vào mặt (46,7%); trẻ nhổ thức ăn ra khỏi miệng (35,9%); trẻ có biểu hiện giận dữ, khó chịu, chống đối trong bữa ăn (35,9%). Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Linda G Bandini (2010) với kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ tự kỷ đầy nếm đồ ăn (33%), ngậm thức ăn (25%), nôn trong bữa ăn (8%), có vấn đề trong nhai, nuốt thức ăn (21%) [9].

Trong nghiên cứu, do cơ cấu bữa ăn không hợp lý nên giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của trẻ ở nhóm trẻ rối loạn tự kỷ có suy dinh dưỡng thấp hơn về số lượng và mất cân bằng hơn về cơ cấu chất lượng so với nhóm trẻ rối loạn tự kỷ không bị suy dinh dưỡng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa khẩu phần ăn của các nhóm trẻ tự kỷ có suy dinh dưỡng, tự kỷ không suy dinh dưỡng và tự kỷ thừa cân/béo phì theo các chỉ số sinh trắc ở hàm lượng Fe, Vitamin B1, Protit và Zn. (p<0,05).

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc cân nặng/tuổi có 10 trẻ (10,9%) bị suy dinh dưỡng. Theo chỉ số cân nặng/tuổi có 28 trẻ (30,4%) suy dinh dưỡng thể thấp còi, theo chỉ số cân nặng/chiều cao có 6 trẻ (6,5%) trẻ bị suy dinh dưỡng thể gầy còm và 19 trẻ (20,7%) bị thừa cân béo phì. Trẻ có các biểu hiện lâm sàng của thiếu vi chất dinh dưỡng như mô hôi trộm (47,8%), rụng tóc vành khăn (20,7%), viêm miệng (17,4%). Tỷ lệ rối loạn về hành vi ăn uống của trẻ tương đối cao. Trong đó hành vi ép thức ăn vào miệng trẻ (52,5%); người trông trẻ cảm thấy stress/rất khó khăn khi cho trẻ ăn (30,4%); trẻ không ăn đa dạng thức ăn (55,4%); trẻ quay mặt đi/hắt thức ăn/khóc khi được đưa thức ăn vào miệng (46,7%); trẻ nhổ thức ăn ra khỏi miệng (35,9%); trẻ có biểu hiện giận dữ, khó chịu, chống đối trong bữa ăn (35,9%). cơ cấu bữa ăn không hợp lý nên giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của trẻ ở nhóm trẻ rối loạn tự kỷ có suy dinh dưỡng thấp hơn về số lượng và mất cân bằng hơn về cơ cấu chất lượng so với nhóm trẻ rối loạn tự kỷ không bị suy dinh dưỡng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa khẩu phần ăn của các nhóm trẻ tự kỷ có suy dinh dưỡng, tự kỷ không suy dinh dưỡng và tự kỷ thừa cân/béo phì theo các chỉ số sinh trắc ở hàm lượng Fe, Vitamin B1, Protit và Zn. ($p < 0,05$). Cần thực hiện các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ tự kỷ. Những nghiên cứu này có thể là bước quan trọng trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống và sức khỏe tổng thể của trẻ tự kỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] WHO, Autism, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Accessed 17/11/2023.

- [2] Geneviève N, Debbie EF, Winnie D et al., Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Res Treat*, 2011: 541926.
- [3] CDC (USA), Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018, in *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2021; Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7011a1.htm>.
- [4] Đâu Tuấn Nam, Vũ Hải Vân, Chính sách đối với trẻ tự kỷ ở Việt Nam hiện nay. *Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam*, 11(96), 2015, 60 -67.
- [5] Ranjan, S. and J.A. Nasser, Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: do we know enough. *Adv Nutr*, 6(4), 2015, 397-407.
- [6] Madden K, Feldman HA, Smith EM et al., Vitamin D deficiency in critically ill children. *Pediatrics*, 130(3), 2012, 421-428
- [7] Malhi P, Sensory Processing Dysfunction and Mealtime Behavior Problems in Children With Autism. *Indian Pediatr*, 58(9), 2021, 842-845.
- [8] Chu Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Việt Hà, Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến dinh dưỡng của trẻ từ 6-24 tháng tuổi tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương; *Tạp chí Nhi khoa*, 2014.
- [9] Bandini LG, Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*, 157(2), 2010, 259-64.



THE SITUATION OF TOBACCO, E-CIGARETTES SMOKING AND SOME RELEVANT FACTORS OF VINH MEDICAL UNIVERSITY' STUDENTS

Nguyen Trong Tuan*, Ta Tram Anh

Vinh Medical University -161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: The description of tobacco and e-cigarettes smoking and some factors related of Vinh medical university students in 2023 at Vinh Medical University.

Method: Cross-sectional descriptive study design with analysis of 1777 students at Vinh Medical University from February 2023 to August 2023.

Results: The smoking rate 5.3%, The smoking rate of male students 15.4%, female 0.8%. The majority of smokers had been smoking less than 1 year 61.1%. There are 85.3% of smoking students has assessment level under good. Smoking students who come from urban and rural with rates of 39.0% and 44.2% in respectively.

Conclusions: The smoking rate in Vinh Medical University's student is low, almost used both traditional tobacco and e-cigarettes. The majority of smokers were Medical students

Key words: Tobacco smoking, e-cigarettes, students of Vinh Medical University

*Corresponding author

Email address: tuanguyentrong1288@gmail.com

Phone number: (+84) 914 566 783

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ, THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Trọng Tuấn*, Tạ Trâm Anh

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1777 sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023.

Kết quả nghiên cứu: Sinh viên có hút thuốc 5,3%. Nam sinh viên hút thuốc 15,4%, nữ giới 0,8%. Thời gian hút thuốc chủ yếu là dưới 1 năm 61,1%. SV đang hút thuốc chủ yếu thuộc nhóm có học lực từ Khá trở xuống 85,3%. SV hút thuốc đến từ thành thị và nông thôn với tỷ lệ lần lượt là 39,0% và 44,2%.

Kết luận: Tỷ lệ hút thuốc của sinh viên thấp, chủ yếu sử dụng cả thuốc lá truyền thống và thuốc lá điện tử. SV hút thuốc chủ yếu là sinh viên Y khoa.

Từ khóa: Hút thuốc lá, thuốc lá điện tử; sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: tuannguoyentrong1288@gmail.com

Điện thoại: (+84) 914 566 783

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc lá là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo số liệu của tổ chức Y tế Thế giới (WHO) mỗi năm có hơn 8 triệu người chết do các bệnh liên quan đến hút thuốc lá và 1,2 triệu người chết vì hút thuốc thụ động [1]. Tại Việt Nam, hàng năm có hơn 40.000 người chết do các bệnh có liên quan đến thuốc lá. Theo kết quả điều tra của Bộ Y tế tại 64 tỉnh, thành phố năm 2020, cho thấy so với năm 2015 tỷ lệ hút thuốc chung ở người trưởng thành giảm từ 22,5% xuống 21,7%. Tuy nhiên Việt Nam vẫn trong nhóm 15 nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao nhất thế giới [2]. Đặc biệt, tỷ lệ người sử dụng thuốc lá kiểu mới như thuốc lá điện tử gia tăng mạnh trong thời gian gần đây. Năm 2015 tỷ lệ này mới ở mức 0,2%, đến năm 2020 tăng lên 3,6%.

Sinh viên (SV) khối ngành khoa học sức khỏe nói chung và SV trường Đại học Y khoa Vinh nói riêng là những cán bộ y tế hiện tại cũng như trong tương lai đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đồng thời cũng là bộ phận tiên phong trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, vận động người dân từ bỏ hút thuốc, không hút thuốc lá, thuốc lá điện tử. Do vậy, hành vi, thái độ đối với việc hút thuốc lá, thuốc lá điện tử cũng như việc phòng chống tác hại của thuốc lá của sinh viên nhà trường là vấn đề cấp bách và hết sức cần thiết.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên đang học tập tại trường Đại học Y khoa Vinh

năm học 2022-2023 đồng ý tham gia nghiên cứu và có mặt tại trường trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần chọn, p: Trị số mong muốn của tỷ lệ. Chọn p = 0,309 (Tỷ lệ hút thuốc lá ở nam sinh viên trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình năm 2018 là 30,9%) [3].

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% là 1,96, d: Khoảng sai số mong muốn thu được từ mẫu so với thực tế; d = 0,05, α : Mức ý nghĩa thống kê (5%)

Thay vào công thức tính được n = 329. Trên thực tế có 1777 sinh viên tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm tuổi, giới, chuyên ngành học, kết quả học tập, quê quán, nơi ở hiện tại, tình trạng đi làm thêm.
- Tình trạng hút thuốc, loại thuốc, lý do hút thuốc, tần suất, địa điểm hút thuốc, thái độ với việc bỏ thuốc

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn thông qua bộ phiếu điều tra. Xây dựng bộ phiếu điều tra phù hợp với mục tiêu nghiên cứu

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích kết quả bằng SPSS 20.0. Tính các giá trị tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh theo Quyết định số 799/QĐ-ĐHYKV-QLKH. Các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các thông tin đối tượng cung cấp chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh

Bảng 1. Tỷ lệ hút thuốc của sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh (n = 1777)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ hút	1682	94,6
Hút hàng ngày	25	1,4
Thỉnh thoảng hút	8	0,5
Đã bỏ	62	3,5
Tổng	1777	100

Trong số 1777 sinh viên tham gia nghiên cứu, có 95 người có hút thuốc chiếm tỷ lệ 5,4%. Trong đó tỷ lệ hiện đang hút thuốc thấp, dưới 2% (1,4% hút hàng ngày và 0,5% thỉnh thoảng hút). Tỷ lệ có hút thuốc nhưng đã bỏ là 3,5%.

Bảng 2. Loại thuốc sử dụng (n = 95)

Loại thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thuốc lá truyền thống	38	40,0
Thuốc lá điện tử	16	16,8
Cả hai	41	43,2
Tổng	95	100

Đa số sinh viên hút cả hai loại thuốc chiếm tỷ lệ 43,2%. Tỷ lệ sinh viên chỉ hút thuốc lá truyền thống và thuốc lá điện tử lần lượt là 40,0% và 16,8%

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử của sinh viên

Bảng 3. Liên quan với giới tính (n = 1777)

Giới	Hút thuốc	Có hút thuốc		Không hút thuốc		OR (95% CI)
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Nam		85	15,4	468	84,6	22,05 (11,05- 42,83)
Nữ		10	0,8	1214	99,2	—
Tổng		95	5,3	1682	94,7	

Trong số 95 sinh viên hút thuốc có 85 nam sinh viên (89,5%) và 10 nữ sinh viên (10,5%). Tỷ lệ hút thuốc trong nam sinh viên là 15,4% cao gấp 22,05 lần so với

tỷ lệ hút thuốc trong nữ sinh viên (0,8%) (OR= 22,05; 95%CI 11,05- 42,83). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Bảng 4. Liên quan với quê quán (n = 1777)

	Có hút thuốc		Không hút thuốc		OR (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Thành thị	37	8,6	392	91,4	2,497 (1,581-3,942)
Nông thôn	42	3,6	1111	96,4	–
Miền núi	16	8,2	179	91,8	2,364 (1,301-4,296)
Tổng	95	5,3	1682	94,7	

Trong nhóm có hút thuốc, sinh viên có quê quán ở thành thị và nông thôn là chủ yếu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,0% và 44,2%. Chỉ có 16,8% có quê quán ở miền núi. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hút thuốc của sinh viên

có quê quán ở thành thị và miền núi tương ứng là 8,6% và 8,2% cao hơn nhiều so với tỷ lệ hút thuốc của nhóm đến từ nông thôn (3,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan với chuyên ngành học (n = 1777)

	Có hút thuốc		Không hút thuốc		OR (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Y khoa	70	6,6	985	93,4	2,653 (1,138-6,184)
Điều dưỡng	6	2,6	224	97,4	–
Dược học	11	2,9	374	97,1	1,098 (0,401-3,010)
Y học dự phòng	6	9,8	56	90,2	1,697 (0,332-8,684)
Kỹ thuật xét nghiệm	2	4,3	44	95,7	4,073 (1,265-13,114)
Tổng	95	5,3	1682	94,7	

Trong số 95 sinh viên đã và đang hút thuốc đa số là các sinh viên chuyên ngành Y khoa chiếm tỷ lệ 73,7%. Tiếp đến là nhóm sinh viên Dược với tỷ lệ 11,6%.

Tỷ lệ hút thuốc cao nhất là ở nhóm SV Y học dự phòng, với tỷ lệ 9,8%. Tiếp đến là nhóm SV Y khoa (6,6%). Thấp nhất là ở chuyên ngành Điều dưỡng (2,6%). Sự

khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ hút thuốc ở nhóm SV y khoa cao gấp 2,653 lần nhóm SV điều dưỡng (OR= 2,653; 95%CI 1,138-6,184). Tỷ lệ hút thuốc ở nhóm SV kỹ thuật xét nghiệm cao gấp 4,073 lần nhóm SV điều dưỡng (OR= 4,073; 95%CI 1,265-13,114).

Bảng 6. Liên quan với kết quả học tập (n = 1777)

	Có hút thuốc		Không hút thuốc		OR (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Xuất sắc	4	30,8	9	69,2	9,389 (2,806-31,420)
Giỏi	10	4,5	212	95,5	0,996 (0,501-1,984)
Khá	56	4,5	1183	95,5	–
Trung bình	19	6,5	273	93,5	25,350 (7,509-85,583)
Yếu	6	54,5	5	45,5	1,470 (0,860-2,515)
Tổng	95	5,3	1682	94,7	

Nhóm sinh viên có hút thuốc lá đa phần học lực từ Khá trở xuống với tỷ lệ 85,3%. Tỷ lệ sinh viên hút thuốc có học lực Xuất sắc và Giỏi lần lượt là 4,2% và 10,5%.

Bảng 7. Liên quan với nơi ở hiện nay (n = 1777)

	Có hút thuốc		Không hút thuốc		OR (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Gia đình	13	7,3	166	92,7	1,964 (0,890-4,332)
Ký túc xá	13	3,8	326	96,2	–
Ở trọ	66	5,5	1132	94,5	1,462 (0,797-2,684)
Nhà người thân	3	4,9	58	95,1	1,297 (0,358-4,694)
Tổng	95	5,3	1682	94,7	

Đa phần các sinh viên có hút thuốc hiện đang ở trọ chiếm tỷ lệ 69,5%. Tiếp đến là nhóm ở cùng với gia đình hoặc ở ký túc xá đều chiếm tỷ lệ 13,7%. Nhóm sinh viên đang ở cùng nhà người thân chỉ chiếm 3,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 1777 sinh viên hệ chính quy đang học tập tại trường Đại học

Y khoa Vinh trong năm học 2022-2023. Trong đó có 1682 SV chưa bao giờ hút thuốc chiếm tỷ lệ 94,6% và có 95 SV có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 5,4%. 33 SV đang hút thuốc chiếm tỷ lệ 1,9% và có 62 SV từng hút thuốc nhưng đã bỏ chiếm tỷ lệ 3,5%. Tỷ lệ sinh viên hút thuốc trong nghiên cứu này thấp hơn so với các tác giả Brozek, Karamat, Nguyễn Thu Hồng và Phạm Hồng Duy Anh [4 -7]. Điều này có thể giải thích do trong những năm gần đây, các trường đại học khoa học sức khỏe của Việt Nam nói chung và trường Đại học Y khoa Vinh nói riêng đã nghiêm chỉnh chấp hành



thực hiện Luật Phòng chống tác hại thuốc lá cũng như tăng cường truyền thông giáo dục về nguy cơ của việc hút thuốc lá, thuốc lá điện tử, xây dựng nhiều chương trình nhằm hạn chế tình trạng hút thuốc tại trường học như đưa nội dung của phòng chống tác hại thuốc lá vào kế hoạch hoạt động hàng năm, đưa ra quy định cấm hút thuốc tại trường học, treo biển cấm hút thuốc tại cơ quan, giảng đường... Chính vì vậy nhiều SV trong nghiên cứu này có thể nhận thức rõ về tác hại của việc hút thuốc so với các SV của các trường đại học khoa học sức khỏe trước đó. Ngoài ra việc hút thuốc không còn là phương thức lý tưởng để thể hiện cái tôi cá nhân của những người trẻ tuổi trong những năm gần đây mà còn có thể có nhiều phương thức khác như thời trang, mỹ phẩm, phương tiện đi lại, giải trí...

Tỷ lệ hút thuốc ở nam sinh viên là 15,4% cao gấp 22,05 lần so với tỷ lệ hút thuốc ở nữ sinh viên (0,8%) (95% CI 11,05- 42,83). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Lương Thị Yên, Phạm Hồng Duy Anh [7], [8]. Điều này có thể giải thích do ở các nước châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng, việc hút thuốc có thể không được chấp nhận về mặt văn hóa và xã hội đối với phụ nữ dẫn đến việc nữ giới hút thuốc là không phổ biến

SV có quê quán ở thành thị và miền núi có tỷ lệ hút thuốc cao hơn so với nhóm SV ở nông thôn. Cụ thể tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm SV ở thành thị và miền núi đều cao gấp 2,4-2,5 lần so với nhóm SV có quê quán ở nông thôn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chúng tôi cho rằng với nhóm SV có quê quán ở thành thị thường có điều kiện kinh tế và môi trường sống phức tạp hơn hai nhóm SV còn lại nên có nhiều cơ hội tiếp cận với thuốc lá, thuốc lá điện tử. Còn đối với nhóm SV đến từ miền núi, tuy có thể điều kiện kinh tế không bằng nhóm SV đến từ thành thị tuy nhiên việc hút thuốc từ lâu đã trở thành thói quen của đồng bào dân tộc miền núi, đồng thời người dân tại đây cũng có ít cơ hội tiếp cận với các chương trình truyền thông giáo dục cộng đồng về tác hại của thuốc lá, thuốc lá điện tử do đó mà tỷ lệ các SV miền núi hút thuốc cũng cao hơn so với nông thôn.

Chủ yếu các SV hút thuốc thuộc chuyên ngành Y khoa với tỷ lệ 73,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Duy Anh [7]. Điều này có

thể giải thích do nhóm SV y khoa có thời gian học tập kéo dài kết hợp với chương trình học căng thẳng, phải thường xuyên có những buổi trực đêm dẫn đến SV có xu hướng hút thuốc nhằm giảm áp lực và giữ sự tỉnh táo trong học tập.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả học tập được đánh giá dựa trên điểm trung bình các môn học của SV tính đến thời điểm tiến hành khảo sát. Kết quả học tập được phân làm 5 mức độ. Kết quả tại bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ hút thuốc ở nhóm SV có học lực dưới khá (8,3%) cao hơn gấp 1,8 lần nhóm SV có học lực từ khá trở lên (4,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lương Thị Yên khi nhận thấy tỷ lệ hút thuốc của nhóm SV có học lực dưới khá chiếm tỷ lệ 19,2%, còn nhóm SV có học lực từ khá trở lên chỉ chiếm 3,9% [8].

Điều này có thể do nhóm SV có học lực ở mức độ trung bình và yếu thường dành nhiều thời gian cho các hoạt động ngoài xã hội nhiều hơn việc học, do đó họ cũng tiếp xúc với môi trường có người hút thuốc lá nhiều hơn. Một nguyên nhân khác có thể do ở nhóm SV có học lực dưới khá đang gặp khó khăn trong học tập và đang đối mặt với những áp lực về mặt điểm số, dẫn tới tình trạng hút thuốc nhiều hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hút thuốc của sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh thấp (5,3%). Trong đó tỷ lệ hút thuốc của nam sinh viên hút thuốc là 15,4% còn nữ giới chỉ chiếm 0,8%. Đa số sinh viên sử dụng kết hợp cả hai loại thuốc lá truyền thống và thuốc lá điện tử 43,2%. Thời gian hút thuốc chủ yếu là dưới 1 năm với tỷ lệ 61,1%. Trong số các SV đang hút thuốc chủ yếu thuộc nhóm có học lực từ Khá trở xuống với tỷ lệ 85,3%. Chủ yếu các SV hút thuốc đến từ thành thị và nông thôn với tỷ lệ lần lượt là 39,0% và 44,2%. SV hút thuốc chủ yếu là sinh viên Y khoa 73,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Tobacco. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=In%202020%2C%20>

- 22.3%25%20of%20the,(WHO%20FCTC)%20in%202003. 2022. Truy cập 7/11/2023
- [2] Bộ Y tế, Điều tra sử dụng thuốc lá trong người trưởng thành (GATS) năm 2015, 2015.
- [3] Trần Vũ Ngọc, Trần Thị Hải Yến, Phạm Văn Dương và cộng sự, Thực trạng kiến thức của nam sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình và một số yếu tố liên quan về tác hại và Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá; Tạp chí Y học Cộng đồng; 3(56), 2020, 107-112.
- [4] Brožek GG, Jankowski MM, Zejda JJ et al., E-smoking among students of medicine frequency, pattern and motivations. Journal of Advances in Respiratory Medicine, 85(1), 2017, 8-14.
- [5] Karamat AA, Arif NN, Malik AK et al., Cigarette smoking and medical students at King Edward Medical University, Lahore (Pakistan); The Journal of the Pakistan Medical Association, 61(5), 2011, 509-512.
- [6] Nguyễn Thu Hồng, Thực trạng và kiến thức, niềm tin, thái độ về hút thuốc lá của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm học 2008-2009; Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.
- [7] Phạm Hồng Duy Anh, Kiến thức thái độ và hành vi hút thuốc lá của SV Y khoa, Đại học Y Dược TP. HCM, 2003; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2003, 8.
- [8] Lương Thị Yên, Thực trạng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử của sinh viên trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2021 và một số yếu tố liên quan; Khóa luận tốt nghiệp ngành Y đa khoa; Trường Đại học Y Dược- Đại học Quốc gia Hà Nội, 2022.



CURRENT STATUS OF HAND HYGIENE COMPLIANCE AMONG CLINICAL PRACTICE STUDENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Ho Thi Hai Le*, Phan Thi Thuy

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 16/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current status of hand hygiene compliance among students at Vinh Medical University Hospital in 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study with analysis. Research all 173 students going to clinicals at Vinh Medical University hospital from May to October 2023 with a total of 865 hand hygiene opportunities.

Results: Regarding the method of performing routine hand hygiene, the rate of hand hygiene performed by rubbing hands with alcohol-containing solution is higher than 58.0%. Percentage of hand hygiene practices by subject: Nursing students using the hand hygiene method with alcohol-based solution is the highest at 48.0%, the lowest is among medical students (26.4%). The highest rate of hand hygiene compliance by subject is among Nursing students (73.87%)

Conclusion: Students' compliance with hand hygiene performed by rubbing hands with an alcohol-based solution is highest, and nursing students' compliance is higher than medical students' compliance.

Keywords: Hand hygiene; Students; compliance; Vinh Medical University Hospital.

*Corresponding author

Email address: hailevmu@gmail.com

Phone number: (+84) 987 625 253

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY CỦA SINH VIÊN THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Hồ Thị Hải Lê*, Phan Thị Thuỳ

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của sinh viên (SV) tại bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Nghiên cứu toàn bộ 173 SV đi lâm sàng tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2023 với tổng 865 cơ hội vệ sinh tay.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ vệ sinh tay được thực hiện bằng cách chà tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao hơn 58,0%. Tỷ lệ hành động vệ sinh tay theo đối tượng: đối tượng SV là điều dưỡng sử dụng phương pháp vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm lệ cao nhất 48,0%, thấp nhất là đối tượng SV Y khoa (26,4%), Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo đối tượng cao nhất là ở nhóm SV Điều dưỡng (73,87%).

Kết luận: SV tuân thủ vệ sinh tay được thực hiện bằng phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao nhất và SV điều dưỡng tuân thủ cao hơn SV Y khoa.

Từ khoá: Vệ sinh tay; sinh viên; tuân thủ; Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: hailevmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 987 625 253

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra trên một bệnh nhân trong quá trình chăm sóc ở một bệnh viện hay cơ sở y tế mà không có bất kỳ triệu chứng hay đang trong giai đoạn ủ bệnh ở thời điểm nhập viện. Nhiễm khuẩn bệnh viện xảy ra ở khắp thế giới, ở những nước đang phát triển, tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 5 -10% tổng số bệnh nhân nhập viện ở các bệnh viện cấp cứu. Ở những nước đang phát triển nguy cơ này cao gấp 2 -20 lần và tỉ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn có thể vượt quá 25% [1].

Bàn tay là vật trung gian truyền bệnh. Nhân viên y tế hàng ngày dùng bàn tay là công cụ để khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh. Do đó năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 hướng dẫn thực hành vệ sinh tay (VST) trong các cơ sở khám chữa bệnh và hướng dẫn thực hành vệ sinh bàn tay [2].

Thực hiện tuân thủ VST theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) và theo tiêu chí C4.3 trong bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Việc tuân thủ VST của SV cũng rất quan trọng trong việc đảm bảo an toàn, hạn chế nhiễm khuẩn bệnh viện và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh (ĐHYK Vinh) là cơ sở thực hành lâm sàng cho SV đang học tại trường ĐHYK Vinh. Tại đây SV được tham gia trực tiếp vào chăm sóc người bệnh dưới sự hướng dẫn của nhân viên y tế và giáo viên lâm sàng. Nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác đào tạo chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ VST của SV tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 5 năm 2023 tháng 10 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Đối tượng nghiên cứu bao gồm các SV là SV y khoa, điều dưỡng, kỹ thuật viên học lâm sàng tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: SV không đồng ý tham gia nghiên cứu, SV vắng mặt tại thời điểm thu thập số liệu: nghỉ ốm, nghỉ học dài ngày.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ 173 SV đi lâm sàng tại bệnh viện Trường ĐHYK Vinh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 5 năm đến tháng 10 năm 2023 với tổng 865 cơ hội VST.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số về thời điểm vệ sinh tay: Trước khi tiếp xúc với người bệnh; trước khi thực hiện các thủ thuật vô trùng; sau khi tiếp xúc với người bệnh; sau khi tiếp xúc với máu, dịch; sau khi tiếp xúc với các vật dụng xung quanh người bệnh.

Biến số về hành động vệ sinh tay: VST bằng dung dịch chứa cồn; Rửa tay bằng nước và xà phòng thường; không VST

Biến số về đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng, y khoa, khác

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu: Công cụ được xây dựng dựa theo hướng dẫn của WHO và Bộ Y tế, bao gồm: Phiếu khảo sát cơ sở hạ tầng, trang bị phương tiện phục vụ VST và Phiếu giám sát tuân thủ VST.

Thu thập dữ liệu:

- Sử dụng bộ công cụ đã được WHO chuẩn hóa và triển khai trên toàn thế giới gồm Phiếu giám sát tuân thủ VST và Phiếu đánh giá cơ sở hạ tầng và phương tiện phục vụ VST

- Quan sát viên là đã được đào tạo và tập huấn về phương pháp đánh giá công tác VST để thống nhất cách quan sát, cách điền bảng kiểm và đặc biệt là đảm bảo tính khách quan trong quá trình quan sát.

- Việc quan sát và thu thập dữ liệu về tình hình tuân thủ VST được thực hiện kín đáo, không báo trước.

- Thời gian cho mỗi lần giám sát tại một vị trí là 20 ± 10

phút, tùy thuộc vào quy trình chuyên môn mà NVYT được giám sát thực hiện và tích đánh giá theo phiếu giám sát

Khi báo cáo giám sát viên cần lưu ý: Ít nhất 1 chỉ định vệ sinh tay phải được quan sát để xác định 1 cơ hội; một hành động có thể có 1 hay nhiều chỉ định, một hành động được ghi nhận tích cực hay tiêu cực phải tương ứng với 1 cơ hội, quan sát 1 hành động tích cực không phải luôn bao hàm sự tồn tại 1 cơ hội

Tuân thủ VST là một tỷ lệ giữa hành động được thực hiện với tổng số cơ hội quan sát thể hiện bằng công thức sau [1]:

$$\text{Tỷ lệ tuân thủ VST (\%)} = \frac{\text{Số cơ hội có VSBT}}{\text{Số cơ hội cần VSBT}} \times 100$$

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata

3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

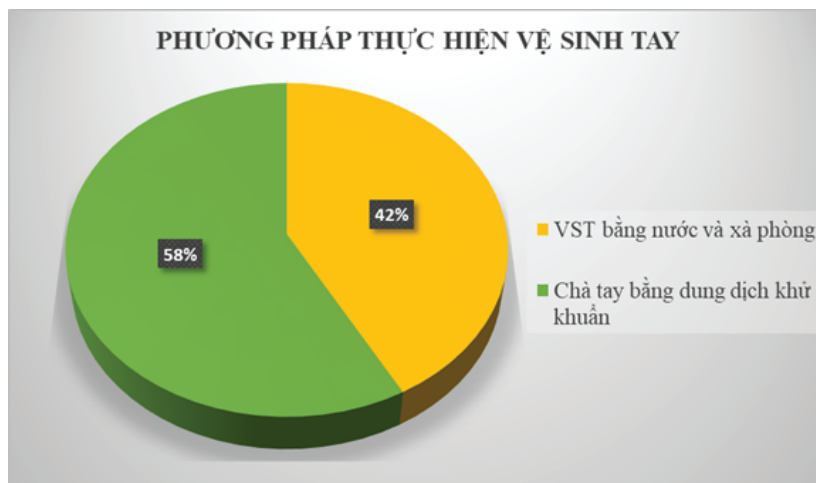
Các sai số do yếu tố chủ quan của người quan sát sẽ được khắc phục bằng đào tạo và tập huấn kỹ về phương pháp đánh giá công tác VST cho quan sát viên để thống nhất cách quan sát, cách điền bảng kiểm và đặc biệt là đảm bảo tính khách quan trong quá trình quan sát.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt của hội đồng khoa học, của trường ĐHYK Vinh. Việc đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu trong nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu được sử dụng vào mục đích khuyến nghị để cải thiện chương trình đào tạo, giảng dạy lâm sàng, nâng cao kiến thức thực hành VST cho SV.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Phương pháp thực hiện VST của SV



Quan sát 555 cơ hội VST (không đeo găng), cơ hội VST bằng cách chà tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm

tỉ lệ cao hơn 58,0%, rửa tay bằng nước và xà phòng chiếm tỉ lệ 48,0%.

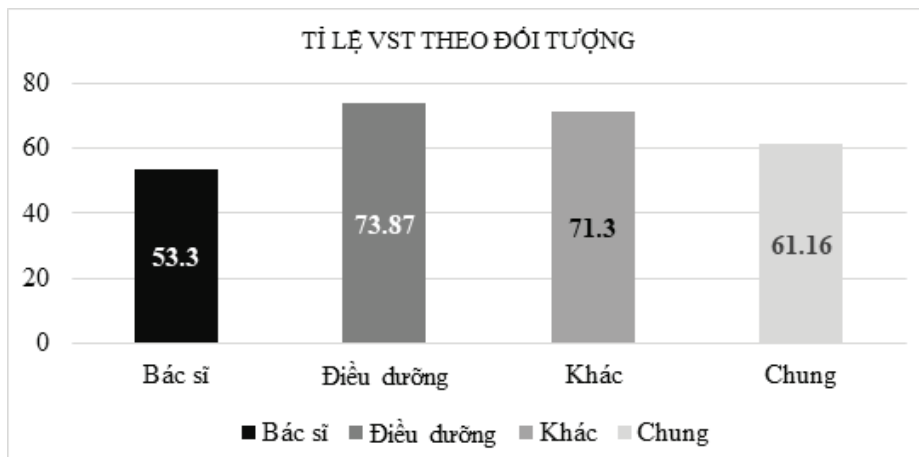


Bảng 1. Phân bố cơ hội VST theo hành động của SV (n=865)

Hành động VST	Đối tượng							
	Y khoa		Điều dưỡng		Khác		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VST bằng dung dịch chứa cồn	104	26,4	171	48,0	47	40,9	322	37,2
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	106	26,9	92	25,8	35	30,4	233	26,9
Không VST	184	46,7	93	26,1	33	28,7	310	35,8
Tổng	394	100,0	356	100,0	115	100,0	865	100,0

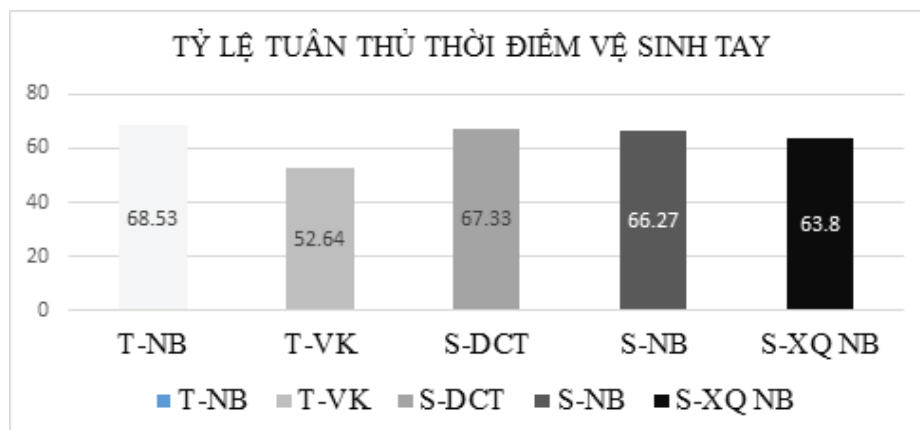
Đối tượng SV điều dưỡng sử dụng phương pháp VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm lệ cao nhất 48,0%, thấp nhất là đối tượng SV Y khoa (26,4%); đối tượng SV khác lựa chọn phương pháp VST bằng nước và xà phòng thường chiếm tỉ lệ cao nhất 30,4%, còn đối tượng không VST là SV Y khoa (46,7%).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ VST theo đối tượng



Tỷ lệ tuân thủ VST của SV đi lâm sàng tại Bệnh viện (73,87%), nhóm SV Y khoa chiếm tỷ lệ 53,3% là trường ĐHYK cao nhất là ở nhóm SV Điều dưỡng thấp nhất.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định VST



Tỉ lệ tuân thủ VST ở 5 thời điểm VST tương đối đồng đều trung bình trên 63,7%, tuy nhiên cao nhất ở chỉ định “trước khi tiếp xúc với bệnh nhân” (68,53%), thấp nhất ở chỉ định “Trước khi thực hiện thủ thuật vô khuẩn” (52,64%).

Bảng 2. Tỷ lệ hành động VST trước khi tiếp xúc với người bệnh

Hành động VST	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VST bằng dung dịch chứa cồn	116	50,0
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	43	18,5
Không VST	73	31,5
Tổng	232	100

Tỷ lệ SV trước khi tiếp xúc với người bệnh VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao nhất 50,0%, thấp nhất là rửa tay bằng nước và xà phòng thường 18,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ hành động VST trước khi làm thủ thuật vô khuẩn

Hành động VST	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VST bằng dung dịch chứa cồn	40	26,3
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	40	26,3
Không VST	72	47,4
Tổng	152	100

Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn, tỉ lệ SV không rửa tay chiếm tỉ lệ cao nhất 47,4%; VST bằng dung dịch chứa cồn và rửa tay bằng nước, xà phòng thường như nhau (26,3%).

Bảng 4. Tỷ lệ hành động VST sau khi tiếp xúc với người bệnh

Hành động VST	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VST bằng dung dịch chứa cồn	35	23,3
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	66	44,0
Không VST	49	32,7
Tổng	150	100

Tỷ lệ SV sau khi tiếp xúc với người bệnh rửa tay bằng nước và xà phòng thường chiếm tỉ lệ cao 44,0%, VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm 23,3%.



Bảng 5. Tỷ lệ hành động VST sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể

Hành động VST	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VST bằng dung dịch chứa cồn	68	40,3
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	44	26,0
Không VST	57	33,7
Tổng	169	100

Tỷ lệ SV sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể VST tuy nhiên rửa tay bằng nước và xà phòng thường chỉ bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao nhất 40,3%, chiếm 26,0%.

Bảng 6. Tỷ lệ hành động VST sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh

Hành động VST	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VST bằng dung dịch chứa cồn	64	39,3
Rửa tay bằng nước và xà phòng thường	40	24,5
Không VST	59	36,2
Tổng	163	100

Tỷ lệ SV sau khi tiếp xúc với đồ dùng, bề mặt xung quanh người bệnh VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%, rửa tay bằng nước và xà phòng thường 24,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về phương pháp thực hiện VST thường quy

VST là biện pháp đơn giản nhưng hiệu quả nhất trong phòng ngừa lan truyền tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện, đồng thời cũng là biện pháp bảo đảm an toàn cho NVYT trong thực hành chăm sóc và điều trị người bệnh [1].

Quan sát 555 cơ hội VST cho thấy, các cơ hội VST được thực hiện bằng cách chà tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao hơn 58,0 %. Điều này vừa cho thấy sự tiện lợi của hóa chất VST chứa cồn, vừa cho thấy việc chưa thuận tiện của bồn rửa tay khi không có khăn lau tay và không nằm trong buồng bệnh dẫn đến sự tiếp cận làm giảm đáng kể hành động VST bằng nước và xà phòng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu năm 2020 tại trung tâm cấp cứu chống độc bệnh viện Nhi trung ương là có 63% VST bằng

dung dịch chứa cồn số còn lại VST bằng nước và xà phòng [5], cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Thủy SV VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm 50,2% [7]. Sở dĩ các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao hơn so với rửa tay bằng nước và xà phòng thường là do tại các cơ sở lâm sàng thiếu phương tiện, hoặc phương tiện VST không phù hợp như buồng bệnh thiếu khăn lau, xà phòng, labo rửa tay bố trí chưa phù hợp đóng vai trò quan trọng nhất [4],[5]. Kết quả trên cũng cho thấy sự tiện lợi của dung dịch VST chứa cồn, có thể tiết kiệm thời gian và hầu như tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh đều được trang bị ở buồng bệnh và các xe tiêm.

4.2. Tỷ lệ hành động VST theo đối tượng

Qua 865 cơ hội quan sát VST cho thấy đối tượng SV là điều dưỡng sử dụng phương pháp VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm lệ cao nhất 48,0%, thấp nhất là đối tượng SV Y khoa (26,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng SV khác lựa chọn phương pháp VST bằng nước và xà phòng thường chiếm tỉ lệ cao nhất 30.4%, còn đối tượng không VST là SV Y khoa (46,7%). Qua quan sát thực tế SV Y khoa thường không chú trọng việc VST khi tham gia học lâm sàng

còn đối tượng SV khác (xét nghiệm) tiếp xúc với hoá chất, bệnh phẩm nhiều và phòng được trang bị nhiều bồn rửa tay nên các em lựa chọn phương pháp VST bằng nước và xà phòng thường chiếm tỉ lệ cao hơn.

4.3. Tỷ lệ tuân thủ VST theo đối tượng

Qua quan sát 865 cơ hội VST cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST của SV đi lâm sàng tại Bệnh viện trường ĐHYK cao nhất là ở nhóm SV Điều dưỡng (73,9%), nhóm SV là Y khoa chiếm tỉ lệ 53,3% là thấp nhất. Kết quả này tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Thu có 71% SV tuân thủ VST [5], nghiên cứu của Phùng Thị Phương tại bệnh viện quân y 105 có 74,2%, bệnh viện quân y 305 có 74,0% nhân viên y tế tuân thủ VST [8]. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST ở một số khoa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2017 là 63,3% [9]. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến việc không tuân thủ VST của SV. Trong số những nguyên nhân nêu ra thì nguyên nhân cho là thói quen là nhiều nhất, ngoài nguyên nhân thói quen còn nhiều nguyên nhân như: thiếu phương tiện để VST, ý thức của SV chưa cao, thiếu kiểm tra và giám sát.

4.4. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định VST

Quan sát 865 cơ hội VST cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST ở 5 thời điểm VST tương đối đồng đều trung bình trên 63,7%, tuy nhiên cao nhất ở chỉ định “trước khi tiếp xúc với bệnh nhân” chiếm tỉ lệ 68,5%, thấp nhất ở chỉ định “Trước khi thực hiện thủ thuật vô khuẩn” chiếm tỉ lệ (52,6%).

Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Thủy ở 177 SV học thực hành kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST là ở các thời điểm trước khi tiếp xúc bệnh nhân, trước khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn, sau khi tiếp xúc với máu dịch, sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh người bệnh lần lượt là 55,0%, 96,3%, 82,6%, 91.1% và 56.0%. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi vì khi học thực hành SV có sự giám sát và nhắc nhở của giảng viên, còn SV đi lâm sàng tại bệnh viện sự giám sát chưa được chặt chẽ và các em đi lâm sàng sau khi học thực hành đã lâu nên quên và bỏ sót VST [7]. Trong một nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Ngọc Hân (2022) đánh giá thực trạng thực hành VST của 104 SV điều dưỡng năm thứ 3 và năm thứ 4 trường đại học Y được

Cần Thơ kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST tại các thời điểm cần VST của SV là $57,5\% \pm 25,7\%$ [5]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thu thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST khi có cơ hội thấp nhất là sau khi chạm vào đồ vật, bề mặt xung quanh người bệnh (23,3%) [5].

Nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh tỷ lệ tuân thủ VST theo 05 thời điểm chiếm (58.8%), trong đó tuân thủ cao nhất ở thời điểm trước khi làm thủ thuật vô trùng (72,3%); thấp nhất ở thời điểm sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh người bệnh (46,4%) [9]. Qua kết quả trên ta thấy có sự khác nhau về tỉ lệ tuân thủ chỉ định VST theo từng thời điểm đặc biệt SV còn chưa nhận thức tốt về VST trước khi thực hiện thủ thuật vô khuẩn đây sẽ là nguy cơ cho việc lây nhiễm, nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Vì vậy việc giám sát, nhắc nhở SV khi đi lâm sàng và tập huấn cho SV về VST của giáo viên lâm sàng và nhân viên bệnh viện cần được chú trọng. Đặc biệt nêu cao ý thức trách nhiệm trong quá trình thực tập lâm sàng SV cần tuân thủ thực hiện qui trình VST để bảo vệ chính bản thân và tăng cường công tác chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở thực tập.

5. KẾT LUẬN

Về phương pháp thực hiện VST thường quy tỉ lệ VST được thực hiện bằng cách chà tay bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao hơn 58,0 %. Đối tượng SV là điều dưỡng sử dụng phương pháp VST bằng dung dịch chứa cồn chiếm tỉ lệ cao nhất, thấp nhất là đối tượng SV Y khoa. Tỷ lệ tuân thủ VST theo đối tượng cao nhất là ở nhóm SV điều dưỡng thấp nhất là đối tượng SV Y khoa. Tỷ lệ tuân thủ chỉ định VST ở 5 thời điểm VST tương đối đồng đều trung bình trên 63,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, A multicentre collaboration to investigate the cause of severe acute respiratory syndrome; The Lancet, 361(2), 2003, 1730-1733.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 3916/QĐ-BYT về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Ngày 28/8/2017.



- [3] Hội điều dưỡng Việt Nam, Tài liệu đào tạo Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở, 2012.
- [4] Nguyễn Thị Ngọc Hân, Thực trạng thực hành vệ sinh thường quy của SV điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; Tạp chí Y Học Dược Cần Thơ, số 50/2022, 48 - 53
- [5] Nguyễn Thị Thu, Thực trạng tuân thủ VST của học viên tại Trung tâm Cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Nhi trung ương năm 2020; Báo cáo chuyên đề tốt nghiệp, Đại học Điều Dưỡng Nam Định, 2020.
- [6] Lương Anh Vũ, Nghiên cứu đánh giá thực trạng kiến thức về VST của SV đang học lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2019 – 2020; Tạp chí Y học Thực hành, số 3/2020, 39 – 50.
- [7] Vũ Thị Thu Thủy, Kiến thức thực hành về VST của SV điều dưỡng Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2020; Đề tài cấp cơ sở, Đại học Y khoa Vinh, 2020.
- [8] Phùng Thị Phương, Thực trạng kiến thức và tuân thủ VST tại Bệnh viện quân Y 345, Bệnh viện quân Y 105; Vietnam medical journal, 1(JULY/2022), 180 – 185.
- [9] Vũ Ngọc Anh, Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST ở một số khoa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2017; Khoa học Điều dưỡng, 1(4), 2017, 90-94.

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF CHICKENPOX PATIENTS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Ngo Tri Hiep^{1*}, Le Ba Kien¹, Nguyen Thi Bich Lam¹, Duong Duy Quang¹, Que Anh Tram²

¹Vinh University of Medicine - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

²Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin Avenue, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics and treatment results of chickenpox at Nghe An General Friendship Hospital.

Research method: Cross-sectional descriptive study design was conducted on 95 chickenpox patients treated at the Center for Tropical Diseases - Nghe An General Friendship Hospital from January 2021 to September 2023.

Results: The majority of patients < 40 years old is 83.16%; Men account for 57.89% and live in rural areas, accounting for 70.5%. 13.7% of patients had contact with people with chickenpox and 31.6% were pregnant women. Clinical symptoms: mostly fatigue and fever; 73.7% had itching; Respiratory tract infection is 54.7%. Characteristics of skin lesions are mainly erythema with pustules and blisters with a rate of 95.8%; Variation in lesion size was 71.6%. Tests: leukocytosis rate was 17.9% and platelet count decrease was 38.9%. Increase in GOT and GPT by 51.6% and 43.2%, respectively. Most patients had to use antibiotics (94.7%) and 51.6% used oral Acyclovir. Patients discharged from the hospital with complications were 93.6%. Complications of skin infection and pneumonia with rates of 71.6% and 60%.

Conclusion: The disease has a high rate of complications of superinfection. A high rate of patients are pregnant women. It is necessary to proactively vaccinate and encourage disease prevention measures in this group.

Keywords: Chickenpox; clinical; subclinical; Nghe An General Friendship Hospital.

*Corresponding author

Email address: trihiep@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THỦY ĐẬU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Trí Hiệp^{1*}, Lê Bá Kiên¹, Nguyễn Thị Bích Lam¹, Dương Duy Quang¹, Quế Anh Trâm²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê Nin, Nghi phủ, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 95 bệnh nhân thủy đậu điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ an từ tháng 1/2021 đến tháng 9 năm 2023

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân < 40 tuổi chiếm đa số là 83,16%; nam giới chiếm 57,89% và sống ở vùng nông thôn chiếm 70,5%. Có 13,7% bệnh nhân có tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu và 31,6% là phụ nữ đang mang thai. Các triệu chứng lâm sàng: hầu hết có mệt mỏi và sốt; 73,7% có ngứa; viêm đường hô hấp là 54,7%. Đặc điểm tổn thương trên da chủ yếu ban hồng kèm mụn mủ và mụn nước có tỷ lệ 95,8%; đa dạng về kích thước tổn thương là 71,6%. Các xét nghiệm: tỷ lệ tăng bạch cầu là 17,9% và giảm số lượng tiểu cầu là 38,9%. Tăng GOT và GPT lần lượt là 51,6% và 43,2%. Hầu hết bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh (94,7%) và sử dụng Acyclovir uống là 51,6%. Bệnh nhân khỏi xuất viện có biến chứng là 93,6%. Biến chứng bội nhiễm da và viêm phổi với tỷ lệ là 71,6% và 60%

Kết luận: Bệnh có tỷ lệ biến chứng bội nhiễm cao. Bệnh nhân là phụ nữ mang thai có tỷ lệ cao. Cần chủ động tiêm phòng và khuyến cáo các biện pháp phòng bệnh ở đối tượng này.

Từ khoá: Thủy đậu; lâm sàng; cận lâm sàng; Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: trihiiep@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 982 300 968

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thủy đậu là bệnh da nhiễm trùng cấp tính do Varicella Zoster virus gây ra với biểu hiện lâm sàng là các ban mụn nước, bong nước nhỏ, mụn mủ trên nền dát đỏ phân bố rải rác cơ thể, sau vài ngày vùng trung tâm mụn nước hơi lõm xuống [1]. Thủy đậu là bệnh dễ lây truyền qua hô hấp; tỷ lệ lây nhiễm lên đến 90% ở những người chưa có miễn dịch. Bệnh thường xuất hiện thành dịch ở trẻ em lứa tuổi đi học [2]. Biểu hiện thời kỳ khởi phát khoảng 2-3 ngày trước khi xuất hiện các tổn thương da, người bệnh thường sốt và mệt mỏi, viêm long đường hô hấp. Biểu hiện lâm sàng thời kỳ toàn phát BN có biểu hiện sốt, phát ban mụn nước toàn thân. Các nghiên cứu dịch tễ trước đây cho thấy thủy đậu chỉ gây bệnh ở trẻ em, nhất là trẻ trên 6 tháng tuổi tới 5. Tuy nhiên, gần đây hình ảnh lâm sàng cho thấy bệnh không chỉ gây bệnh ở trẻ nhỏ mà ở cả thanh, thiếu niên và người lớn [3].

Bệnh thủy đậu nói chung lành tính, song nếu không được điều trị sớm và đầy đủ cũng có thể gây nên những biến chứng như viêm mô bào, viêm phổi, viêm cầu thận cấp, viêm cơ tim, viêm tinh hoàn, viêm tụy, ban xuất huyết do giảm tiểu cầu, [1] nặng nhất là viêm não với các di chứng rối loạn tiền đình, mù, liệt, đần độn. Điều trị thủy đậu thường sử dụng những loại thuốc hoặc chế phẩm kháng virus hay hỗ trợ miễn dịch như acyclovir, foscarnet, valaciclovir, famciclovir... [4]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu là mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh thông thường.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 9 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là hồ sơ bệnh án của BN điều trị nội trú được chẩn

đoán thủy đậu theo Hướng dẫn của Bộ Y tế [1]. Chẩn đoán thủy đậu chủ yếu dựa trên lâm sàng và không cần xét nghiệm khẳng định. Hồ sơ bệnh án có các thông tin điều trị đầy đủ, rõ ràng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu toàn bộ số BN được chẩn đoán mắc bệnh thủy đậu điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 95 hồ sơ bệnh án của BN đủ điều kiện để nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn các hồ sơ bệnh án của BN thủy đậu đủ tiêu chuẩn.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nơi ở.
- Yếu tố dịch tễ: tiền sử tiếp xúc nguồn bệnh, bệnh mạn tính hoặc cơ địa đặc biệt.
- Đặc điểm lâm sàng: sốt, mệt mỏi, sung hạch ngoại vi, ngứa trên da, rát da, viêm long đường hô hấp, triệu chứng cơ năng khác (đau đầu; khó thở, đau rát miệng), tổn thương da và niêm mạc (vị trí, hình thái, kích thước).
- Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, tiểu cầu, Creatinin, GOT, GPT.
- Đặc điểm điều trị: thuốc điều trị, thời gian điều trị, biến chứng, kết quả điều trị.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Các số liệu thu thập hồi cứu trên hồ sơ bệnh án bằng bệnh án nghiên cứu lưu tại phần mềm bệnh viện. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên các biến số, chỉ số nghiên cứu. Sử dụng từ khoá “thủy đậu” để lựa chọn các hồ sơ bệnh án. Các bệnh án đủ tiêu chuẩn được lựa chọn để thu thập dữ liệu. Các dữ liệu được đánh giá và ghi chép vào bệnh án nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được từ bộ câu hỏi được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Kết quả thể hiện theo dạng bảng tần số, tỷ lệ.



2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y khoa Vinh theo Quyết định số 799/QĐ-ĐHYKV-QLKH và Trung tâm bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Thông tin về BN được mã hoá và các số

liệu thu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n = 95)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40 tuổi	80	84,2
	> 40 tuổi	15	15,8
Giới tính	Nữ	40	42,1
	Nam	55	57,9
Nơi ở	Thành thị	25	26,3
	Nông thôn	63	70,5
	Miền núi	3	3,2

Lứa tuổi ≤ 40 chiếm 84,2% và nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (57,9% và 42,1%). BN chủ yếu gặp ở nông thôn chiếm 70,5%.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ, bệnh nền, cơ địa (n=95)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm tiếp xúc nguồn bệnh	Có tiếp xúc với nguồn bệnh	13	13,7
	Không tiếp xúc/ không ghi nhận	82	86,3
Yếu tố cơ địa	Không có bệnh nền mãn tính	57	60,0
	Có bệnh nền, mãn tính	8	8,4
	Có thai	30	31,6

Có 13,7% BN có tiếp xúc với nguồn bệnh và 31,6% là phụ nữ đang mang thai. Tỷ lệ BN có bệnh nền kèm theo thấp chiếm 8,4%.



Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng (n=95)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Ngứa trên da	70	73,7
	Cảm giác rát	35	36,8
	Đau miệng	25	26,3
	Viêm đường hô hấp	52	54,7
	Cơ năng khác (đau đầu, khó thở)	18	18,9
Triệu chứng toàn thân	Mệt mỏi	95	100
	Sốt	95	100
	Sung hạch ngoại vi	3	3,2
	Triệu chứng khác	5	5,3
Các dạng tổn thương	Ban hồng kèm mụn mủ và mụn nước	91	95,8
	Mụn nước đơn thuần	4	4,2
	Mụn mủ và mụn nước	67	70,5
Vị trí tổn thương	Thân mình	84	88,4
	Đầu mặt cổ	12	12,6
	Chi trên	12	12,6
	Chi dưới	4	4,2
	Hông, sinh dục	7	7,3
Kích thước tổn thương	Mụn nước li ti nhỏ hơn 5mm	25	26,3
	Mụn nước trên 5mm	2	2,1
	Đa dạng kích thước	68	71,6

Có 73,7% BN có triệu chứng ngứa, 36,8% có cảm giác rát trên da; có 26,3% biểu hiện đau niêm mạc miệng. Biểu hiện viêm long đường hô hấp chiếm 54,7%. 100% BN có triệu chứng mệt mỏi và sốt. Dạng hồng ban kèm

mụn mủ và mụn nước chiếm 95,8%. Vị trí tổn thương nhiều nhất là thân mình với tỷ lệ 88,4%. Kích thước mụn nước đa dạng chiếm tỷ lệ lớn nhất (71,6%).



Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng (n=95)

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Tăng	17	17,9
	Bình thường	68	71,6
	Giảm	10	10,5
	Mean + SD; (Min - Max): 7,7 ± 3,5 (1,9 - 24,4)		
Bạch cầu ĐNTT (%)	Tăng	24	25,3
	Bình thường	41	43,2
	Giảm	30	31,6
	Mean + SD; (Min - Max): 59,9 ± 16,1 (22,9 - 88,8)		
Tiểu cầu	Bình thường	58	61,1
	Giảm	37	38,9
	Mean + SD; (Min - Max): 169,1± 58,0 (58 - 383)		
Creatinin	Tăng	2	2,1
	Bình thường	93	97,9
	Mean + SD; (Min - Max): 78,0 ± 21,1 (60 - 121)		
GOT	Tăng	49	51,6
	Bình thường	46	49,4
	Mean + SD; (Min - Max): 74,4± 102,3 (20 - 576)		
GPT	Tăng	41	43,2
	Bình thường	54	56,8
	Mean + SD; (Min - Max): 71,2 ± 84,9 (18 - 437)		

BN tăng bạch cầu là 17,9%; tỷ lệ bạch cầu ĐNTT tăng là 25,3%; số lượng tiểu cầu giảm là 38,9%. Đa số BN có tỷ lệ BN Creatinin bình thường chiếm 97,9%; Tỷ lệ BN có GOT, GPT tăng chiếm tỷ lệ lần lượt 51,6% và 43,2%.

Bảng 5: Đặc điểm điều trị (n=95)

Đặc điểm điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thuốc điều trị	Bôi xanh Methylen	87	91,6
	Kháng sinh	90	94,7
	Uống Acyclovir	50	52,6
Thời gian điều trị	≤ 7 ngày	64	67,4
	> 7 ngày	31	32,6
Biến chứng	Biến chứng thần kinh (viêm não)	1	1,1
	Biến chứng bội nhiễm da	68	71,6
	Biến chứng viêm phổi	57	60,0
Kết quả điều trị	Khỏi không biến chứng xuất viện	5	5,3
	Khỏi có biến chứng xuất viện	89	93,6
	Chuyển viện	1	1,1

Đa số BN đều sử dụng kháng sinh chiếm tỷ lệ 94,7%. Bôi xanh Methylen chiếm 91,6%. Sử dụng uống Acyclovir chiếm 52,6%. Thời gian điều trị trên 7 ngày với là tỷ lệ 32,6%. BN có biến chứng bội nhiễm da, viêm phổi là 71,6 và 60%. Có 1 BN biến chứng thần kinh (viêm não) chiếm tỷ lệ 1,1%. Đa số BN khỏi xuất viện có biến chứng chiếm 93,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu và dịch tễ

Đặc điểm tuổi, giới tính, nơi ở

Kết quả nghiên cứu thể hiện bảng 1 cho thấy: lứa tuổi mắc bệnh thủy đậu gặp nhiều nhất ở lứa tuổi dưới 40 tuổi chiếm 83,16%, tỷ lệ nam chiếm 57,9%, sống ở nông thôn là 70,5%. Nghiên cứu của chúng tôi khác với một vài nghiên cứu ở trong nước và quốc tế. Theo kết quả điều tra ở Kon Tum của Đoàn Vương Diễm Khánh và cộng sự năm 2018 có kết quả là: số BN thủy đậu ở nhóm tuổi từ 5 – 15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5%), thấp nhất là nhóm BN trên 15 với tỷ lệ 15%

[3]. Nghiên cứu khác của Trần Văn Tiến và cộng sự năm 2013 cho kết quả: trẻ dưới 10 tuổi (43,9%), tiếp là nhóm từ 20 - 30 tuổi (35,4%) và ít nhất người trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ 0,6% [9]. Nghiên cứu của Quách Thị Hà Giang năm 2011 cho kết quả như sau: thủy đậu gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 20 - 39, chiếm 42,4% [5]. Nghiên cứu của Dương Lê Hồng Thảo và cộng sự cho thấy rằng bệnh thủy đậu gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ 64,5%, tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ (50,4% và 49,6%) [7]. Nghiên cứu của Trần Ngọc Sĩ và cộng sự cũng thu được nhóm tuổi 20-39 tuổi thường gặp nhất (67,24%) [6]. Nghiên cứu của Đinh Thị Ái Liên tại Bệnh viện Phong – Da liễu Trung ương Quy Hòa năm 2016 – 2017 cũng cho thấy rằng bệnh thủy đậu gặp nhiều ở lứa tuổi lớn hơn 20 tuổi chiếm tỷ lệ 53,4%, tỷ lệ ở nữ nhiều hơn ở nam (56,1% và 43,9%) [8]. Chúng tôi cho rằng BN thủy đậu điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An gặp chủ yếu ở nhóm tuổi lớn và người lớn là do đặc trưng của tiếp nhận BN của bệnh viện. Ngoài ra, nhóm tuổi này khi bị thủy đậu thì biểu hiện thường nặng nề hơn so với lứa tuổi nhỏ; tỷ lệ biến chứng thường cao hơn nên vào điều trị nội trú cao hơn.



Kết quả của chúng tôi khác với với nhiều nghiên cứu của tác giả trong nước cho thấy bệnh thủy đậu do virus lây nhiễm cao ở khu vực đông dân cư, nơi công cộng nên bệnh tác động chủ yếu lên dân cư thành thị [5], [8].

Đặc điểm tiếp xúc với nguồn bệnh, bệnh nền, cơ địa

Bảng 2 cho kết quả là chỉ 13,7% số BN có tiền sử tiếp xúc với nguồn bệnh và 31,6% là phụ nữ mang thai. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Ngô Tùng Dương thấy có 77,8% BN bị thủy đậu có người trong gia đình hoặc tập thể bị thủy đậu [9]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Dương Lê Hồng Thảo tại Cần Thơ năm 2022 khi có 79,8% người không rõ tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dương tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2021) cho thấy có 22,5% bà mẹ bị thủy đậu khi mang thai [10]. Kết quả phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh thủy đậu là dễ lây lan, bệnh có thể lây lan trong cộng đồng mà không rõ nguồn lây rõ rệt. Bệnh nền có ảnh hưởng đến khả năng mắc bệnh cũng như biến chứng của bệnh thủy đậu. Những người có cơ địa suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, giảm miễn dịch bẩm sinh...) hoặc người có bệnh nền dùng các thuốc ức chế miễn dịch (bệnh chàm, COPD ...) dễ mắc bệnh và khi mắc bệnh thường có biến chứng nặng gây viêm phổi, viêm não, suy đa phủ tạng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3 cho thấy Có 73,7% BN có triệu chứng ngứa, 36,8% có cảm giác rát trên da; có 26,3% biểu hiện đau niêm mạc miệng. Biểu hiện viêm long đường hô hấp chiếm 54,7%. 100% BN có triệu chứng mệt mỏi và sốt. Dạng hồng ban kèm mụn mủ và mụn nước chiếm 95,8%. Vị trí tổn thương nhiều nhất là thân mình với tỷ lệ 88,4%. Kích thước mụn nước đa dạng chiếm tỷ lệ lớn nhất (71,6%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Đinh Thị Ái Liên tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa năm 2016 – 2017 cho thấy hầu hết các trường hợp đều có ngứa (97,9%), tổn thương mụn nước nhiều nhất chiếm 75,9% [8] Nghiên cứu của Quách Thị Hà Giang tại Bệnh viện Da liễu Trung ương cho thấy chủ yếu là triệu chứng ngứa khi BN xuất hiện mụn nước, có 96,9% BN có ngứa trong đó 53,9% chỉ có ngứa đơn thuần, 43,1% có ngứa kèm theo các triệu chứng khác như rát, đau [5]. Một số tác

giả nhận thấy, trường hợp nhiễm khuẩn da, xước da, vỡ mụn nước tạo vết trợt, vết loét có thể làm rát và đau tại thương tổn. Nếu các bọt nước xuất hiện ở miệng, âm đạo và vỡ sẽ tạo thành nhiều vết loét dạng Aphth, thương tổn này sẽ gây đau nhiều cho BN [11]. Kết quả của Trần Ngọc Sĩ tại Cần Thơ năm 2021 cho kết quả là triệu chứng sốt và mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (70,69% và 55,17%) [6]. Nghiên cứu của Dương Lê Hồng Thảo tại Cần Thơ năm 2022 cũng cho thấy rằng triệu chứng sốt và mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao (95,6% và 63,9%), mụn nước, mụn nước rốn lõm (chiếm 100%) có nhiều hơn một loại thương tổn cùng tồn tại trên một vùng da; 18,4% trường hợp có mụn mủ; 8,8% trường hợp có sẹo, vị trí tổn thương gặp nhiều nhất ở đầu mặt cổ thân mình (100%), tay và chân ít hơn (97,4% và 70,2%), cuối cùng tổn thương niêm mạc ít nhất (10,1%) [7]. Quá trình diễn biến của các tổn thương bắt đầu từ phát ban hồng trên da và niêm mạc rồi tiến triển thành mụn nước. Các mụn nước có thể bị bội nhiễm thành các mụn mủ và có thể để lại sẹo sau này. Các tổn thương trên da ít khi đơn độc thường mụn nước kết hợp mụn mủ và đa hình thái kích thước.. Đợt tổn thương kéo dài khoảng 3-5 ngày bao gồm ban đỏ, sẩn, mụn nước, mụn mủ và đóng vảy tiết ẩm, vảy tiết khô rồi bong ra trong vòng 7 ngày và thương tổn lành không để lại sẹo. Nhiễm khuẩn thứ phát và trợt da làm thương tổn qua lớp đáy, tạo ra sẹo lõm [12]. Một số nghiên cứu cho thấy mụn nước có thể xuất hiện ở màng nhày, niêm mạc của miệng, mũi, họng, thanh quản, khí quản, dạ dày, ruột, đường tiết niệu và âm đạo. Khi các mụn nước vỡ thành tạo các vết trợt nhỏ [11]. Tổn thương thủy đậu có thể xuất hiện tất cả các giai đoạn như tiền triệu, mụn nước, bọt nước ở cùng một thời điểm trên một vùng da.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu về công thức máu thể hiện trong bảng 4 cho thấy: Số lượng bạch cầu tăng gặp ở 17,9% BN. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 25,3%. Đặc biệt, có 38,9% BN có số lượng tiểu cầu giảm. Tỷ lệ BN có GOT, GPT tăng chiếm tỷ lệ lần lượt 51,6% và 43,2%. Nghiên cứu của Quách Thị Hà Giang cho thấy giảm bạch cầu ở 35,4% BN [5]. Tỷ lệ bạch cầu giảm cũng thường gặp trong các bệnh do virus. Một số tác giả cũng gặp giảm tiểu cầu trên các BN thủy đậu có biến chứng. Trong nghiên cứu của Dương Văn Thanh,

Lê Thị Lựu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên cho thấy có 59,2% tăng men GOT tuy nhiên tăng men GOT máu chỉ thay đổi rất ít so với trị số bình thường [13]. Năm 2003, Martinez JM nghiên cứu trên 8 BN có biến chứng viêm phổi thủy đậu thì 7 trường hợp BN giảm tiểu cầu, chiếm 87,5% [12]. Số lượng tiểu cầu có thể giảm khi nhiễm một loại virus như viêm gan, sốt xuất huyết Dengue, thủy đậu. Trạng thái giảm tiểu cầu nhẹ đến nặng. Nguyên nhân có thể do virus hoạt động làm ức chế khả năng sản xuất tiểu cầu của tủy xương. Khi trong cơ thể không còn virus thì tủy xương sẽ lại sản xuất tiểu cầu như bình thường.

4.4. Kết quả điều trị

Bệnh thủy đậu xuất hiện các biến chứng nặng như viêm phổi, bội nhiễm da cần điều trị tích cực. Việc kê đơn kháng sinh là cần thiết. Các thuốc kháng virus như Acyclovir thường không khuyến cáo sử dụng trong bệnh thủy đậu. Kết quả nghiên cứu bảng 5 cho thấy: đa số BN đều sử dụng kháng sinh chiếm tỷ lệ 94,7%; Acyclovir chiếm 51,6%; Xanh Methylen chiếm 30,5%, thời gian điều trị trên 7 ngày chiếm tỷ lệ 32,6%. Tác giả Quách Thị Hà Giang sử dụng kem acyclovir bôi kết hợp với acyclovir uống trên BN thủy đậu cũng nhận thấy sau 5 ngày đa số các thương tổn dát đỏ, mụn nước trong giảm nhiều. Sau 10, 15 ngày điều trị các tổn thương da đều gần như khỏi ở cả hai nhóm nghiên cứu [5]. Nghiên cứu của Trần Lan Anh cho thấy nhóm đối chứng điều trị bằng acyclovir sau 7 ngày tất cả các thương tổn dát đỏ, mụn nước, bọng nước đã khỏi hoàn toàn 100%, thương tổn mụn nước, bọng nước đã đóng vảy tiết khô 90,3%, kết quả tốt đạt 80,6% [14]. Như vậy, về thời gian điều trị bệnh thủy đậu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần như tương tự nghiên cứu khác. Khảo sát các biến chứng của bệnh chúng tôi nhận thấy bội nhiễm da chiếm tỷ lệ nhiều nhất với tỷ lệ 71,6%; biến chứng viêm phổi chiếm tỷ lệ 60%. Có 1 BN biến chứng thần kinh là viêm não. Nghiên cứu của Đinh Thị Ái Liên cho thấy biến chứng viêm da có mụn chiếm tỷ lệ nhiều nhất (42,3%) [8]. Bội nhiễm vi khuẩn các nốt ban, thường liên quan đến tụ cầu vàng hoặc liên cầu gây mụn có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, viêm cầu thận. Biến chứng hệ thần kinh trung ương ít gặp. Biến chứng viêm phổi là biến chứng nguy hiểm nhất của thủy đậu, thường gặp ở người lớn, đặc biệt là phụ nữ mang thai; thường bắt đầu 3-5 ngày sau khi bắt đầu phát ban, có thể dẫn đến

suy hô hấp và ho ra máu. Trong nghiên cứu chúng tôi có 30 phụ nữ mang thai. Việc theo dõi các biến chứng với thai nhi tương đối khó khăn. Đây là một hạn chế đề tài, do đó cần những nghiên cứu đánh giá theo dõi trên các đối tượng này. Kết quả điều trị đa số BN khỏi xuất viện có biến chứng chiếm tỷ lệ là 93,6%. Có 1 (1,1%) BN chuyển viện do biến chứng viêm não.

5. KẾT LUẬN

Bệnh thủy đậu có biểu hiện lâm sàng với các tổn thương điển hình trên da, có tỷ lệ biến chứng bội nhiễm cao. BN là phụ nữ mang thai có tỷ lệ nhiễm cao. Điều trị về cơ bản là khỏi bệnh. Cần chủ động tiêm phòng và khuyến cáo các biện pháp phòng bệnh ở đối tượng phụ nữ mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 5642/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm; ngày 31/12/2015.
- [2] Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế; Bệnh thủy đậu, <https://vncdc.gov.vn/benh-thuy-dau-nd14515.html>, 2016. Truy cập ngày 15/11/2023.
- [3] Nguyễn Thị Hồng Nhi, Đoàn Vương Diễm Khánh, Đặng Cao Khoa, Mô tả đặc điểm dịch tễ học của bệnh thủy đậu tại tỉnh Kon Tum năm 2018; Tạp chí Y dược Huế, 12(06), 2022, 60 - 66.
- [4] Bộ Y tế, Dược thư quốc gia Việt Nam; Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, 2022.
- [5] Quách Thị Hà Giang, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh thủy đậu bằng uống acyclovir; Luận văn bác sĩ nội trú bệnh viện; Đại học Y Hà Nội, 2011.
- [6] Trần Ngọc Sĩ, Huỳnh Như Huỳnh, Nguyễn Văn Nguyên và cộng sự, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu bằng Zinpaste tại phòng khám chuyên khoa da liễu FOB Cần Thơ năm 2020-2021; Tạp chí Y học Việt Nam, 501(1), 2021.
- [7] Dương Lê Hồng Thảo, Huỳnh Văn Bá, Trần



- Công Lý, Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thủy đậu tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2020-2022; Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 52, 2022, 79-85.
- [8] Đinh Thị Ái Liên, Nghiên cứu đặc điểm bệnh thủy đậu và các yếu tố liên quan đến biến chứng tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa năm 2016 – 2017; Luận án Chuyên khoa II, Trường Đại học Y dược Huế, 2017.
- [9] Ngô Tùng Dương, Nhận xét tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu tại Bệnh viện 103 từ 1/2004 - 6/2007; Tạp chí Y học Việt Nam, 2(12/2010): 60- 64.
- [10] Khu Thị Khánh Dung, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đỗ Thiện Hải, Nghiên cứu đặc điểm bệnh thủy đậu sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương; Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 123(3), 2023, 82–87.
- [11] Thomas P. Habif. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Elsevier, 2016.
- [12] A Gutiérrez Oliver, J M Martínez Segura, E Maraví Poma. Severe chickenpox pneumonia. Rev Clin Esp, 203(12), 2003, 591-594.
- [13] Dương Văn Thanh, Lê Thị Lựu, Nghiên cứu đặc điểm bệnh thủy đậu ở bệnh nhân điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên từ 2013 – 2015; Bản tin Y Dược học miền núi, 2, 2016, 169 -178.
- [14] Trần Lan Anh, Đánh giá hiệu quả của Mangohepin trong điều trị bệnh thủy đậu; Nội san Da liễu, 2009.

SURVEY ON THE CAUSES OF TOOTH EXTRACTION IN ADULT PATIENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Hoa*

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: Survey the causes of tooth extraction in adult patients at the Dental Clinic - Vinh University of Medicine Hospital.

Research method: Cross-sectional descriptive study design on 52 adult patients (≥ 18 years old) coming for examination and treatment at the Dental Clinic - Vinh University of Medicine Hospital from May 2023 to September December 2023

Results: The average number of teeth extracted was 1.54 ± 0.562 . The most common causes of tooth extraction are crooked or impacted teeth at 63.7%, tooth decay and periodontal disease at 12.5% each, and orthodontic causes at 6.3%, other causes 5%.

Conclusion: The average number of extracted teeth in the study subjects was 1.54 ± 0.56 and was highest in the 25 - 34 year old group. The group of causes of extraction of crooked and impacted teeth accounts for the highest rate and in women the rate is higher than in men.

Keywords: Reason; tooth extraction; adult patients; Vinh Medical University Hospital

*Corresponding author

Email address: flower.hcd.rhm@gmail.com

Phone number: (+84) 966 473 174

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN NHỔ RĂNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Nguyễn Thị Hoa*

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nguyên nhân nhổ răng của bệnh nhân trưởng thành tại phòng khám Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân trưởng thành (≥ 18 tuổi) đến khám và điều trị phòng khám Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023

Kết quả nghiên cứu: Số răng nhổ trung bình là $1,54 \pm 0,562$. Nguyên nhân nhổ răng chiếm tỷ lệ nhiều nhất là răng mọc lệch, ngậm 63,7%, nguyên nhân do sâu răng và bệnh lý nha chu với tỷ lệ mỗi nhóm là 12,5%, nguyên nhân do chỉnh nha 6,3%, nguyên nhân khác 5%.

Kết luận: Số răng nhổ trung bình của đối tượng nghiên cứu là $1,54 \pm 0,56$ và cao nhất ở nhóm 25 - 34 tuổi. Nhóm nguyên nhân nhổ răng mọc lệch, ngậm chiếm tỷ lệ cao nhất và ở nữ chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam.

Từ khoá: Nguyên nhân; nhổ răng; trưởng thành; Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: flower.hcd.rhm@gmail.com

Điện thoại: (+84) 966 473 174

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng vĩnh viễn có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Răng được nhổ trong quá trình điều trị các bệnh lý răng miệng hoặc mất do chấn thương. Ngày nay, các bệnh lý răng miệng đang có xu hướng tăng lên ở các nước đang phát triển do sự chuyển đổi sang chế độ ăn uống không lành mạnh, giàu đường và lạm dụng thuốc lá [1]. Nhiều nghiên cứu đã xác định các yếu tố bệnh căn như sâu răng, bệnh lý nha chu và chấn thương là những nguyên nhân chính dẫn đến mất răng. Tuy nhiên, một số yếu tố không phải là bệnh lý cũng liên quan đến tỷ lệ mất răng như sự thiếu hiểu biết, thiếu tin tưởng vào điều trị nha khoa, yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa [2]. Mặc dù mục đích chính của điều trị nha khoa là bảo tồn răng, bên cạnh đó cũng có những nguyên nhân khác đòi hỏi phải nhổ răng như yêu cầu của điều trị chỉnh nha và phục hình [3].

Hiểu biết về các nguyên nhân dẫn đến nhổ răng và tìm hiểu về nhu cầu phục hình là điều cần thiết để cải thiện kết quả sức khỏe răng miệng, giúp hạn chế nhổ răng trong tương lai cho cá nhân và lập kế hoạch thích hợp cho các chương trình sức khỏe răng miệng trong cộng đồng. Hiện nay, ở Nghệ An vẫn chưa có nghiên cứu nào nhằm khảo sát về nguyên nhân dẫn đến nhổ răng vĩnh viễn. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là khảo sát nguyên nhân nhổ răng của bệnh nhân trưởng thành tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang có can thiệp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Phòng khám Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ. Tổng cộng có 52 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với số răng nhổ là 80 răng. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu không xác suất, theo phương pháp mẫu thuận tiện.

2.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Các thông tin cá nhân: giới, tuổi,

Các thông tin liên quan nhổ răng: tên răng, chỉ định nhổ, lý do nhổ răng (răng mọc lệch ngầm, sâu răng, nha chu, chỉnh nha, nguyên nhân khác).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu là Phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn dựa trên nội dung nghiên cứu.

Bộ đồ khám nha khoa: khay khám, gương, thám trám, kẹp gấp, găng tay. Dụng cụ nhổ răng: thuốc tê, bẫy, kèm nhổ răng.

Kỹ thuật nhổ răng bằng phương pháp gây tê. Cây đo túi nha chu UNC 15.

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu thu được từ bộ câu hỏi được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Kết quả trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Trước khi tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được thông báo về mục đích, ý nghĩa và quyền lợi của họ. Bệnh nhân có quyền từ chối không tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được sự cho phép của Lãnh đạo Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.



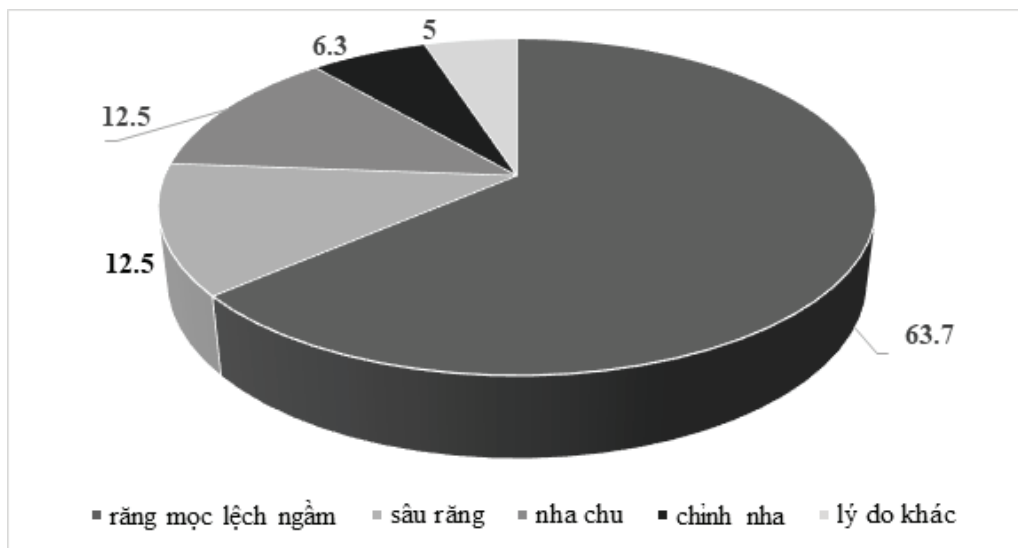
3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố số lượng nhổ răng theo nhóm tuổi (n=80)

Số lượng \ Nhóm tuổi	Nhóm tuổi				Tổng
	≤ 24	25 – 34	35 – 44	≥ 45	
n	36	22	9	13	80
%	45,0	27,5	11,3	16,2	100
Trung bình	1,44 ± 0,524	1,69 ± 0,471	1,5 ± 0,395	1,62 ± 0,432	1,54 ± 0,562

Tổng cộng có 80 răng nhổ từ 52 bệnh nhân. Số răng nhổ trung bình là 1,54 ± 0.562. Số răng nhổ trung bình cao nhất ở nhóm 25-34 tuổi (1,69 ± 0,471), tiếp theo là nhóm ≥ 45 tuổi (1,62 ± 0,432), nhóm 35-44 tuổi (1,5 ± 0,395), thấp nhất ở nhóm ≤ 24 tuổi (1,44 ± 0,524).

Biểu đồ 1. Phân bố nguyên nhân nhổ răng vĩnh viễn (n=80)

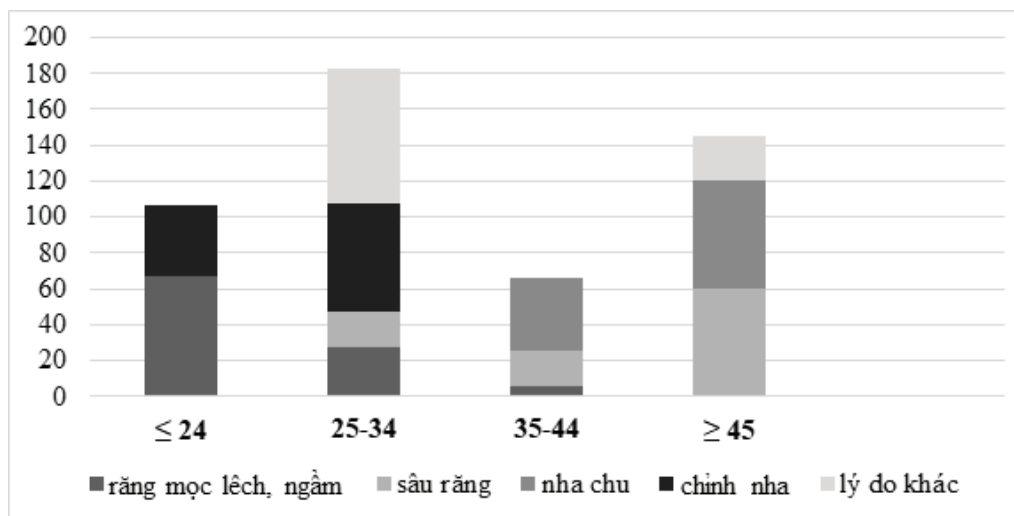


Nguyên nhân nhổ răng chiếm tỷ lệ nhiều nhất là răng mọc lệch, ngầm (63,7%), tiếp theo là nguyên nhân sâu răng và bệnh lý nha chu bằng nhau (12,5%), chỉnh nha và nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp (6,3% và 5%).

Bảng 2. Phân bố lý do nhổ răng vĩnh viễn theo tuổi

Tuổi	Lý do	Răng mọc lệch, ngầm	Sâu răng	Nha Chu	Chỉnh nha	Lý do khác	Tổng
	≤ 24	n	34	0	0	2	0
	%	66,7	0	0	40,0	0	45,0
25-34	n	14	2	0	3	3	22
	%	27,4	20,0	0	60,0	75,0	27,4
35-44	n	3	2	4	0	0	9
	%	5,9	20,0	40,0	0	0	11,3
≥ 45	n	0	6	6	0	1	13
	%	0	60,0	60,0	0	25,0	16,3
Tổng	n	51	10	10	5	4	80
	%	100	100	100	100	100	100

Biểu đồ 2. Phân bố lý do nhổ răng vĩnh viễn theo tuổi (n=80)

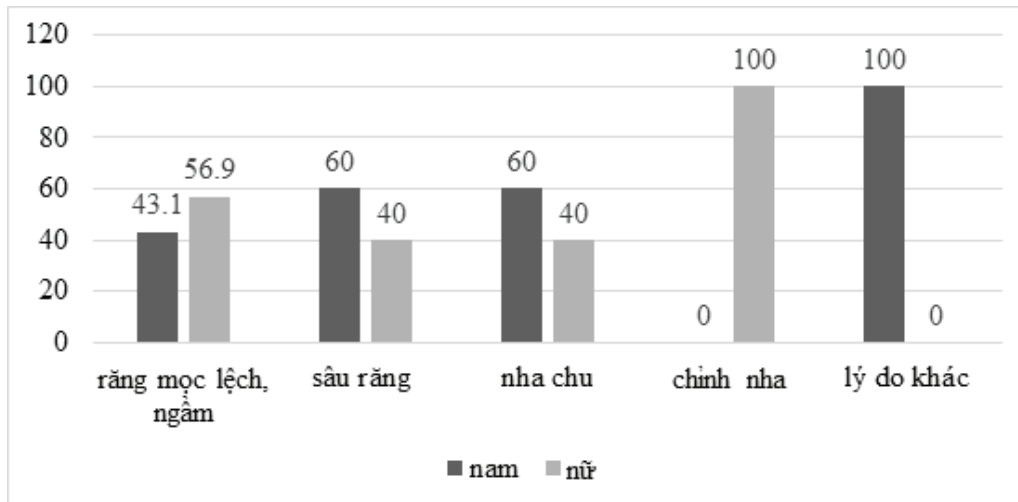


Nhóm lý do nhổ răng mọc lệch, ngầm chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm ≤ 24 tuổi (66,7%) và ở nhóm ≥ 45 tuổi có tỷ lệ nhỏ là 0,0%. Lý do sâu răng và nha chu chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm ≥ 45 tuổi, đều chiếm 60,0%. Lý do

chỉnh nha chỉ gặp ở 2 nhóm 25-34 và ≤ 24 tuổi lần lượt có tỷ lệ là 40% và 60%. Lý do khác gặp ở nhóm ≥ 45 tuổi (25,0%) và nhóm 25-34 là (75,0%).



Biểu đồ 3. Phân bố lý do nhổ răng vĩnh viễn theo giới (n=80)



Nguyên nhân nhổ răng do răng mọc lệch ngầm ở nữ (56,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam (43,1%). Tỷ lệ nhổ răng do sâu răng, nha chu ở nam (60,0%) cao hơn ở nam (40,0%). Tỷ lệ nhổ răng do lý do chỉnh nha chỉ gặp ở nữ. Sự khác biệt về phân bố lý do nhổ răng mọc lệch ngầm giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Theo bảng 1: số răng nhỏ trung bình là $1,54 \pm 0,56$. Số răng nhỏ trung bình cao nhất ở nhóm 25 – 34 tuổi ($1,69 \pm 0,471$). Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Taiwo A.O. (2017) số răng nhỏ trung bình là 1,19 [4]. Điều này có thể giải thích rằng: lý do đến nhổ răng của đợt nghiên cứu này chủ yếu là răng lệch, ngầm, nên 1 lần khám và điều trị bệnh nhân thường sẽ được chỉ định nhổ 2 răng nên tỷ lệ số răng nhỏ trung bình cao hơn. Trong khi đó ở nghiên cứu của A.O thì nguyên nhân chủ yếu là sâu răng.

Song kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn nghiên cứu của Pier Carmine Passareli (2020) là $4,6 \pm 4,7$ [5]. Điều này được giải thích rằng: độ tuổi nhổ răng trung bình của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn $32,35 \pm 19,28$ tuổi, trong khi độ tuổi của nghiên cứu Pier là $63,3 \pm 15,8$ nên thường tuổi cao thì tỷ lệ nhổ răng ở nhóm nha chu sẽ nhiều. Bệnh nha chu có tăng về tỷ lệ toàn bộ và mức độ trầm trọng khi tuổi tăng, là hậu quả tích lũy bệnh theo tuổi nên cũng dẫn đến số răng nhỏ trung bình tăng dần theo tuổi.

Theo kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 1; răng mọc lệch, ngầm là nguyên nhân chính dẫn đến nhổ răng chiếm tỷ lệ 63,7%. Tỷ lệ nguyên nhân nhổ răng khôn của chúng tôi cao hơn nghiên cứu trước đây như: Nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Vóc (2012): tỷ lệ nhổ răng do răng lệch, ngầm là 33,33% [6]. Điều này có thể giải thích quan điểm nhổ răng khôn mọc lệch để đề phòng các biến chứng đã trở nên phổ biến hơn đặc biệt các bạn trẻ tuổi, họ đã dần bỏ được kiến thức cũ là việc nhổ răng khôn sẽ ảnh hưởng tới thần kinh và các bệnh lý toàn thân khác.

Còn nguyên nhân nhổ răng do sâu răng và do bệnh nha chu là nhóm chiếm tỷ lệ thứ 2 chiếm 25%. So với các nghiên cứu khác như: Dani Ali (2021) tỷ lệ sâu răng chiếm cao nhất 67,7%, tiếp theo là bệnh nha chu 20,5% và biến chứng của nội nha là 8,5% [7]. Điều này có thể do: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Trường Đại học Y Khoa Vinh, nơi tiếp nhận số lượng lớn sinh viên đến khám từ độ tuổi 18 – 25 tuổi, đây là độ tuổi mọc răng khôn. Bên cạnh đó, trong quá trình học y, các bạn sẽ hiểu được các biến chứng của răng khôn mọc lệch nên các đối tượng này thường đến phòng khám Răng hàm mặt – bệnh viện trường Đại học Y sẽ đến nhổ sớm, dự phòng các biến chứng.

Theo bảng 2 và biểu đồ 2, nhóm nguyên nhân nhổ răng mọc lệch, ngầm chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm ≤ 24 tuổi (66,7%) và tiếp theo là ở nhóm 25-34 tuổi 27,4%, nhóm 35-44 chiếm 5,9%, nhóm ≥ 45 tuổi chiếm 0,0%.

Như vậy nguyên nhân nhổ răng mọc lệch ngầm chỉ

gặp ở các đối tượng < 45 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, theo Lee C.Y. (2015) rằng mọc lệch, ngầm phổ biến và quan trọng ở nhóm ≤ 34 tuổi, nhổ răng do bệnh nha chu tăng dần ở độ tuổi ≥ 35 tuổi, sâu răng là nguyên nhân chính ở tất cả các nhóm tuổi với tỷ lệ từ 48,3% đến 62,5% [8]. Nhổ răng mọc lệch, ngầm chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi trẻ được giải thích bởi phần lớn bệnh nhân đến khám vì những biến chứng xuất hiện ngay trong độ tuổi mọc răng cối lớn thứ 3. Bên cạnh đó, sự tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng cũng giúp người dân phát hiện sớm răng khôn mọc lệch ngầm trước khi chúng gây biến chứng. Việc nhổ răng khôn dự phòng biến chứng ở tuổi trẻ thuận lợi hơn so với lớn tuổi nên nguyên nhân nhổ răng lệch, ngầm sẽ gặp nhiều hơn ở đối tượng trẻ tuổi.

Nguyên nhân sâu răng và nha chu chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm ≥ 45 tuổi (60%). Theo chúng tôi, sở dĩ có tình trạng này là ở lứa tuổi này sự thay đổi thói quen chăm sóc răng miệng sẽ khó khăn hơn, việc đi khám sức khỏe răng miệng không thường xuyên, kết hợp với các bệnh lý toàn thân hay xuất hiện ở nhóm người cao tuổi dẫn đến tỷ lệ nhổ răng do sâu răng và viêm quanh răng cao hơn so với các nhóm tuổi khác.

Theo biểu đồ 3: nguyên nhân nhổ răng do răng mọc lệch ngầm ở nữ (56,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam (43,1%). Sự khác biệt về phân bố lý do nhổ răng mọc lệch ngầm giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lee C.Y. (2015), nhổ răng do răng mọc lệch, ngầm ở nam (10,3%) thấp hơn ở nữ (14,1%) [8]. Tỷ lệ nguyên nhân răng mọc lệch, ngầm ở nữ cao hơn ở nam, nguyên nhân được cho là do khác nhau về sự tăng trưởng của nam và nữ. Nữ giới thường ngừng tăng trưởng vào giai đoạn răng cối lớn thứ 3 bắt đầu mọc, trong khi đó ở nam, sự tăng trưởng của xương hàm vẫn tiếp tục trong thời gian mọc răng cối lớn thứ 3, tạo thêm không gian cho răng mọc [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy tỷ lệ nhổ răng do sâu răng, nha chu ở nam (60,0%) đều cao hơn ở nữ (40,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jafarian M. và Etebarian A. (2013), số răng nhổ do

sâu răng và bệnh lý nha chu ở nam (55,9% và 17,0%) đều cao hơn so với nữ (44,9% và 10,4%) [10]. Nam giới được cho là có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến độ trầm trọng của bệnh nha chu như thói quen hút thuốc lá, sử dụng thức uống có cồn. Hành vi chăm sóc răng miệng kém hơn, ít khi đi khám dự phòng, để phát hiện các bệnh răng miệng sớm hơn, nên tỷ lệ mắc bệnh sâu răng, nha chu cao hơn nữ giới.

5. KẾT LUẬN

Số răng nhổ trung bình của đối tượng nghiên cứu là $1,54 \pm 0,56$. Số răng nhổ trung bình cao nhất ở nhóm 25 – 34 tuổi ($1,69 \pm 0,471$). Nhóm nguyên nhân nhổ răng mọc lệch, ngầm chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm ≤ 24 tuổi (66,7%) và tiếp theo là ở nhóm 25-34 tuổi 27,4%, nhóm 35-44 chiếm 5,9%, nhóm ≥ 45 tuổi chiếm 0,0%. Nguyên nhân nhổ răng do răng mọc lệch ngầm ở nữ (56,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn ở nam (43,1%). Sự khác biệt về phân bố lý do nhổ răng mọc lệch ngầm giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ nhổ răng do sâu răng, nha chu ở nam (60,0%) đều cao hơn ở nữ (40,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H et al., The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization, 83, 2005, 661-669.
- [2] Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Melh MA et al., Reasons for tooth extraction in Kuwait. Medical principles and practice, 15(6), 2006, 417-422.
- [3] Corbet EF, Davies WI, Reasons given for tooth extraction in Hong Kong; Community dental health, 8(2), 1991, 121-130.
- [4] Taiwo AO, Ibikunle AA, Braimah RO et al., Tooth extraction: Pattern and etiology from extreme Northwestern Nigeri. European journal of dentistry, 11(3), 2017, 335.
- [5] Pier CP, Stefano P et al., Reasons of Tooth extractions and Relate risk factors in adult



- patients: A cohort study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7), 2020, 257.
- [6] Nguyễn Thị Cẩm Vóc, Nhận xét về tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định nhổ răng vĩnh viễn tại khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đổng Đa; Khoá luận tốt nghiệp đại học Y Hà Nội; 2012, 46.
- [7] Ali D, Reasons for Extraction of Permanent Teeth in a University Dental Clinic Setting. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*; 13, 2021, 51.
- [8] Lee CY, Chang YY, Shieh TY et al., Reasons for permanent tooth extractions in Taiwan; *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 2015, 2350-2357.
- [9] Hashemipour MA, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F, Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: a radiographic study in a Southeast Iran population; *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(1), 2013, 140-145.
- [10] Jafarian M, Etebarian A, Reasons for extraction of permanent teeth in general dental practices in Tehran, Iran. *Medical Principles and Practice*, 22(3), 2013, 239-244.

CHARACTERISTICS OF DISTRIBUTION, MORPHOLOGY, BIOLOGY AND CURRENT STATUS OF USING THE DANG CAY PLANT (*ZANTHOXYLUM SP.*) AS MEDICINE IN THANH CHUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE

Nguyen Xuan Khoa*, Tran Thi Oanh, Le Thi Hai Thanh

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the distribution, morphology, and biology of the Dang Cay plant (*Zanthoxylum* sp.), collect and interview about the medicinal effectiveness of remedies using the Dang Cay plant.

Research method: *Zanthoxylum* sp. in Thanh Chuong district, Nghe An; Community survey, interviews with open-ended questions, specimen collection method of Nguyen Nghia Thin 2007, morphological comparison method.

Results: The research sample was identified as *Zanthoxylum armatum* DC., Rutaceae family. Investigating the distribution of Bitter trees in 11 communes scattered throughout Thanh Chuong district. According to a survey of interviewed people: the parts used of the Dang Cay plant are mainly leaves 75%, branches and leaf tips 57.1%. Uses: treating hives, itching, allergies 67.9%; cure abdominal pain and diarrhea 17.9%; Treat bone and joint pain, toothache and cough. Bitter plant can be used for most subjects. How to use: there are many ways: boiling fresh medicinal herbs to drink, pounding and applying directly or cooking dried medicinal herbs to drink are common ways to use. The Dang Cay plant mainly grows naturally, is a perennial plant, requires little care and is suitable for environments with lots of light 46.4%. There are 2 popular remedies from the Bitter plant.

Conclusion: The Dang Cay tree is distributed in many places in Thanh Chuong district, Nghe An. The use of the Dang Cay tree is not common and has not been recorded, people mainly use it based on experience as well as word of mouth.

Keywords: Bitter species; treat urticaria; urticaria treatment, *Zanthoxylum armatum* DC.

*Corresponding author

Email address: xuankhoa.nguyen@gmail.com

Phone number: (+84) 988 573 747

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ, HÌNH THÁI, SINH HỌC VÀ THỰC TRẠNG SỬ DỤNG CÂY ĐẮNG CAY (*ZANTHOXYLUM SP.*) LÀM THUỐC TRÊN ĐỊA BÀN HUYỆN THANH CHƯƠNG, TỈNH NGHỆ AN

Nguyễn Xuân Khoa*, Trần Thị Oanh, Lê Thị Hải Thanh

Đại học Y Khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc - Thành Phố Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm phân bố, hình thái, sinh học của cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*), sưu tầm và phỏng vấn về hiệu quả chữa bệnh của các bài thuốc sử dụng cây Đắng cay.

Phương pháp nghiên cứu: Cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*) ở huyện Thanh Chương, Nghệ An; Điều tra cộng đồng, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi mở, phương pháp thu thập mẫu vật của Nguyễn Nghĩa Thìn 2007, phương pháp so sánh hình thái.

Kết quả nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được xác định là loài *Zanthoxylum armatum* DC., họ Cam Rutaceae. Điều tra phân bố cây Đắng cay ở 11 xã rải rác khắp huyện Thanh Chương. Theo khảo sát những người được phỏng vấn: bộ phận dùng của cây Đắng cay chủ yếu là lá 75%, cành lá và ngọn lá 57,1%. Công dụng: chữa mề đay, ngứa, dị ứng 67,9%; chữa đau bụng đi ngoài 17,9%; chữa đau xương khớp, đau răng và ho. Cây Đắng cay sử dụng được cho hầu hết các đối tượng. Cách dùng: có nhiều cách: nấu nước dược liệu tươi để uống, giã đắp trực tiếp hoặc nấu dược liệu khô để uống là cách dùng phổ biến. Cây Đắng cay chủ yếu mọc tự nhiên, cây sống lâu năm, ít cần chăm sóc và phù hợp với môi trường nhiều ánh sáng 46,4%. Có 2 bài thuốc phổ biến từ cây Đắng cay.

Kết luận: Cây Đắng cay phân bố nhiều nơi trên địa bàn huyện Thanh Chương, Nghệ An, Việc sử dụng cây Đắng cay chưa phổ biến, chưa được ghi nhận, người dân chủ yếu sử dụng theo kinh nghiệm cũng như truyền miệng.

Từ khóa: Loài Đắng cay; chữa mề đay; Bitter species; urticaria treatment, *Zanthoxylum armatum* DC.

*Tác giả liên hệ

Email: xuankhoa.nguyen@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 573 747

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*) thường được người dân ở Thanh Chương sử dụng để chữa các bệnh về dị ứng, nổi mề đay sau sinh, ngứa,... Tuy nhiên cho đến nay chưa có một công trình khoa học nào điều tra, nghiên cứu và tri thức hoá về tính hiệu quả của các bài thuốc sử dụng cây Đắng cay trong việc chữa bệnh này. Để nghiên cứu cụ thể đặc điểm hình thái, sinh học và các bài thuốc được người dân sử dụng từ loài cây này, đồng thời hệ thống lại tri thức bản địa nhằm mục đích hệ thống, bảo tồn, phát triển dược liệu với nhiều công dụng hơn, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu để tìm hiểu đặc điểm sinh học, vùng phân bố, trữ lượng, tác dụng chữa bệnh của cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*) tại huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phối hợp các phương pháp

- Phương pháp điều tra cộng đồng, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi mở,
- Phương pháp thu thập mẫu vật của Nguyễn Nghĩa Thìn 2007 [1].
- Phương pháp so sánh hình thái, tại phòng thí nghiệm BM Dược liệu – Khoa Dược – ĐHY Khoa Vinh.
- Phương pháp nghiên cứu sinh thái [2-6].

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 11 xã của huyện Thanh Chương (Thanh Liên, Hạnh Lâm, Cát Văn, Thanh Đức, Thanh Mỹ, Thanh Nho, Thanh Lĩnh, Thanh Tiên, Đại Đồng, Thanh Thịnh, Thị trấn Thanh Chương) năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*) ở huyện Thanh Chương, Nghệ An.
- 28 người dân đến từ 11 xã của huyện Thanh Chương.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lựa chọn có chủ đích 28 người dân ở 11 xã nghiên cứu

có trồng và sử dụng cây Cây Đắng cay làm thuốc. Mẫu cây Đắng cay được thu lượm tại nơi nghiên cứu mô tả và đối chiếu với mô tả theo các tài liệu tham khảo.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Các đặc điểm hình thái, đặc điểm sinh học của cây Đắng cay (*Zanthoxylum sp.*).
- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian biết và sử dụng cây.
- Các đặc điểm liên quan về hiệu quả chữa bệnh của các bài thuốc sử dụng: bộ phận sử dụng, công dụng, đối tượng sử dụng, cách dùng, phương pháp phối hợp dược liệu, quá trình chăm sóc, nguồn gốc cây giống, địa điểm sống của cây, số lượng cây.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thiết kế bộ câu hỏi, phỏng vấn đối lượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn, điền vào mẫu phiếu thu thập thông tin.

Quan sát mẫu tại thực địa, sưu tầm mẫu, so sánh với các tài liệu có sẵn để xác định hình thái thực vật của mẫu, phân loại thực vật.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Tất cả số liệu thu thập được qua nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel, xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các tiêu chí đánh giá sẽ được mô tả bằng phương pháp thống kê cơ bản qua tần số, tỉ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Y khoa Vinh theo số quyết định 146/QĐ – ĐHYKV ngày 7/02/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm hình thái, sinh học của cây Đắng cay

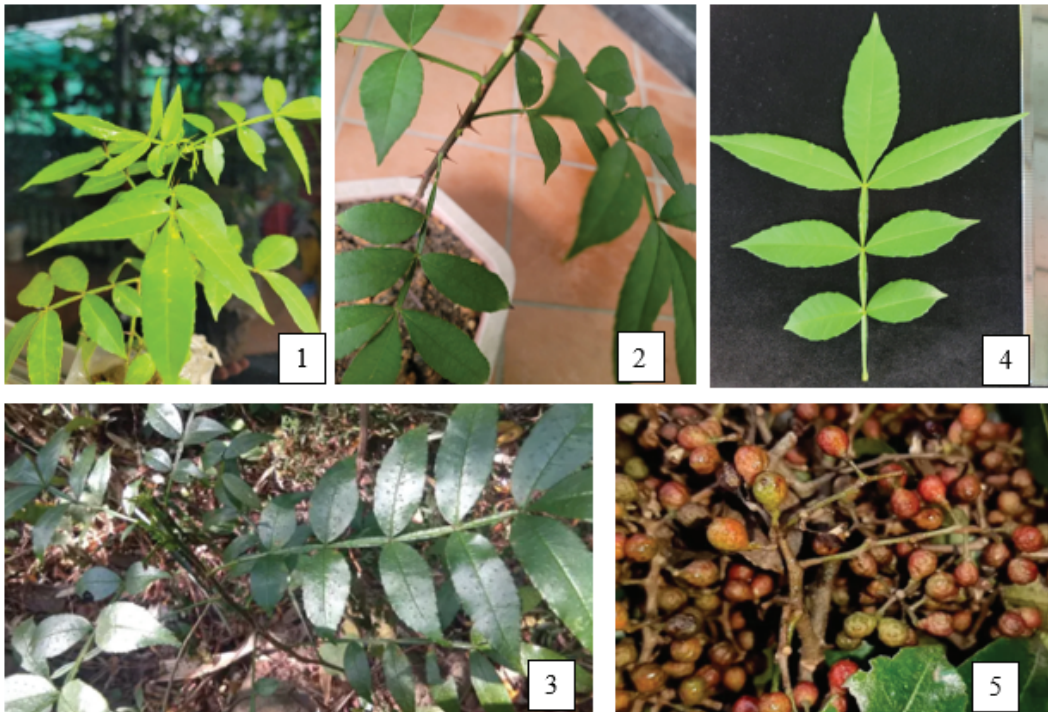
Mẫu nghiên cứu được mô tả và đối chiếu với mô tả theo các tài liệu tham khảo [2-6], được xác định là loài *Zanthoxylum armatum* DC., họ Cam Rutaceae. Cây gỗ nhỏ hoặc thân nhỡ, cao 2-4m, phân nhánh nhiều. Thân và cành nhẵn, có gai dẹt, màu nâu. Lá kép lông chim lẻ 1 lần có 3-7 (thường là 5) lá chét, to dần về phía



ngọn, hình mũi mác, gốc thuôn, đầu nhọn, mép lá có khía răng cưa nhọn; lá mọc so le, cuống có cánh ở phần giữa, lá có mùi thơm hắc; trên các điểm mọc lá chét có gai nhọn. Cụm hoa mọc ở kẽ lá thành chùm, ngắn hơn lá, hoa đơn tính cùng gốc, màu trắng lục, có 5 lá đài rất ngắn, nhẵn hoặc hơi có lông, 5 cánh hoa hẹp; hoa

đực có 5 nhị dài bằng cánh hoa, chỉ nhị rất mảnh, bầu lép; hoa cái có nhị giảm thành lưỡi, bầu có 1-5 noãn. Quả nang, vỏ ngoài sần sùi, khi chín có màu đỏ nâu nứt thành hai mảnh; hạt hình cầu màu đen. Mùa hoa tháng 5-6, mùa quả tháng 8-9.

Hình 3.1. Cây Đắng cay (*Zanthoxylum armatum* DC)



1. Cây Đắng cay; 2. Thân cây Đắng cay; 3. Cây Đắng cay trong vườn hộ dân; 4. Lá cây Đắng cay; 5. Quả cây Đắng cay

3.2. Đặc điểm hiệu quả chữa bệnh của các bài thuốc sử dụng cây Đắng cay

Kết quả điều tra các xã, thôn trên địa bàn huyện Thanh

Chương, với 28 phiếu phỏng vấn được thu thập trong nhà có cây Đắng cay, hoặc đã sử dụng cây Đắng cay để làm thuốc.

Bảng 1. Thông tin chung về người được phỏng vấn (n=28)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 30 tuổi	8	28,6
	≥ 30 tuổi	20	71,4
	Trung bình	38,32 ± 3,00	
Giới tính	Nam	9	32,1
	Nữ	19	67,9
Thời gian biết và sử dụng cây Đắng cay	Chưa biết dùng	1	3,6
	Dưới 1 năm	4	14,3
	Trên 1 năm	23	82,1

Người được phỏng vấn biết về cây Đắng cay, có trồng hoặc sử dụng cây Đắng cay chủ yếu lớn hơn 30 tuổi với 71,4 %, còn nhóm người phỏng vấn dưới 30 tuổi chỉ 28,6 %. Kết quả này có thể giải thích do những người độ tuổi trung niên và cao tuổi thường thích sử dụng các bài thuốc nam, bài thuốc dân gian chữa những bệnh thông thường, họ được tiếp cận với kiến thức từ ông bà xưa truyền lại, được áp dụng có hiệu quả, họ có kinh nghiệm sử dụng.

Người được phỏng vấn có giới tính nữ nhiều hơn so với nam chiếm 71,4% và nam 28,6%. cho thấy sự quan tâm đến vấn đề sức khỏe của bản thân cũng như những

người xung quanh thì nữ chiếm nhiều hơn, có thể do những người bị bệnh liên quan đến cây Đắng cay chủ yếu nữ nên họ tìm kiếm, sử dụng nhiều hơn, do đó họ biết và sử dụng nhiều hơn nam.

Thời gian biết đến cây Đắng cay, sử dụng cây Đắng cay chủ yếu trên 1 năm 82,1%, một số ít người mới biết dưới 1 năm 14,3%, còn 1 người trong vườn có cây Đắng cay nhưng chưa biết dùng cây này như thế nào.

Cây Đắng cay phân bố rộng khắp cả huyện Thanh Chương, phù hợp với khí hậu và thổ nhưỡng của huyện Thanh Chương.

Bảng 2. Thông tin về đặc điểm sử dụng cây Đắng cay của người dân (n=28)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bộ phận sử dụng	Lá	21	75,0
	Cành lá, ngọn lá	16	57,1
	Thân cây	5	17,9
	Rễ cây	6	21,4
	Toàn cây	4	14,3
	Bộ phận khác	3	10,7
Công dụng	Ngứa, mề đay, dị ứng	19	67,9
	Đau răng	2	7,1
	Đau bụng, đi ngoài	5	17,9
	Đau xương khớp	2	7,1
	Ho	1	3,6
Đối tượng sử dụng	Trẻ em dưới 2 tuổi	1	3,6
	Trẻ em trên 2 tuổi	7	25,0
	Phụ nữ có thai	0	0,0
	Người cao tuổi	3	10,7
	Tất cả đối tượng	19	67,9
Cách dùng cây	Giã nát đắp trực tiếp	10	35,7
	Phơi khô giã nát, đắp trực tiếp	6	21,4
	Nấu nước dược liệu tươi bôi ngoài da	7	25,0
	Nấu nước dược liệu khô bôi ngoài da	5	17,9
	Nấu nước dược liệu tươi uống	16	57,1
	Nấu nước dược liệu khô uống	10	35,7
	Cách khác	11	39,3



Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết hợp với dược liệu khác	Có	7	25,0
	Không	21	75,0
Quan tâm cây Đắng cay để chữa bệnh	Có	21	75,0
	Không	7	25,0

Về bộ phận sử dụng: Theo cách sử dụng của những người được phỏng vấn thì bộ phận sử dụng chủ yếu là lá, cành lá và ngọn lá (chiếm lần lượt 75% và 57,1%), còn một số rất ít dùng cả thân cây, rễ cây, toàn cây hay bộ phận khác. Điều này phù hợp với mô tả trong y văn [2, 6].

Về công dụng: Theo thông tin thu thập được từ những người được phỏng vấn thì cây Đắng cay được dùng chủ yếu chữa mề đay, ngứa, dị ứng (67,9% mục đích sử dụng); tiếp theo là dùng cây Đắng cay chữa đau bụng, đi ngoài (17,9% mục đích sử dụng); còn một số rất ít sử dụng chữa đau xương khớp, đau răng và ho. Có thể do có những dược liệu thông dụng hơn cây Đắng cay được người dân sử dụng chữa các bệnh thông thường như đi ngoài, đau răng, ho mà chưa cần dùng đến cây Đắng cay. Bệnh mề đay, dị ứng, ngứa nhiều năm trở lại đây xuất hiện nhiều cũng như khó kiểm soát. Cho thấy công dụng của cây Đắng cay trên nhưng bệnh này có hiệu quả rõ rệt.

Về đối tượng sử dụng: Cây Đắng cay sử dụng được cho hầu hết tất cả các đối tượng chiếm 67,9%; chưa có ai sử dụng cho phụ nữ có thai; cũng hạn chế dùng cho trẻ dưới 2 tuổi chỉ có 3,6%. Theo như y văn thì chưa có kiêng kỵ nào khi sử dụng cây Đắng cay, nhưng để đảm

bảo an toàn thì người dân cũng chưa sử dụng cho phụ nữ có thai cũng như hạn chế với trẻ dưới 2 tuổi.

Về cách dùng: Đa số người được phỏng vấn sử dụng bằng cách nấu nước dược liệu tươi để uống, chiếm 57,1%. Cách dùng đơn giản, nhanh chóng, kịp thời cho những triệu chứng cấp như ngứa, mề đay hay đi ngoài.; Giã dược liệu tươi đắp trực tiếp hoặc nấu dược liệu khô để uống là cách dùng nhiều thứ 2 với 35,7%. Khi đắp ngoài da, người dân chủ yếu lựa chọn giã nát dược liệu tươi và đắp lên vết ngứa, mề đay; Khi dùng đường uống, người dân cũng lựa chọn nấu dược liệu tươi nhiều hơn phơi khô.

Về phương pháp phối hợp dược liệu: 75% người được phỏng vấn dùng đơn độc dược liệu Đắng cay trong các bài thuốc; 25% dùng kết hợp với các phụ liệu, dược liệu khác để điều trị bệnh. Điều này cho thấy tác dụng chữa bệnh hiệu quả có thể khẳng định hoàn toàn do dược liệu Đắng cay.

Sự quan tâm của người khác về cây Đắng cay để chữa bệnh: Có tới 75% người được phỏng vấn được người khác đến hỏi, tìm hiểu về cây Đắng cay để điều trị bệnh, chứng tỏ bài thuốc về cây Đắng cay có được truyền miệng trong nhân dân.

Bảng 3. Thông tin về đặc điểm sinh thái cây Đắng cay từ phía người dân (n=28)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian trồng hoặc thấy cây Đắng cay xuất hiện trong vườn	Dưới 1 năm	6	21,4
	1-3 năm	6	21,4
	Trên 3 năm	14	50,0
Quá trình chăm sóc cho cây	Không chăm sóc	6	21,4
	Thỉnh thoảng tưới nước	12	42,9
	Tưới nước thường xuyên	8	28,6

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguồn gốc cây giống	Cây tự xuất hiện trong vườn	4	14,3
	Lấy từ người quen	19	67,9
	Mua ở ngoài về	0	0,0
Địa điểm cây sống	Nhiều nước, đất ẩm	10	35,7
	Ít nước, đất khô	10	35,7
	Nắng, ánh sáng nhiều	13	46,4
	Bóng râm	5	17,9
Số lượng cây Đắng cay trong vườn	1 cây	14	50,0
	Dưới 10 cây	9	32,1
	Nhiều không đếm xuể	1	3,6

Về thời gian xuất hiện cây Đắng cay trong vườn: Theo người được phỏng vấn thì cây Đắng cay là cây lâu năm, mọc trong vườn đã trên 3 năm chiếm 50%, còn lại mới xuất hiện trong vườn.

Về quá trình chăm sóc cho cây: Những người được phỏng vấn hầu như không có chế độ chăm sóc đặc biệt nào cho cây ngoài việc tưới nước. Đa số họ thỉnh thoảng tưới nước một lần (42,9%); số lượng tưới nước thường xuyên ít hơn, chiếm 28,6%; số người không chăm sóc gì chiếm 21,4%.

Về nguồn gốc cây giống: Đa số cây Đắng cay được người dân lấy từ người quen về trồng, chiếm 67,9%, còn lại do cây tự xuất hiện trong vườn, có thể do chim hoặc một vài động vật khác đưa hạt giống của cây về rồi tự mọc.

Về địa điểm sống của cây: Cây Đắng cay phù hợp với ánh sáng và nắng, là cây ưa sáng, chiếm 46,4%. Tuy nhiên cây vẫn phát triển được ở bóng râm chiếm 17,9%; có thể phát triển được ở cả hai môi trường ẩm hoặc khô.

Về số lượng cây Đắng cay trong vườn: Trong vườn các hộ dân số lượng cây Đắng cay rất ít, chủ yếu có một cây, chiếm 50%, còn lại dưới mười cây 32,1%; còn rất nhiều cây Đắng cay trong vườn chiếm 3,6%. Điều này có thể do cây có nhiều gai nhọn ở cả thân cây và lá, nên người dân không muốn trồng nhân rộng cũng như làm cảnh nhiều. Thông thường người dân đều không cho mọc rộng rãi, chỉ để lại một số cây trong vườn phòng lúc cần thiết. Do đó cây Đắng cay rất khó tìm, và khả

năng nhân giống không cao. Do cây không có giá trị làm cảnh nên người dân ít trồng và chăm sóc kỹ, không được bán rộng rãi trên thị trường.

3.3. Một số bài thuốc từ cây Đắng cay

Chúng tôi đã thu thập được một số bài thuốc theo tri thức dân gian do những người dân được phỏng vấn cho biết như sau:

- Chữa mê đay, ngứa, dị ứng, ngứa sau sinh: Vò nước lá Đắng cay uống; Hầm 1 nắm lá Đắng cay với 1 con gà ác, ăn hết cả lá và gà, uống hết nước; Hấp 1 con gà ác với lá Đắng cay, ăn cả gà và lá Đắng cay; Giã lá tươi, đắp lên vết ngứa.

- Chữa đau bụng, đi ngoài: Lấy 1 nắm lá Đắng cay rửa sạch, vò lá Đắng cay, lấy nước uống.

Đắng cay (*Zanthoxylum armatum* DC.) hiện tại chưa được ghi nhận trong các tài liệu về cây thuốc ở Nghệ An [7].

4. KẾT LUẬN

Cây Đắng cay được xác định là loài *Zanthoxylum armatum* DC., họ Cam Rutaceae. phân bố rải rác khắp cả huyện Thanh Chương. Bộ phận dùng của cây Đắng cay chủ yếu là lá 75%, cành lá và ngọn lá 57,1%. Công dụng chính: chữa mê đay, ngứa, dị ứng 67,9%; chữa đau bụng đi ngoài 17,9%; chữa đau xương khớp, đau răng và ho. Cách dùng đa dạng như: nấu nước được

liệu tươi để uống, giã đắp trực tiếp hoặc nấu dược liệu khô để uống là cách dùng phổ biến. Cây Đắng cay chủ yếu mọc tự nhiên, cây sống lâu năm, ít cần chăm sóc, phù hợp với môi trường nhiều ánh sáng. Số lượng cây Đắng cay rất ít. Một số bài thuốc từ cây Đắng cay chữa mề đay, ngứa, dị ứng, ngứa sau sinh, và chữa đau bụng, đi ngoài.

Cây Đắng cay (*Zanthoxylum armatum* DC.) hiện tại chưa được ghi nhận trong các tài liệu về cây thuốc ở Nghệ An. Nghiên cứu đã ghi nhận thêm một cây thuốc mới điều trị ngứa, mề đay phân bố trên địa bàn huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Nghĩa Thìn, Các phương pháp nghiên cứu thực vật. Nhà xuất bản ĐH Quốc Gia Hà Nội, 2007.
- [2] Đỗ Tất Lợi, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2006.
- [3] Bùi Thu Hà, Nghiên cứu phân loại họ Cam (Rutaceae) ở Việt Nam. Luận án Tiến sĩ Sinh học. Viện sinh thái và Tài nguyên sinh vật, 2012.
- [4] Mutinda, E.S. Ethnobotanical uses, phytochemistry and pharmacology of pantropical genus *Zanthoxylum* L. (Rutaceae). J Ethnopharmacol, 2023, 303: 115895.
- [5] Patil, K. and R. Mallya. Genus *Zanthoxylum* as Sources of Drugs for Treatment of Tropical Parasitic Diseases. Curr Drug Discov Technol, 2022; 19(3): e040322201773.
- [6] Võ Văn Chi, Từ điển cây thuốc Việt Nam Tập 1-2. Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 2012.
- [7] Hoàng Văn Hảo, Cây thuốc Nghệ An. Nhà in Báo Nghệ An, Nghệ An, 2009.

SITUATION OF CHILD INJURIES AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDICS AND BURNS, NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRIC'S HOSPITAL, 2022

Nguyen Thi Thanh Hien*

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Research objective: Review the situation of child injuries treated at the Department of Orthopedics and Burns, Nghe An Obstetrics and Pediatric 's Hospital in 2022

Research method: Descriptive cross-sectional study on 1706 pediatric patients treated at the Department of Orthopedics and Burns from January 2022 to January 2023.

Results: The rate of self-inflicted injuries accounts for 86.5% of the disease. The causes of self-inflicted injuries in children treated in 2022 are mainly falls 45.1%, traffic accidents 19.7%, daily life accidents 5.9%. Pediatric patients with accidental injury and other diseases treated at the department have a high proportion of boys, 61.7%, and the common age group is 1-3 years old, 42.7%. Head injuries include: brain concussion, superficial scalp contusion, skull fracture, brain contusion, epidural hematoma, subdural hematoma in treatment accounting for 33.6% of patients. Among them, 83% of pediatric patients had concussion. Misaligned fractures account for 28.8%. Burns of all types admitted to the treatment department account for 18.5%.

Conclusion: The causes of children's injuries being treated at the department in 2022 are diverse such as traffic accidents and daily life accidents. Pediatric patients with accidental injury have a high male rate. Common injuries are broken bones, head injuries and burns. It is necessary to strengthen educational communication to contribute to preventing and limiting accidents and injuries for children, especially accidents caused by falls.

Keywords: Accidental injury; Falls, Burns, Traffic Accidents, Nghe An Obstetrics and Children's Hospital.

*Corresponding author

Email address: hienthanhbms2010@yahoo.com.vn

Phone number: (+84) 987 179 656

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



TÌNH HÌNH TAI NẠN THƯƠNG TÍCH TRẺ EM TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH - BỔNG BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN, NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Hiền*

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét tình hình tai nạn thương tích (TNTT) trẻ em điều trị tại khoa Chẩn thương Chỉnh hình - Bệnh viện Sản nhi Nghệ an năm 2022

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 1706 bệnh nhi vào điều trị tại khoa Chẩn thương Chỉnh hình - Bệnh từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ TNTT chiếm 86,5% mặt bệnh. Nguyên nhân gây TNTT trẻ em vào điều trị trong năm 2022 chủ yếu do ngã 45,1%, tai nạn giao thông (TNGT) chiếm 19,7%, tai nạn sinh hoạt chiếm 5,9%. Bệnh nhi bị TNTT và bệnh khác vào điều trị tại khoa có trẻ trai chiếm tỷ lệ cao 61,7%, lứa tuổi thường gặp 1-3 tuổi 42,7%. Tổn thương vùng đầu bao gồm: chấn động não, vết thương nông đung dập da đầu, vỡ xương sọ, dập não, tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng vào điều trị chiếm 33,6% số bệnh nhân. Trong số đó có 83% bệnh nhi chấn động não. Gãy xương sai khớp chiếm tỷ lệ 28,8%. Bong các loại nhập khoa điều trị chiếm tỷ lệ 18,5%.

Kết luận: Nguyên nhân gây TNTT trẻ em vào điều trị tại khoa trong năm 2022 đa dạng như ngã TNGT, tai nạn sinh hoạt. Bệnh nhi bị TNTT có tỷ lệ nam cao. Các tổn thương thường gặp là gãy xương, tổn thương vùng đầu và bong. Cần tăng cường truyền thông giáo dục nhằm góp phần phòng tránh và hạn chế TNTT cho trẻ em nhất là tai nạn do ngã.

Từ khóa: Tai nạn thương tích; Ngã, Bong, Tai nạn giao thông, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

*Tác giả liên hệ

Email: hienthanhbms2010@yahoo.com.vn

Điện thoại: (+84) 987 179 656

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm trên toàn cầu có hơn 900.000 trẻ em và vị thành niên dưới 18 tuổi tử vong do thương tích, trong đó 90% là thương tích không chủ ý. 95% tử vong do thương tích trẻ em xảy ra ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. Ngoài những ca tử vong, hàng chục triệu trẻ em đòi hỏi phải được chăm sóc tại các cơ sở y tế và nhiều trẻ bị tàn tật suốt đời [1]. Tại Việt Nam, thống kê của Cục Quản lý môi trường cho thấy, mỗi năm trung bình có hơn 370.000 trẻ bị tai nạn thương tích, nhóm tuổi 5-14 chiếm 36,9%, thấp nhất là nhóm tuổi 0-4 chiếm 19,5%. Số trẻ em tử vong do tai nạn thương tích là 6.600 trường hợp một năm chiếm tỷ lệ 35,5% trong tổng số trẻ tử vong trong toàn quốc do tất cả các nguyên nhân. Cứ 100.000 trẻ có 24 trẻ tử vong do tai nạn thương tích hay tương đương 18 trẻ em tử vong do tai nạn thương tích mỗi ngày. Các em trai có xu hướng bị thương tích thường xuyên hơn và nghiêm trọng hơn so với các em gái. Tỷ lệ tử vong ở nam giới cao hơn 3 lần so với nữ giới [1]. TNTT là một vấn đề sức khỏe cộng đồng tại Việt Nam và đã được ghi nhận trước đây trong cuộc điều tra quốc gia đầu tiên về TNTT (Điều tra liên trường về TNTT tại Việt Nam – VMIS) do trường Đại học Y tế công cộng thực hiện vào năm 2001. Điều tra VMIS cho thấy tỷ lệ tử vong và không lây nhiễm. Trong đó, TNGT đường bộ và đuối nước được xác định là các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho dân số Việt Nam dưới 18 tuổi [2]. Nguyên nhân gây TNTT phổ biến nhất đuối nước (48,8%) sau đó là TNGT, vết thương, ngộ độc, té ngã... Tại khoa Chấn thương Chỉnh hình - Bông bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, TNTT chiếm phần lớn trong số bệnh nhi vào điều trị tại khoa. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu là nhận xét tình hình TNTT ở trẻ em điều trị tại khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bông bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022.

2.1. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Chấn thương Chỉnh hình - Bông của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhi bị TNTT - bông dưới 15 tuổi vào điều trị khoa Chấn thương Chỉnh hình - Bông của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và hồ sơ bệnh án lưu trữ. Tiêu chuẩn loại trừ là các bệnh nhi mà hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin biến số cần thu thập.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ là 1706 bệnh nhi vào trong thời gian nghiên cứu dựa vào hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất. Chọn bệnh nhi dựa trên danh sách lưu tại phần mềm bệnh viện theo khoa.

2.5. Biến số nghiên cứu

+ Các đặc điểm chung: tuổi, giới, nơi ở.

+ Đặc điểm TNTT:

- Tỷ lệ vào viện vì TNTT

- Gãy xương: (vị trí)

- Chấn thương sọ não: Chấn động não, vết thương đung dập da đầu, vỡ xương sọ, tụ máu ngoài màng cứng, dưới màng cứng.

- Bông: vị trí, diện tích, độ sâu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua phiếu thu thập số liệu được thiết kế dựa theo các biến số cần thu thập phù hợp mục tiêu nghiên cứu. Kỹ thuật hồi cứu trên hồ sơ lưu tại phần mềm bệnh viện. Các dữ liệu liên quan được lưu vào các file Exel để thuận lợi cho xử lý số liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu thu thập số liệu đều được kiểm tra trước khi tiến hành nhập liệu. Các phiếu sau khi thu thập được làm sạch, lưu giữ bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.



2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sự cho phép của bệnh viện Sản nhi Nghệ An. Danh tính đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến bệnh nhi mà chỉ phục

vụ cho công tác khám và điều trị bệnh nhi tốt hơn.

3. KẾT QUẢ

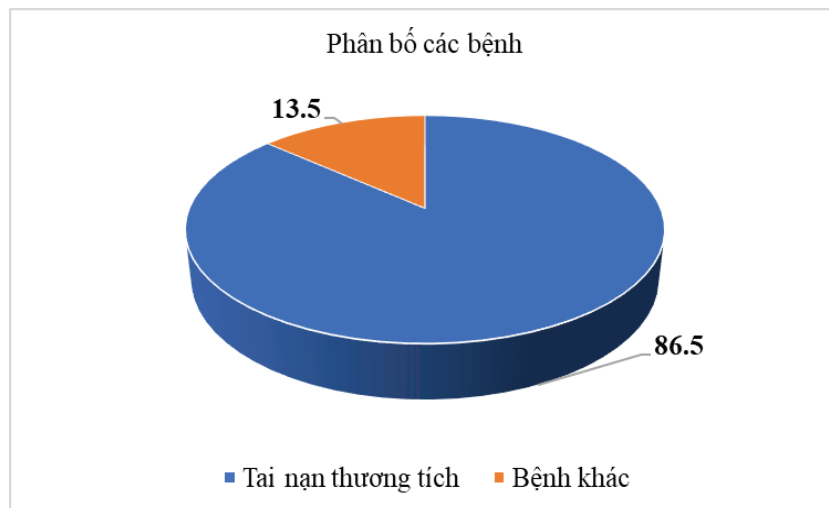
Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=1706)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lứa tuổi	<1 tuổi	149	8,7
	1-3 tuổi	728	42,7
	4-6 tuổi	396	23,2
	7-15 tuổi	433	25,4
Giới tính	Nam	1053	61,7
	Nữ	653	38,3
Nơi ở	Nông thôn	1128	66,1
	Thành thị	578	33,9

Tỷ lệ bệnh nhi vào điều trị tại khoa lứa tuổi 1-3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,7%, tiếp theo là lứa tuổi 7-15 chiếm tỷ lệ 23,2%. Thấp nhất là lứa tuổi < 1 tuổi chỉ 8,7%. Tỷ

lệ bệnh nhi nam nhiều hơn nữ (61,7% và 38,3%). Đa số bệnh nhi sống ở nông thôn chiếm 66,1%.

Hình 1. Phân bố bệnh vào điều trị (n=1706)



Tỷ lệ TNTT nhập viện điều trị chiếm 86,5% tổng số các bệnh vào khoa điều trị.

Bảng 2. Đặc điểm TNTT (n=1475)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân	Ngã	665	45,1
	Tai nạn giao thông	291	19,7
	Tai nạn sinh hoạt	87	5,9
	Khác	432	29,3
Loại tổn thương	Gãy xương, sai khớp	425	28,8
	Chấn thương vùng đầu	495	33,6
	Tổn thương bồng	273	18,5
	Vết thương phần mềm	143	9,7
	Khác	139	9,4

Nguyên nhân gây TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất là ngã chiếm tỷ lệ 45,1%, các nguyên nhân khác chiếm 29,3%. Nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm thấp nhất 5,9%. Phân loại tổn thương: Chấn thương vùng đầu chiếm 33,6%; gãy xương, sai khớp 28,8%; bồng 18,5%.

Bảng 3. Tổn thương gãy xương, sai khớp (n=425)

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chi trên	194	45,6
Chi dưới	108	25,4
Xương khác	123	29,0
Tổng	425	100

Gãy xương chi trên thường gặp nhất chiếm 45,6%, vị trí gãy xương chi dưới là 25,6%. Gãy xương vị trí khác là 29,0%.

Bảng 4. Phân bố chấn thương vùng đầu (n=495)

Chấn thương vùng đầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vết thương, đung dập da đầu	23	4,7
Chấn động não	411	83,0
Vết thương sọ não hở, dập não	9	1,8
Vỡ, lún xương sọ	14	2,8
Tụ máu ngoài màng cứng	27	5,5
Tụ máu dưới màng cứng	11	2,2
Tổng số	495	100



Bệnh nhi bị chấn động não chiếm tỷ lệ đa số (83,3%). Các tổn thương khác chiếm tỷ lệ thấp dao động từ 1,8% đến 5,5%.

Bảng 5. Phân bố các đặc điểm của tổn thương bồng (n=273)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lứa tuổi	< 1 tuổi	57	21,0
	1 - 5 tuổi	172	63,0
	6 - 10 tuổi	33	12,0
	11 - 15 tuổi	11	4,0
Giới tính	Nam	166	60,8
	Nữ	107	39,2
Diện tích bồng	< 10%	68	24,9
	10 - 20%	90	32,9
	20 - 30%	76	27,8
	30 - 40%	25	9,2
	> 40%	14	5,2

Trong số bệnh nhi bị bồng thì độ tuổi 1 - 5 bị bồng chiếm tỷ lệ cao nhất 63%, thấp nhất là độ tuổi 11 - 15. Bệnh nhi nam bị bồng nhiều hơn bệnh nhi nữ. Bệnh nhi bồng với diện tích từ 10 - 20% chiếm tỷ lệ 32,9% và chủ yếu bồng độ II, độ III. Bồng > 40% chỉ có 5,2%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy: tỷ lệ bệnh nhi vào điều trị tại khoa lứa tuổi 1-3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,7%, tiếp theo là lứa tuổi 7-15 chiếm tỷ lệ 23,2% và thấp nhất là < 1 tuổi chỉ có 8,7%. Tỷ lệ bệnh nhi nam nhiều hơn bệnh nhi nữ (61,7% và 38,3%). Đa số bệnh nhi sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ 66,1%. Trong nghiên cứu của Phan Thị Thanh Huyền năm 2007 ở Bệnh viện nhi đồng 2 cho kết quả: lứa tuổi thường gặp là ≥ 2 tuổi chiếm tỷ lệ 84,8%, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1 [3]. Nghiên cứu của Trịnh Thanh Xuân và cộng sự tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2021 thấy rằng TNTT chủ yếu gặp ở trẻ nam chiếm 66,8%, lứa tuổi từ 1-4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,2% và ở khu vực ngoại thành là 57,7% [4]. Các số liệu của Cục Quản lý môi trường

năm 2017 cũng cho thấy, mỗi năm trung bình có hơn 370.000 trẻ bị TNTT, trong đó nhóm 15-19 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 43%, tiếp đến nhóm tuổi 5-14 chiếm 36,9%, thấp nhất là nhóm tuổi 0-4 chiếm 19,5%. Các em nam có xu hướng bị thương tích thường xuyên hơn và nghiêm trọng hơn so với các em nữ [1]. Tác giả Oxley Jennifer và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu đánh giá các can thiệp về phòng chống TNTT trẻ em ở Việt Nam tại 6 tỉnh Hải Phòng, Hải Dương, Quảng Trị, Huế, Đồng Tháp và Cần Thơ từ năm 2006- 2010 cho thấy đa số trẻ em bị tai nạn thương tích là nam khoảng 70%. Ngoài ra, trẻ em ở độ tuổi từ 5 đến 14 chiếm 42% về mọi tai nạn thương tích, sau đó là trẻ ở độ tuổi từ 15-19 tuổi. Chỉ 20% trẻ bị tai nạn thương tích ở độ tuổi từ 4 tuổi trở xuống [5]. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác. TNTT ở trẻ em thường xảy ra do sự bất cẩn trong chăm sóc trẻ em của người lớn các trẻ chấp chững biết đi dễ bị ngã, Điều này có thể giải thích là tính cách trẻ nam thường có xu hướng hiếu động, thích tham gia vào các hoạt động vui chơi nhiều hơn trẻ nữ, theo quan niệm xã hội thì cha mẹ thường ít hạn chế, cấm đoán các hoạt động trẻ nam hơn nên đây có thể là những yếu tố liên quan làm cho tỷ lệ trẻ nam luôn cao hơn nữ ở các nghiên cứu [6]. Kết quả

nghiên cứu cho thấy trẻ em bị TNTT ở nông thôn cao hơn trẻ em ở thành thị, điều này cũng phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội ở nông thôn miền núi vẫn còn thấp kém hơn thành thị nên điều kiên chăm sóc bảo vệ trẻ em còn chưa tốt.

4.2. Tình hình TNTT

Kết quả nghiên cứu ở Hình 1 cho thấy khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An tiếp nhận 1475 bệnh nhi bị TNTT vào điều trị nội trú chiếm tỷ lệ 85,6%. Số bệnh nhi bị TNTT theo bản phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD10) thuộc nhóm XIX đứng hàng thứ 14. Trong số những bệnh nhi bị TNTT, khi khảo sát nguyên nhân gây TNTT thì có tỷ lệ cao theo thứ tự là ngã, TNGT, tai nạn sinh hoạt theo thứ tự là 45,1%; 19,7% và 5,9%. Các nguy cơ gây tai nạn thương tích thường gặp ở trẻ em là tai nạn thương tích do giao thông, ngã, bỏng, súc vật cắn, các vật sắc nhọn, ngộ độc, đuối nước. Trẻ em dưới 5 tuổi thường phải đối mặt với các nguy cơ gây tai nạn thương tích hiện diện ngay trong ngôi nhà nơi trẻ đang sinh sống như bị ngã do đồ dùng trong gia đình sắp xếp không khoa học, bị bỏng, ngộ độc; bị cắt bởi các vật sắc nhọn; các đồ vật nóng, nước sôi, thuốc men, hóa chất... trong tầm tay với đến của trẻ. Nghiên cứu của Phan Thị Thanh Huyền và cộng sự cho kết quả chấn thương sọ não do ngã (44,1%), tai nạn giao thông (36,7%). Trẻ <2 tuổi chấn thương sọ não (58,7%) nhiều hơn so với trẻ ≥ 2 tuổi (21,3%) [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thuý Lan năm 2004 ở Yên Bái cho thấy nguyên nhân TNTT: ở Yên Bái do súc vật cắn chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 43%, thứ 2 là ngã 34%, sau đến tai nạn giao thông 10,3%, bỏng 6%, đuối nước 3,2%, khác 3,5% [7]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng 2019 ở Đắk Lắk cho thấy 5 nguyên nhân hàng đầu gây TNTT trẻ em là ngã, TNGT, động vật côn trùng cắn đốt, Bỏng và vật sắc nhọn chiếm đến 95,7%. Ngã là nguyên nhân hàng đầu các nhóm tuổi, chiếm 43,6%; Bỏng là nguyên nhân xếp thứ 2 nhóm 0 - 4 tuổi với tỷ lệ 17,7%; TNGT là nguyên nhân thứ 2 nhóm trẻ 5-10 và 11-15 tuổi (23,3%, 32,3%); động vật côn trùng cắn đốt cũng chiếm tỷ lệ khá cao từ 13,5% - 18% các nhóm tuổi [8].

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có tới 425 trường hợp gãy xương hoặc các di chứng gãy xương sai khớp vào điều trị tại khoa. Vị trí gãy xương được ghi nhận nhiều nhất là chi trên. Như vậy có một tỷ

lệ 28,8% bệnh nhi bị tai nạn gãy xương sai khớp. Phần lớn bệnh nhi bị gãy xương sai khớp được điều trị bảo tồn bằng bó bột. Có tới 495 trường hợp chấn thương vùng đầu chiếm 33,6% số bệnh nhi TNTT vào viện. Trong số đó thì chấn động não chiếm tỷ lệ cao nhất là 83%, vết thương đung dập da đầu, vỡ xương sọ, dập não, tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng dao động từ 1,8% đến 5,5%. Bệnh nhi bị bỏng vào điều trị tại khoa chiếm tỷ lệ 18,5% trong tổng số bệnh nhi bị TNTT. Tỷ lệ bệnh nhi bị bỏng nặng với diện tích trên 10% chiếm tỷ lệ cao. Kết quả khảo sát vị trí tổn thương trên cơ thể trẻ do TNTT của tác giả Bùi Lê Vĩ Chinh năm 2019 tại Bình Định cho thấy: tỷ lệ có vị trí tổn thương ở chi dưới chiếm cao nhất (46,9%), tiếp theo là chi trên (35,9%), vùng đầu mặt cổ (32,7%). Các tổn thương phần mềm hay gặp nhất là vết xây xát (46,0%), tiếp theo là vết bầm tím (26,0%). Tỷ lệ có gãy vỡ xương chi trên 3,6%, gãy xương chi dưới là 1,1%, tổn thương xương sọ chiếm 0,7%. Tỷ lệ có chấn động não chiếm 1,7% [9]. Nghiên cứu của Lương Hồng Khánh tại huyện Nho Quan - Ninh Bình năm 2017 cho thấy tổn thương chi dưới chiếm 35,9%, chi trên chiếm 28,6%, đầu mặt cổ chiếm 18,6%, vùng thân chiếm 16,9% [10]. Như vậy các kết quả khảo sát của chúng tôi về các khía cạnh nguyên nhân và loại tổn thương TNTT cũng cơ bản tương tự nghiên cứu khác.

5. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây TNTT trẻ em vào điều trị tại khoa trong năm 2022 đa dạng như ngã TNGT, tai nạn sinh hoạt. Bệnh nhi bị TNTT có tỷ lệ nam cao. Các tổn thương thường gặp là gãy xương, tổn thương vùng đầu và bỏng. Cần tăng cường truyền thông giáo dục nhằm góp phần phòng tránh và hạn chế TNTT cho trẻ em nhất là tai nạn do ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thực trạng tai nạn thương tích trẻ em. https://moh.gov.vn/web/phong-chong-tai-nan-thuong-tich/tin-noi-bat/-/asset_publisher/iinMRn208ZoI/content/thuc-trang-tai-nan-thuong-tich-tre-em. 2017. Truy cập 17 tháng 11 năm 2023

- [2] Bộ Y tế, Điều tra quốc gia về tai nạn thương tích năm 2010. https://moh.gov.vn/web/phong-chong-tai-nan-thuong-tich/giam-sat-nghien-cuu/-/asset_publisher/aiq7dkEApLu2/content/-ieu-tra-quoc-gia-ve-tai-nan-thuong-tich-nam-20-1?inheritRedirect=false. 2011, Truy cập 17 tháng 11 năm 2023.
- [3] Phan Thị Thanh Huyền, Bùi Văn Đỡ, Phạm Lê An và cộng sự, Đánh giá xử trí ban đầu trong chấn thương sọ não theo phân nhóm Masters tại khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 2003-2005; Tạp chí Y học thực hành, 5(571 + 572): 79-81
- [4] Trịnh Thanh Xuân, Trần Thị Thúy Hà, Trần Thị Vân Anh và cộng sự, Đặc điểm dịch tễ học tai nạn thương tích và thực trạng sơ cấp cứu bệnh nhân tai nạn thương tích điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019; Tạp chí Y học Dự phòng, 31(1), 2021, 303-311.
- [5] Oxley, Jennifer, Evaluation of child injury prevention: interventions in Viet Nam. Accident Research Centre (Monash University) and Ha Noi School of Public Health. Report to UNICEF Vietnam, 2011.
- [6] Nguyễn Thúy Quỳnh, Lê Vũ Anh, Nguyễn Dục Quang, Tai nạn thương tích trẻ em và biện pháp phòng chống dựa vào nhà trường; Tạp chí Y tế công cộng, 16, 2010, 49 - 53.
- [7] Nguyễn Thuý Lan, Thực trạng tai nạn thương tích ở trẻ em dưới 15 tuổi ở thành phố Yên Bái năm 2004. Báo cáo Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích, 2005.
- [8] Nguyễn Văn Hùng, Nghiên cứu tai nạn thương tích ở trẻ em dưới 16 tuổi và hiệu quả can thiệp của mô hình cộng đồng an toàn tại các xã vùng ven, thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2019.
- [9] Bùi Lê Vĩ Chinh, Thực trạng tai nạn thương tích trẻ em dưới 15 tuổi và một số can thiệp dự phòng tai nạn đuối nước tại hai huyện tỉnh Bình Định. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Đại học Y dược Hải Phòng, 2020.
- [10] Lương Hồng Khánh, Thực trạng và kiến thức thực hành của người chăm sóc trẻ em về tai nạn thương tích tại huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2017.

CURRENT STATUS AND SOME SOLUTIONS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TEACHING INFORMATICS FOR MEDICAL STUDENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY

Nguyen Thi Minh Nguyet*

Vinh Medical University - No. 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: Assess the current situation and propose some solutions to improve the effectiveness of teaching Informatics for medical students at Vinh Medical University.

Research method: Using descriptive research method on 418 subjects who are medical students of the 2022 - 2028 class at Vinh Medical University of from August 2022 to June 2023.

Results: 75.4% of students are excited about computer science. Over 90% of students agree with the way the course is organized. The content of duration, curriculum content, and learning materials have a high percentage of students disagreeing, respectively 62.2%; 25%; 31.3%. 80% of students agree with the way of evaluating learning outcomes of lecturers and subjects. Some solutions to improve the effectiveness of teaching Informatics for medical students include: increasing the time, recompiling the teaching curriculum, diversifying teaching forms, designing exercises in the direction of applying Informatics. study in scientific research and professional activities for students in the medical field.

Conclusion: The current situation of teaching Informatics for medical students basically meets students' expectations. There are some limitations that need to be overcome such as inappropriate course duration and not updated textbooks. There needs to be solutions to enhance and improve the quality of teaching such as program design, document compilation, and application of hospital management software in the curriculum.

Keywords: Informatics; medical students; Vinh Medical University.

*Corresponding author

Email address: minhnguyet@vnu.edu.vn

Phone number: (+84) 915 665 445

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ DẠY HỌC MÔN TIN HỌC CHO SINH VIÊN NGÀNH Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Thị Minh Nguyệt*

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng và đề xuất một số giải pháp nâng cao hiệu quả dạy học môn Tin học cho SV (sinh viên) ngành Y khoa tại trường Đại học Y khoa Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả trên 418 đối tượng là SV ngành Y khoa khóa 2022 - 2028 trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 8/2022 đến 6/2023.

Kết quả nghiên cứu: Có 75,4% số SV hào hứng với môn tin học. Trên 90% số SV đồng ý với cách tổ chức thực hiện môn học. Nội dung thời lượng, nội dung giáo trình, tài liệu học tập có tỷ lệ SV không đồng ý chiếm tỷ lệ cao tương ứng là 62,2%; 25%; 31,3%. 80% SV đồng ý với cách đánh giá kết quả học tập của giảng viên và bộ môn. Một số giải pháp nâng cao hiệu quả dạy học môn Tin học cho SV ngành Y khoa bao gồm: tăng thời lượng, biên soạn lại giáo trình giảng dạy, đa dạng các hình thức giảng dạy, thiết kế bài tập theo hướng vận dụng Tin học trong nghiên cứu khoa học (NCKH) và hoạt động nghiệp vụ cho SV ngành Y khoa.

Kết luận: Thực trạng dạy học môn Tin học cho SV ngành Y khoa cơ bản đáp ứng được mong đợi của SV. Có một số hạn chế cần khắc phục như thời lượng môn học chưa phù hợp, giáo trình chưa cập nhật. Cần có những giải pháp để tăng cường nâng cao chất lượng dạy học như thiết kế chương trình, biên soạn tài liệu, ứng dụng phần mềm quản bệnh viện trong chương trình giảng dạy.

Từ khóa: Tin học; sinh viên ngành y khoa; Trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: minhnguyet@vnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 915 665 445

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng, đổi mới trong giáo dục đào tạo là tiêu chí sống còn đối với một trường Đại học trong thời đại khoa học công nghệ hiện nay. Việc đổi mới là xu thế tất yếu của thời đại và theo chiến lược phát triển giáo dục được báo cáo tại Đại hội Đảng lần thứ XI “Phát triển giáo dục là quốc sách hàng đầu. Đổi mới căn bản, toàn diện nền giáo dục Việt Nam theo hướng chuẩn hóa, hiện đại hóa, xã hội hóa, dân chủ hóa và hội nhập quốc tế” [1]. Một trong những nội dung đổi mới quan trọng ở Trường ĐHYK Vinh thực hiện trong thời gian qua là xây dựng chuẩn đầu ra chương trình đào tạo với yêu cầu đúng, chính xác, rõ ràng, để đánh giá.

Môn tin học là một môn học quan trọng trong đào tạo ngành y khoa, bởi vì nó giúp SV nắm bắt được các kiến thức và kỹ năng về ứng dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực y tế như SV có thể sử dụng các phần mềm chuyên dụng để thu thập, xử lý, phân tích và trình bày dữ liệu y tế, như hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, hình ảnh chẩn đoán, biểu đồ lâm sàng... SV có thể nâng cao năng lực nghiên cứu và đổi mới trong lĩnh vực y tế bằng cách áp dụng các phương pháp và công cụ tin học để giải quyết các vấn đề thực tiễn và phát triển các giải pháp mới [2].

Như vậy, việc học môn tin học trong đào tạo ngành y khoa không chỉ mang lại cho SV những kiến thức cơ bản về công nghệ thông tin, mà còn giúp họ phát triển những kỹ năng thiết thực và thiết yếu cho sự nghiệp y khoa trong tương lai. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng dạy học và đề xuất một số giải pháp nâng cao hiệu quả dạy học môn Tin học cho SV y khoa tại trường ĐHYK Vinh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trường ĐHYK Vinh từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là SV ngành y khoa khoá học 2022 -2028 đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ số lượng SV khóa 2022 -2028 đã hoàn thành môn tin học. Tổng cộng có 418 đối tượng nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu có chủ đích.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các ý kiến đánh giá của đối tượng nghiên cứu về:

- Cơ sở trang thiết bị phục vụ dạy học
- Chương trình và giáo trình môn học
- Phương pháp giảng dạy của giảng viên
- Kiểm tra đánh giá kết quả học tập

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ công cụ là phiếu hỏi có cấu trúc thiết kế sẵn về các khía cạnh trong dạy học môn tin học. Sử dụng thang đo Likert 5 mức độ để khảo sát các ý kiến của đối tượng nghiên cứu.

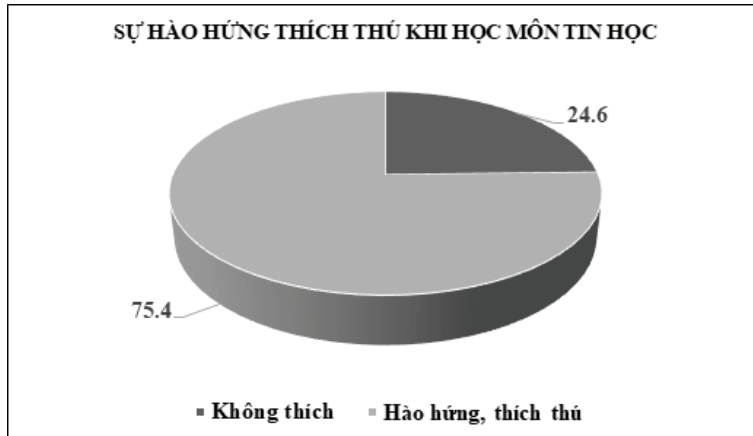
2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập xong được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.



3. KẾT QUẢ

Hình 1. Tỷ lệ SV hào hứng, thích thú khi học môn tin học (n=418)



Có đến 75,4% SV có hào hứng, thích thú với môn học và 24,6% SV không thích.

Bảng 1. Ý kiến của SV về tổ chức thực hiện môn học (n=418)

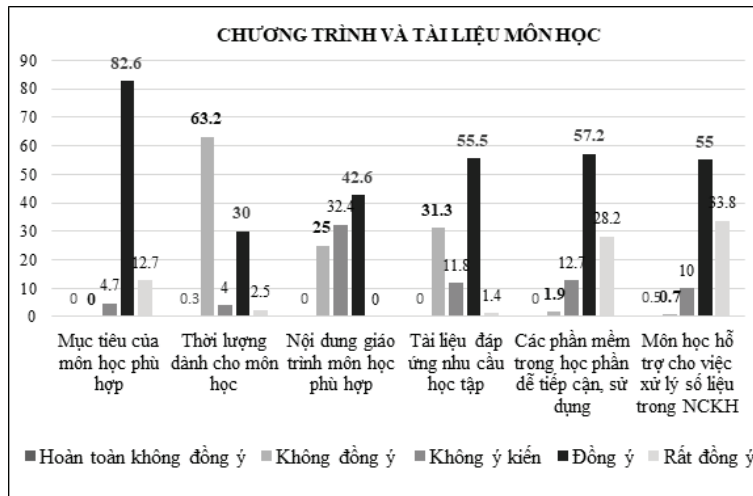
TT	Nội dung	1*	2	3	4	5
1	Giảng đường đáp ứng yêu cầu của môn học	0,7	7,7	0,2	57,9	33,5
2	Các trang thiết bị tại giảng đường đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập	0	8,1	1,7	62,2	28
3	Máy tính phòng thực hành đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập	0	12,0	1,9	55	31,1
4	Sắp xếp số SV trong 1 lớp lý thuyết là phù hợp	0,7	0,5	5,3	58,1	35,4
5	Sắp xếp số SV trong 1 lớp thực hành là phù hợp	0,2	1	3,8	57,9	37,1
6	Người học nhận được các thông tin cần thiết về chương trình môn học khi bắt đầu học môn này	0,5	1,7	5,3	52,4	40,2
7	Người học nhận được các thông tin cần thiết về lịch thực hiện môn học khi bắt đầu học môn này	0	0,2	4,1	54,8	40,9
8	Người học nhận được các thông tin cần thiết về kiểm tra đánh giá trong quá trình học môn này	0	0,2	5,3	54,1	40,4

*(1) Hoàn toàn không đồng ý; (2) Không đồng ý; (3) Không ý kiến; (4) = Đồng ý; (5) Rất đồng ý

Đa số SV đồng ý và rất đồng ý về tổ chức môn học. Hầu hết các nội dung đều được SV đánh giá ghi nhận trên 90%. Tuy nhiên, có 7,7% SV không đồng ý nội

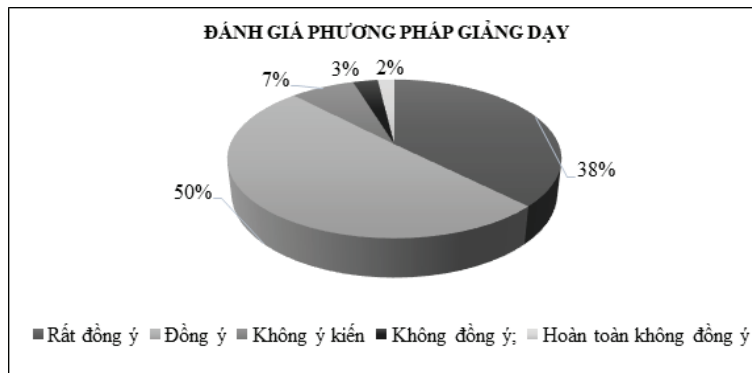
dung “Giảng đường đáp ứng yêu cầu của môn học”; 8,1% SV không đồng ý nội dung “Các trang thiết bị tại giảng đường đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập” và 12,0% SV không đồng ý nội dung “Máy tính phòng thực hành đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập”.

Hình 2. Ý kiến SV về chương trình và tài liệu học phần (n =418)



Hầu hết các nội dung liên quan đến chương trình và tài liệu được SV đánh giá đồng ý và rất đồng ý ở mức cao. Tuy nhiên, nội dung thời lượng, nội dung giáo trình, tài liệu thì tỷ lệ SV không đồng ý chiếm tỷ lệ cao tương ứng là 62,2%; 25%; 31,3%.

Hình 3. Ý kiến SV về phương pháp giảng dạy của giảng viên (n =418)



SV đánh giá về phương pháp giảng dạy của giảng viên ở mức đồng ý và rất đồng ý với tỷ lệ cao tương ứng là 50% và 38%.



Bảng 2. Ý kiến của SV về kết quả và đánh giá kết quả học tập (n =418)

TT	Nội dung	Tỷ lệ %				
		1*	2	3	4	5
1	Người học xử lý thành thạo các soạn thảo văn bản phức tạp, ứng dụng trong excel để tính toán các công thức hàm khó.	1	2,2	12	56,3	28,5
2	Người học sau khi học sử dụng được phần mềm epidata và xử lý số liệu trong phần mềm SPSS	1,4	3,6	13,6	53,6	27,8
3	Người học chủ động tích cực tìm hiểu, nghiên cứu nội dung học tập. Thực hiện nghiêm, sáng tạo những nội dung và phương pháp học tập do giảng viên yêu cầu.	0,7	21,8	13,4	52,4	11,7
4	Kết quả học tập của người học được đánh giá phù hợp với hình thức đào tạo, hình thức học tập và mục tiêu môn học	1,2	1,7	9,3	60,5	27,3
5	Nội dung kiểm tra đánh giá tổng hợp được các kiến thức và kỹ năng mà người học phải đạt được theo yêu cầu	0,5	0,5	10,3	61,7	27
6	Giảng viên công bằng khách quan trong kiểm tra đánh giá	0	0,5	11,7	57,2	30,6
7	Kết quả kiểm tra đánh giá phản ánh đúng năng lực của người học	1	0,7	12,2	55	31,1

**(1) Hoàn toàn không đồng ý; (2) Không đồng ý; (3) Không ý kiến; (4) = Đồng ý; (5) Rất đồng ý*

Hầu hết các nội dung SV đánh giá mức đồng ý và rất đồng ý với tỷ lệ trên 80% Có 21,8% SV đánh giá mức không đồng ý với nội dung: “*Người học chủ động tích cực tìm hiểu, nghiên cứu nội dung học tập. Thực hiện nghiêm, sáng tạo những nội dung và phương pháp học tập do giảng viên yêu cầu*”.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng dạy học môn Tin học cho SV Y khoa

4.1.1. Mức độ thích thú, hào hứng với môn Tin học

Theo kết quả khảo sát thể hiện ở hình 1 cho thấy: có 75,4% SV hào hứng, thích thú với môn tin học và đều cảm thấy cần thiết phải học môn tin học. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ SV (24,6%) không thích học môn tin học. Đây là môn học cần thiết đặc biệt trong thời kỳ phát triển công nghệ hiện nay. Thực tế cho thấy, nhiều SV không có máy tính cá nhân nên thời gian sử dụng máy tính để học tập và thực hành tin học còn ít. Đây là một hạn chế ảnh hưởng đến kiến thức và kỹ năng cần đạt của môn học. Bằng kinh nghiệm, quan sát và theo dõi quá trình học tập của SV, chúng tôi thấy rằng thói quen học tập từ phổ thông nên một số SV chưa tự giác học, chưa có

động cơ học tập, còn ỷ lại trông chờ vào giảng viên. Thêm nữa các em rất thụ động, không chịu tìm hiểu và luôn làm bài theo kiểu lười mòn.

4.1.2. Tổ chức thực hiện giảng dạy môn Tin học

Kết quả khảo sát thể hiện ở bảng 1 cho thấy: đa số SV đồng ý và rất đồng ý về tổ chức môn học. Hầu hết các nội dung đều được SV đánh giá ghi nhận trên 90%. Tuy nhiên, có 7,7% SV không đồng ý nội dung “*Giảng đường đáp ứng yêu cầu của môn học*”; 8,1% SV không đồng ý nội dung “*Các trang thiết bị tại giảng đường đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập*” và 12,0% SV không đồng ý nội dung “*Máy tính phòng thực hành đáp ứng yêu cầu giảng dạy và học tập*”. Với sự phát triển nhanh về khoa học máy tính và công nghệ thông tin, việc trang bị cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ dạy học đáp ứng nhu cầu học tập của SV y khoa trong điều kiện phát triển hiện nay là rất cần thiết. Các thiết bị máy tính cần được thay thế kịp thời khi quá thời hạn sử dụng và cập nhật các cấu hình mới. Nhà trường đã từng bước bổ sung mua sắm thay thế các máy tính cũ, hỏng và hết thời gian sử dụng để đảm bảo cho quá trình dạy học. Qua thực tế giảng dạy, chúng tôi nhận thấy có đến 50% số máy tính dành cho thực hành môn tin học đã cũ thời gian sử dụng lên tới 10 năm. Đây cũng là một vấn đề cần được xem xét để đề xuất giải pháp cải thiện.

4.1.3. Về chương trình học và tài liệu dạy học môn Tin học

Khi khảo sát SV về chương trình và tài liệu học phần, các ý kiến được thể hiện trong hình 2. Hầu hết các nội dung liên quan đến chương trình và tài liệu được SV đánh giá đồng ý và rất đồng ý ở mức cao. Tuy nhiên, một số nội dung SV đánh giá ở mức không đồng ý. Cụ thể: 62,2% SV không đồng ý với nội dung “*Thời lượng dành cho môn học là hợp lý*”; 25% SV không đồng ý với “*Nội dung giáo trình môn học phù hợp*” và 31,3% SV không đồng ý với nội dung “*Tài liệu đáp ứng nhu cầu học tập*”.

Việc xây dựng mục tiêu môn học để đáp ứng “Chuẩn đầu ra” được nhà trường rà soát theo định kỳ 2- 3 năm. Các phần mềm ứng dụng đưa vào môn học phù hợp với SV chuyên ngành y và hiệu quả trong việc xử lý số liệu trong NCKH. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng trong quá trình hoạt động nghề nghiệp của các cán bộ ngành y hầu như đều tiếp xúc với phần mềm quản lý bệnh viện, nếu đưa phần này vào chương trình học sẽ hỗ trợ rất nhiều trong công việc của SV sau khi ra trường và công tác tại các cơ sở y tế.

Đối với thời lượng môn học thì số tiết học lý thuyết hiện tại là 15 tiết là ít so với khối lượng kiến thức cần truyền tải. Chương trình đào tạo ngành Y khoa khóa học 2019 -2025 có 2 môn học là Tin học đại cương (2 Tín chỉ) và tin học ứng dụng (3 tín chỉ) [2]. Hiện tại, chương trình đào tạo ngành Y khoa từ áp dụng từ 2020 có 01 môn là Tin học nhưng khối lượng kiến thức lại bao hàm cả 02 môn học như chương trình trước năm 2020 [3].

Việc phát triển của công nghệ thông tin, tin học ngày càng mạnh mẽ đòi hỏi trong đào tạo, dạy học cũng cần có sự thay đổi để phù hợp. Khi thiết kế chương trình đào tạo cần quan tâm, lưu ý về mục tiêu, nội dung giảng dạy cũng như tài liệu giảng dạy. Kết quả khảo sát cho thấy các nội dung này đều được SV đề cập ở mức cao sự không đồng ý. Điều này là rất quan trọng, là cơ sở để các giảng viên tiếp thu và điều chỉnh.

4.1.3. Phương pháp giảng dạy môn Tin học

Theo kết quả nghiên cứu trong hình 3, nhìn chung SV đánh giá về phương pháp giảng dạy của giảng viên ở mức đồng ý và rất đồng ý với tỷ lệ cao tương ứng là 50% và 38%.

Các giảng viên giảng dạy nhiệt tình, có trách nhiệm, có

chuyên môn nghiệp vụ sư phạm giúp SV có khả năng làm việc độc lập. Sau khi học các thắc mắc về vấn đề chuyên môn được giảng viên giải đáp một cách thỏa đáng. Bằng cách tổng kết kinh nghiệm của các đồng nghiệp và bản thân trong quá trình dạy môn tin học theo hướng nâng cao hiệu quả áp dụng tin học vào trong yêu cầu về kỹ năng nghề nghiệp với SV khối ngành Y phù hợp với “chuẩn đầu ra”. Các giảng viên đã tích cực đổi mới phương pháp giảng dạy theo hướng kết hợp giữa phương pháp giảng dạy truyền thống với hiện đại, tăng cường thảo luận, trao đổi với SV. Đồng thời, giảng viên thường xuyên cập nhật thông tin bài giảng, tăng ví dụ thực tế áp dụng trong Y. Tuy nhiên trong quá trình giảng dạy các giảng viên còn chưa tăng cường các yếu tố trực quan vào bài giảng để tạo được sự cuốn hút cho SV.

4.1.4. Phương pháp đánh giá kết thúc học phần Tin học

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy trên 80% SV cho rằng môn tin học là môn dễ tiếp cận. Một số SV còn chưa chủ động tìm hiểu nội dung môn học, một số SV có ý thức học tốt thì cũng chỉ tập trung vào áp dụng công thức đã học để tính toán, giải một số bài toán trong giáo trình. Việc vận dụng kiến thức vào các tình huống nghiệp vụ y học còn nhiều hạn chế. Giảng viên luôn thực hiện nghiêm túc quy định của Nhà trường về đánh giá kết quả học tập của SV theo học chế Tín chỉ [4]. Trọng số đối với đánh giá kết quả môn học như sau: Chuyên cần (10%), kiểm tra giữa kỳ bằng hình thức tự luận trong 60 phút (30%), thi cuối kỳ bằng hình thức tự luận 90 phút (60%). Song song với quá trình kiểm tra giữa kỳ và thi cuối kỳ, các giảng viên đã kết hợp nhiều phương pháp khác để kiểm tra và đánh giá thực chất hơn chất lượng học tập của SV như: giao bài tập lớn, giao bài tập kiểm tra kiến thức ngay trên lớp, kiểm tra tổng hợp kiến thức lý thuyết, thực hành.

4.2. Một số giải pháp nâng cao hiệu quả dạy học tin học cho SV ngành y khoa

4.2.1. Về thời lượng và chương trình giảng dạy

Qua khảo sát ý kiến SV chúng tôi nhận thấy có tỷ lệ SV đánh giá thời lượng môn học không phù hợp. Bên cạnh đó, qua kinh nghiệm giảng dạy, chúng tôi cũng thấy thời gian là không đủ để truyền tải khối lượng kiến thức. Trên cơ sở đó, chúng tôi đề xuất thời lượng của môn Tin học 4 tín chỉ (2 tín chỉ lý thuyết và 2 tín chỉ thực hành) với tổng số tiết là 90 tiết (30 tiết lý thuyết



và 60 tiết thực hành). Bổ sung nội dung của Tin học ứng dụng là tin học văn phòng và các phần mềm quản lý khám chữa bệnh, phần mềm Epidata và phần mềm SPSS. Bên cạnh đó, nhà trường cần phải bổ sung thêm máy tính thế hệ mới thay thế các máy tính cũ.

4.2.2. Về SV thực hiện học phần Tin học

SV cần chủ động trong kế hoạch học tập, rèn luyện khả năng tư duy, tự tìm tòi, không trông chờ vào giảng viên. Tích cực thảo luận, nêu câu hỏi để hiểu bài tốt hơn. Tăng cường nhiều thời gian làm bài tập hơn, tránh chơi Game, Facebook, trong giờ học. SV cần tổ chức các nhóm học tập, hoàn thành bài tập nhóm để có cơ hội hiểu bài hơn. Bên cạnh đó, SV cần tăng cường các kỹ năng về tin học để thực hiện các bài tập nhóm cho các môn học khác. Nhiều tác giả cũng đề xuất các giải pháp như thế này [5-7].

4.2.3. Về giáo viên giảng dạy

Giảng viên chủ động đưa các nội dung ứng dụng Tin học trong y học vào bài giảng của mình, thường xuyên cập nhật các vấn đề nghiên cứu của môn học ứng dụng trong y thông qua các hội nghị, hội thảo khoa học. Giảng viên giảng dạy chủ động lấy phiếu đánh giá hàng năm của SV lớp mình dạy về chất lượng giảng dạy. Bên cạnh đó, giảng viên cần tăng cường sử dụng các phương tiện công nghệ thông tin, đa dạng hóa các hình thức dạy học, như giảng trực tiếp, giảng từ xa, học tập nhóm, học tập cá nhân... Bằng nhiều cách khác nhau, giảng viên tạo điều kiện cho SV tham gia thực hành nhiều hơn, qua các dự án, bài tập lớn, thực tập doanh nghiệp, các cơ sở y tế.

4.2.4. Về chương trình đào tạo, giáo trình

Thiết kế chương trình đào tạo thông qua rà soát định kỳ, chỉnh sửa, tham chiếu ý kiến các bên liên quan để xây dựng, thực hiện và đánh giá cải tiến chương trình đào tạo. Tổ chức biên soạn giáo trình thành 1 cuốn cho toàn bộ chương trình tin học cho đối tượng y khoa và bổ sung thêm chương trình quản lý bệnh viện (có bản demo) cho SV học và tham khảo nhằm phục vụ cho quá trình làm việc trong tương lai.

4.2.5. Phương pháp giảng dạy

Giảng viên chủ động giao các bài tập lớn về điều tra, khai thác số liệu thực tế tạo động cơ, kích thích hứng thú và bồi dưỡng năng lực cho SV Y khoa. Rèn luyện kỹ năng xử lý số liệu thường gặp trong NCKH và hoạt

động nghiệp vụ cho SV phù hợp theo từng chuyên ngành. Kết hợp với cán bộ y tế và SV Y khoa chuyên các bài toán có số liệu định lượng sang định tính có nội dung phù hợp với chuyên ngành để bổ sung vào các ví dụ và bài tập cho môn học.

5. KẾT LUẬN

Thực trạng dạy học môn Tin học cho SV ngành Y khoa cơ bản đáp ứng được mong đợi của SV. Có một số hạn chế cần khắc phục như thời lượng môn học chưa phù hợp, giáo trình chưa cập nhật. Cần có những giải pháp để tăng cường nâng cao chất lượng dạy học như thiết kế chương trình, biên soạn tài liệu, ứng dụng phần mềm quản bệnh viện trong chương trình giảng dạy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đảng Cộng sản Việt Nam, Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội, 2006: 95.
- [2] Trường Đại học Y khoa Vinh, Chương trình đào tạo ngành Y khoa năm 2017.
- [3] Trường Đại học Y khoa Vinh, Chương trình đào tạo ngành Y khoa năm 2020.
- [4] Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo, Quyết định số 43/2007/QĐ-BGDĐT ban hành Quy chế đào tạo đại học và cao đẳng hệ chính quy theo hệ thống tín chỉ, Ngày 15 tháng 8 năm 2007
- [5] Phạm Thị Diệu Thúy; Tích hợp nội dung dạy học theo module phần mềm thống kê spss vào học phần xác suất thống kê cho SV chuyên khoa tâm lý- giáo dục học Trường đại học Sư phạm Hà Nội, Tạp chí Giáo dục, số 284- ki 2, 2012.
- [6] Trần Minh Nhớ, Thực trạng và giải pháp công tác giảng dạy học tập môn xử lý thông tin ở Việt Nam, Tạp chí Thư viện Việt Nam, Số 1, 2017, 27-32,39.
- [7] Trịnh Kim Thoa, Thực trạng và giải pháp nâng cao chất lượng học tập môn tư tưởng Hồ Chí Minh tại trường đại học Công nghệ thông tin và truyền thông, Đại học Thái Nguyên; Tạp chí Khoa học và công nghệ, Số 170(10), 2017.

ASSESSING KNOWLEDGE OF MOTHERS ABOUT BREASTFEEDING IN DIEN THANH COMMUNE, DIEN CHAU DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2022

Nguyen Thi Thanh Hien*

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe breastfeeding knowledge of new mothers in Dien Thanh commune, Dien Chau district, Nghe An province in 2022.

Research method: Cross-sectional descriptive study on 101 mothers in Dien Thanh commune, Dien Chau district, Nghe An province from January 2022 to September 2022.

Results: Mothers aged 26 - 34 accounted for the highest proportion of 52.5%; High school education level is 45.5%; 48.6% have business occupations; The number of second births accounts for a high rate of 55.5%. Most mothers gave birth naturally (79.2%). The main source of information about breastfeeding that mothers receive is from medical staff (77.2). 100% of postpartum mothers understand that breast milk is beneficial for their children. 88.1% of mothers have correct knowledge about the best foods. 52.5% of mothers know that breastfeeding for the first time is within 30 minutes and 88.1% of mothers know that breastfeeding time is on demand. The highest percentage of mothers who understand the best time to wean a child is when the child is 18 months old is 76.2%, and 58.4% of mothers chose the best time to wean when the child is healthy. Things mothers need to do after giving birth to increase colostrum: 66.3% breastfeed many times to increase milk secretion. Things mothers need to do to have enough milk to breastfeed: 96.1% think giving mothers enough food; 93% let their mothers drink lots of water; 90.1% breastfeed their children many times a day. Diet and labor: 59.4% of mothers think that diet enhances nutrition and proper rest. However, 14.8% of mothers said they should abstain from eating and drinking.

Conclusion: Postpartum mothers' knowledge about breastfeeding is quite high. There are still some mothers who have incorrect knowledge such as brushing their baby's tongue with honey, not knowing when to breastfeed early, weaning early, and abstaining from eating and drinking.

Keywords: Knowledge; Breastfeeding, Mothers; Dien Thanh commune.

*Corresponding author

Email address: hienthanhbms2010@yahoo.com.vn

Phone number: (+84) 987 179 656

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ CỦA CÁC BÀ MẸ TẠI XÃ DIỄN THÀNH, HUYỆN DIỄN CHÂU, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Hiền*

Trường Đại học Y khoa Vinh- 161 Nguyễn Phong Sắc, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của bà mẹ tại xã Diễn Thành, huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 bà mẹ mới sinh con tại xã Diễn Thành, huyện Diễn Châu, tỉnh Nghệ An từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022 .

Kết quả nghiên cứu: Bà mẹ lứa tuổi 26 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%; trình độ văn hoá mức trung học phổ thông là 45,5%; có nghề nghiệp làm kinh doanh chiếm 48,6%; số lần sinh con thứ 2 chiếm tỷ lệ cao là 55,5%. Hầu hết các bà mẹ sinh thường (79,2%). Nguồn thông tin các chính về nuôi con bằng sữa mẹ mà các bà mẹ tiếp thu là từ cán bộ y tế (77,2). 100% bà mẹ sau sinh đều có hiểu biết sữa mẹ có lợi ích cho con. 88,1% bà mẹ có kiến thức đúng về thức ăn tốt nhất. 52,5% bà mẹ biết cho con bú lần đầu trong vòng 30 phút và 88,1% bà mẹ biết thời gian cho trẻ bú là bú theo nhu cầu. Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về thời điểm cai sữa cho trẻ tốt nhất là khi trẻ 18 tháng tuổi chiếm cao nhất 76,2% và 58,4% bà mẹ đã chọn thời điểm cai sữa tốt nhất là khi con khoẻ mạnh. Các việc bà mẹ cần làm sau khi sinh để tăng sữa non: 66,3% cho bú nhiều lần để tăng tiết sữa. Các việc bà mẹ cần làm để đủ sữa cho con bú: 96,1% cho rằng cho mẹ ăn đủ chất; 93% cho mẹ uống nhiều nước; 90,1% cho trẻ bú nhiều lần trong ngày. Chế độ ăn, lao động: 59,4% bà mẹ cho rằng chế độ ăn uống tăng cường dinh dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý. Tuy nhiên 14,8% bà mẹ lại cho rằng ăn uống kiêng khem.

Kết luận: Kiến thức của các bà mẹ sau sinh về nuôi con bằng sữa mẹ khá cao. Vẫn còn một số bà mẹ có kiến thức chưa đúng như rửa lưỡi trẻ bằng mật ong, không biết thời gian cho cịn bú sớm, cai sữa sớm, kiêng khem trong ăn uống.

Từ khóa: Kiến thức; nuôi con bằng sữa mẹ, bà mẹ; xã Diễn Thành.

*Tác giả liên hệ

Email: hienthanhbms2010@yahoo.com.vn

Điện thoại: (+84) 987 179 656

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi con bằng sữa mẹ mang lại nhiều lợi ích trước mắt và lâu dài cho cả bà mẹ và trẻ em bằng cách ngăn ngừa bệnh tật, nâng cao sức khỏe [1]. Theo thống kê của UNICEF, Việt Nam có 1,8 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thấp còi, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dân tộc thiểu số vùng sâu vùng xa cao gấp 2 lần tỷ lệ trẻ em ở miền đồng bằng. Tình trạng thiếu hụt vi chất dinh dưỡng vẫn rất phổ biến. Tỷ lệ thiếu máu chung ở trẻ em dưới 5 tuổi là 28%, 31% ở dân tộc thiểu số và 32% ở phụ nữ mang thai. Các thống kê cũng chỉ ra rằng, chỉ 1/4 trẻ em dưới 6 tháng tuổi được bú sữa mẹ hoàn toàn và 59% trẻ được cung cấp chế độ ăn dặm đa dạng và đầy đủ [2]. Theo kết quả tại Hội nghị công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2017 - 2020 do Bộ Y tế tổ chức: tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu có sự cải thiện đáng kể, tăng từ 19,6% (năm 2010) lên 45,4% (năm 2020); trong đó ở khu vực thành thị tỷ lệ này là 55,7%, nông thôn là 40,3% và nông thôn miền núi là 42,7% [3]. Năm 2022, Thủ tướng chính phủ ban hành quyết định Phê duyệt Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045. Mục tiêu của chiến lược là tỷ lệ trẻ được bú mẹ sớm sau khi sinh đạt mức 75% vào năm 2025 và đạt 80% vào năm 2030. - Tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ đạt 50% vào năm 2025 và đạt 60% vào năm 2030 [4]. Theo nghiên cứu và phân tích trong sữa mẹ có đầy đủ chất dinh dưỡng cần thiết với tỷ lệ thích hợp giúp trẻ hấp thu, tiêu hóa dễ dàng đồng thời có các chất kháng thể giúp cho trẻ có sức đề kháng giảm nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn là nền móng cho trẻ phát triển lành mạnh về thể chất và tinh thần. Cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh có tác dụng tăng tiết oxytocin làm cho tử cung co bóp giúp cho bà mẹ ít bị đau dạ con sau khi sinh, giảm lượng máu sau sinh và đặc biệt giảm nguy cơ băng huyết sau sinh cho bà mẹ. Tuy nhiên, thực tế hiện nay, nhiều bà mẹ bắt đầu cho trẻ ăn dặm, uống nước hoặc ăn chất lỏng khác trước khi trẻ được 4 tháng tuổi và nhiều bà mẹ cai sữa trước khi trẻ được 2 tuổi với rất nhiều lý do khác nhau như: Công việc, sắc đẹp, ảnh hưởng các quảng cáo sữa hấp dẫn ở trên thị trường, áp lực về việc cân nặng của trẻ. Hiện nay, chúng ta đang triển khai rộng rãi chương trình “Làm mẹ an toàn” trong cả nước, việc khảo sát

kiến thức về nuôi con bằng sữa mẹ làm cơ sở để truyền thông nâng cao kiến thức cho các bà mẹ, thay đổi những hành vi, cải thiện sức khỏe trẻ sơ sinh. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của bà mẹ mới sinh tại xã Diễn Thành, huyện Diên Châu, tỉnh Nghệ An năm 2022.

2.1. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại xã Diễn Thành, huyện Diên Châu, tỉnh Nghệ An từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là các bà mẹ mới sinh con (trong vòng 1 tuần) bao gồm các bà mẹ sinh tại trạm y tế xã Diễn Thành và bà mẹ sinh tại các cơ sở y tế khác. Tiêu chuẩn loại trừ là các bà mẹ thời điểm nghiên cứu không có mặt tại địa phương, không có khả năng trả lời các câu hỏi nghiên cứu và từ chối tham gia.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ là 101 bà mẹ trong đó có 46 bà mẹ bà mẹ sinh con tại trạm y tế xã Diễn Thành và 55 bà mẹ sinh con tại các cơ sở y tế khác. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bà mẹ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

+ Các đặc điểm chung: tuổi, trình độ văn hoá, nghề nghiệp, lần sinh, hình thức sinh, hình thức sinh, nguồn thông tin về nuôi con bằng sữa mẹ.

+ Kiến thức hiểu biết về nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh:

- Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
- Thức ăn tốt nhất cho trẻ ngay sau khi sinh.
- Thời gian cho trẻ bú sớm.
- Thời điểm cho con bú.
- Thời gian cai sữa tốt nhất.



- Thời điểm cai sữa tốt nhất.
- Những việc bà mẹ làm khi chưa có sữa non.
- Những việc bà mẹ làm để đủ sữa cho con bú
- Chế độ ăn và lao động trong thời gian cho con bú.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua phiếu thu thập số liệu được thiết kế dựa theo các biến số cần thu thập phù hợp mục tiêu nghiên cứu. Các bà mẹ sinh tại trạm xá được phỏng vấn trước khi rời trạm. Các bà mẹ sinh con ở cơ sở khác thì trong vòng 1 tuần điều tra viên đến tận nhà để phỏng vấn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu thu thập số liệu đều được kiểm tra trước khi tiến hành nhập liệu. Các phiếu sau khi thu thập được làm sạch, lưu giữ bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các phương pháp thống kê mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sự cho phép của trạm y tế xã Diễn Thành. Danh tính đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến bà mẹ và trẻ em. Các bà mẹ được thông báo về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=101)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lứa tuổi	18 - 25	26	25,7
	26 - 34	53	52,5
	≥ 35	22	21,8
Trình độ văn hoá	Mù chữ , Tiểu học, trung học cơ sở	40	39,6
	Trung học phổ thông.	46	45,5
	Cao đẳng, đại học, sau đại học	14	13,9
Nghề nghiệp	Nông dân	17	16,8
	Cán bộ viên chức	28	27,7
	Kinh doanh	49	48,6
	Khác	7	6,9
Số lần sinh	Lần 1	38	37,6
	Lần 2	56	55,5
	Lần 3 trở lên	7	6,9
Hình thức sinh	Sinh thường	80	79,2
	Mổ lấy thai	21	20,8
Nguồn thông tin về nuôi con bằng sữa mẹ	Cán bộ y tế	78	77,2
	Cán bộ phụ nữ, đoàn thể	15	14,9
	Nghe kinh nghiệm từ người thân	6	5,9
	Không nhớ, không rõ	2	2,0

Tỷ lệ bà mẹ trong lứa tuổi 26 – 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%; trình độ văn hoá mức trung học phổ thông là 45,5%; đa số bà mẹ có nghề nghiệp làm kinh doanh chiếm 48,6%; số lần sinh con thứ 2 chiếm đa số là 55,5%. Đa số các bà mẹ sinh thường với tỷ lệ là 79,2%. Nguồn thông tin các chính về nuôi con bằng sữa mẹ mà các bà mẹ tiếp thu là từ cán bộ y tế (77,2).

Bảng 2. Kiến thức về lợi ích của sữa mẹ (n=101)

Kiến thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lợi ích cho con	101	100
Lợi ích cho mẹ	101	100
Lợi ích kinh tế	91	90,1
Lợi ích cả mẹ và con	101	100
Khác	49	48,5

100% bà mẹ sau sinh đều có hiểu biết sữa mẹ có lợi ích cho con, lợi ích cho mẹ, lợi ích cho cả mẹ và con. 90,1% bà mẹ cho rằng sữa mẹ có lợi ích về kinh tế và các lợi ích khác là 48,5%.

Bảng 3: Hiểu biết của các bà mẹ về thức ăn tốt nhất cho trẻ thức ăn sau khi sinh, thời gian cho trẻ bú sớm, thời gian cho trẻ bú (n=101)

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thức ăn tốt nhất cho trẻ thức ăn sau khi sinh	Sữa non của mẹ	89	88,1
	Cho trẻ ăn sữa công thức	8	7,9
	Là lưỡi bằng chanh hoặc mật ong	3	3,0
	Không biết	1	1,0
Thời gian cho trẻ bú sớm	Trong vòng 1 tiếng	80	79,2
	Sau 1 tiếng	18	17,8
	Không biết	3	3,0
Thời gian cho trẻ bú	Vào giờ nhất định	12	11,9
	Bú theo nhu cầu cả ngày hay đêm	89	88,1

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng là bú sữa mẹ ngay sau sinh là thức ăn tốt nhất chiếm 88,1%. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ cho con bú sữa công thức vẫn còn chiếm 7,9% và đặc biệt vẫn còn bà mẹ dùng chanh hoặc mật ong là lưỡi cho bé ngay sau sinh (2,9%). Tỷ lệ bà mẹ biết cho con bú lần đầu trong vòng 1 tiếng sau sinh 79,2%. Có 88,1% bà mẹ biết thời gian cho trẻ bú là bú theo nhu cầu của trẻ cả ngày hay đêm.



Bảng 4. Kiến thức của bà mẹ về thời gian cai sữa tốt nhất, thời điểm cai sữa (n=101)

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian cai sữa tốt nhất	Trẻ được 6 tháng	2	2,0
	Trẻ được 12 tháng	4	3,9
	Trẻ được 18 tháng	77	76,2
	Trẻ được 24 tháng	15	14,9
	Không biết	3	2,9
Thời điểm cai sữa	Khi trẻ khoẻ mạnh	59	58,4
	Khi trẻ đang ốm	6	5,9
	Khi trẻ đủ thời gian theo dự định	31	30,7
	Không biết lúc nào cũng được	5	4,9

Tỷ lệ bà mẹ đã hiểu biết của bà mẹ về thời điểm cai sữa cho trẻ tốt nhất là khi trẻ 18 tháng tuổi chiếm cao nhất 76,2%, tuy nhiên vẫn có 2% bà mẹ cho trẻ cai sữa khi trẻ được 6 tháng tuổi. 58,4% bà mẹ đã chọn thời điểm cai sữa tốt nhất là khi con khoẻ mạnh, nhưng vẫn có 5,9% bà mẹ chọn thời điểm con ốm để cai sữa cho con.

Bảng 5. Kiến thức của bà mẹ về các việc cần làm sau khi sinh để tăng sữa non và đủ sữa cho con bú và chế độ ăn, lao động khi sinh con (n=101)

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Các việc cần làm sau khi sinh để tăng sữa non	Cho bú nhiều lần để tăng tiết sữa	67	66,4
	Cho trẻ bú sữa công thức	28	27,7
	Mượn người khác cho bé bú	1	1,0
	Khác	5	4,9
Các việc cần làm để đủ sữa cho con bú	Cho trẻ bú sớm ngay sau đẻ	88	87,1
	Cho trẻ bú nhiều lần trong ngày	91	90,1
	Mẹ uống nhiều nước	94	93,1
	Cho trẻ bú theo nhu cầu	89	88,1
	Cho mẹ ăn đủ chất	97	96,1
	Kéo dài thời gian cho trẻ bú	23	22,7
	Vắt bỏ sữa dư nếu bú không hết	37	36,6
Chế độ ăn, lao động khi sinh con	Chế độ ăn và lao động bình thường	26	25,7
	Ăn uống kiêng khem	15	14,8
	Chế độ ăn tăng cường dinh dưỡng, nghỉ ngơi hợp lý.	60	59,4

Các việc bà mẹ cần làm sau khi sinh để tăng sữa non: 66,3% cho bú nhiều lần để tăng tiết sữa, 22,7% cho trẻ uống sữa công thức và 1% cần mượn người cho trẻ bú.

Các việc bà mẹ cần làm để đủ sữa cho con bú: 96,1% cho rằng cho mẹ ăn đủ chất; 93% cho mẹ uống nhiều nước; 90,1% cho trẻ bú nhiều lần trong ngày. Tỷ lệ bà mẹ biết vắt bỏ sữa dư chỉ chiếm 36,6% và kéo dài thời gian cho trẻ bú là 22,7%.

Chế độ ăn, lao động: 59,4% bà mẹ cho rằng chế độ ăn uống tăng cường dinh dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý. Tuy nhiên 14,8% bà mẹ lại cho rằng ăn uống kiêng khem.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 1 cho thấy: tỷ lệ bà mẹ trong lứa tuổi 26 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%; trình độ văn hoá mức trung học phổ thông chiếm tỷ lệ đa số là 45,5%; đa số bà mẹ có nghề nghiệp làm kinh doanh chiếm 48,6%; số lần sinh con thứ 2 chiếm đa số là 55,5%. Đa số các bà mẹ sinh thường với tỷ lệ là 79,2%. Nguồn thông tin các chính về nuôi con bằng sữa mẹ mà các bà mẹ tiếp thu là từ cán bộ y tế (77,2). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền năm 2020 tại Nam định trên 153 sản phụ về thái độ và yếu tố liên quan cho con bú sau khi sinh cho kết quả nhóm tuổi từ 26 - 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,8%. Thai phụ có trình độ học vấn là phổ thông trung học chiếm tỷ lệ cao nhất 45,8%. Phân bố nghề nghiệp, đa số là công nhân chiếm tỷ lệ 52,9%. Về nguồn thông tin, đa số thai phụ mong muốn nhận nguồn thông tin tư vấn giáo dục sức khỏe từ cán bộ nhân viên y tế, chiếm tỷ lệ cao 61,4% [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương và cộng sự năm 2020 trên 290 bà mẹ ở Bệnh viện phụ sản Hà Nội cho thấy: các bà mẹ ở độ tuổi 25-34 với tỷ lệ cao nhất 69,3% và đa số là công nhân viên chức với tỷ lệ 55,2%. Trình độ văn hóa là đại học và sau đại học chiếm tới 44,8% [6]. So với 2 nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy lứa tuổi là tương tự nhau. Về nghề nghiệp, trình độ văn hoá có khác nhau do đặc điểm địa bàn nghiên cứu. Hai nghiên cứu trên tiến hành ở thành phố lớn nên trình độ văn hoá cao hơn và bà mẹ là công nhân viên chức. Đây cũng là các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ.

4.2. Kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ

Thực trạng kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ được thể hiện trong bảng 2 đến bảng 5. Hầu hết các bà mẹ (100%) có hiểu biết sữa mẹ có lợi ích cho con, lợi ích cho mẹ, lợi ích cho cả mẹ và con. 90,1% bà mẹ cho rằng sữa mẹ có lợi ích về kinh tế và các lợi ích khác là 48,5%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng là bú sữa mẹ ngay sau sinh là thức ăn tốt nhất chiếm 88,1%. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ cho con bú sữa công thức vẫn còn chiếm 7,9% và đặc biệt vẫn còn bà mẹ dùng chanh hoặc mật ong là lưỡi cho bé ngay sau sinh (2,9%). Tỷ lệ bà mẹ biết cho con bú lần đầu trong vòng 1 tiếng là 79,2%. Có 88,1% bà mẹ biết thời gian cho trẻ bú là bú theo nhu cầu của trẻ cả ngày hay đêm. So với một số nước trên thế giới thì tỷ lệ chúng tôi có cao hơn: tỷ lệ cho trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh ở Phần Lan là 77%, Thụy Sĩ 67%, Ba Lan 65%, Anh 45% và Columbia 49% [7] và cao hơn nhiều so với tỷ lệ ở Châu Á chỉ có 19,4% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn các nghiên cứu: Nguyễn Thị Mai Hương và cộng sự [6], nghiên cứu của Trần Hữu Bích và cộng sự [8] và nghiên cứu của Bùi Thị Duyên và cộng sự tại 3 xã thuộc cụm Long Vân huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hóa [9]. Nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền và cộng sự là 80,4% [5].

Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết về thời điểm cai sữa cho trẻ tốt nhất là khi trẻ 18 tháng tuổi chiếm cao nhất 76,2%, khi trẻ được 24 tháng tuổi là 14,9%. Tuy nhiên, vẫn có 2% bà mẹ cho trẻ cai sữa khi trẻ được 6 tháng tuổi. 58,4% bà mẹ đã chọn thời điểm cai sữa tốt nhất là khi con khỏe mạnh, nhưng vẫn có 5,9% bà mẹ chọn thời điểm con ốm để cai sữa cho con. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, các bà mẹ cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cho trẻ bú mẹ kéo dài đến 24 tháng tuổi hoặc lâu hơn [10]. Thời điểm cai sữa có thể tùy thuộc vào nhu cầu của trẻ và điều kiện, hoàn cảnh của gia đình. Ngoài ra khi bắt đầu cai sữa, sức khỏe trẻ phải bình thường, không có bệnh tật. Quyết định thời điểm cai sữa và tiến hành cai sữa như thế nào là rất quan trọng đối với sự phát triển sau này của trẻ. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức bà mẹ đối với thời gian cai sữa và thời điểm cai sữa cho trẻ là khá cao. Tuy nhiên, đây mới chỉ là đánh giá về kiến thức. Kết quả thực hành còn phụ thuộc rất nhiều yếu tố khác.



Bảng 5 mô tả kết quả về các việc bà mẹ cần làm sau khi sinh để tăng sữa non và để đủ sữa cho con bú. Có 66,3% bà mẹ cho bú nhiều lần để tăng tiết sữa, 22,7% cho trẻ uống sữa công thức và 1% cần mượn người cho trẻ bú. Các việc bà mẹ cần làm để đủ sữa cho con bú: 96,1% cho rằng cho mẹ ăn đủ chất; 93% cho mẹ uống nhiều nước; 90,1% cho trẻ bú nhiều lần trong ngày. Tỷ lệ bà mẹ biết vắt bỏ sữa dư chỉ chiếm 36,6% và kéo dài thời gian cho trẻ bú là 22,7%. Chế độ ăn, lao động khi sinh con: 59,4% bà mẹ cho rằng chế độ ăn uống tăng cường dinh dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý. Tuy nhiên 14,8% bà mẹ lại cho rằng ăn uống kiêng khem. Trong các tài liệu hướng dẫn bao gồm Bảng cách cho trẻ bú càng sớm càng tốt và càng nhiều càng tốt, uống nhiều nước, ăn đủ chất dinh dưỡng, tinh thần lạc quan thoải mái. Như vậy, qua nghiên cứu cho thấy kiến thức đúng về các vấn đề trên của các bà mẹ khá cao. Chính vì vậy, vai trò cán bộ y tế nói chung và tuyến y tế cơ sở là hết sức quan trọng để truyền thông nâng cao kiến thức cho bà mẹ.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức của các bà mẹ về nuôi con bằng sữa mẹ khá cao. Tuy nhiên, vẫn còn một số bà mẹ có kiến thức chưa đúng như rửa lưỡi trẻ bằng mật ong, không biết thời gian cho con bú sớm, cai sữa sớm, các việc cần làm khi thiếu sữa và kiêng khem trong ăn uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Global strategy for infant and young child feeding. <https://www.who.int/publications/item/9241562218>. 2003. Accessed 11 November 2023.
- [2] UNICEF, Dinh dưỡng, <https://www.unicef.org/vietnam/vi/dinh-duong>, 2021. Truy cập ngày 11 tháng 10 năm 2023.
- [3] Bộ Y tế, Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020. 2021, truy cập 11 tháng 10 năm 2023.
- [4] Chính phủ, Quyết định số 02/QĐ-TTg, phê duyệt chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045, ngày 05 tháng 01 năm 2022.
- [5] Nguyễn Thị Thanh Huyền, Mai Thị Yến, Nguyễn Thị Thùy và cộng sự, Thực trạng thái độ và yếu tố liên quan cho con bú ngay sau sinh của các thai phụ đến khám tại Bệnh viện phụ sản tỉnh Nam Định năm 2020; Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 03, Số 04, 2020: 43-48.
- [6] Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Liên, Phạm Thị Thanh Hương, Kiến thức và thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh và bú mẹ hoàn toàn của bà mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 04, Số 02, 2020: 102-108.
- [7] WHO, Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Division of Child Health and Development, Geneva, 1998.
- [8] Trần Hữu Bích, Đinh Phương Hoà, Sự thay đổi kiến thức của người cha về nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu - Phát hiện từ chương trình can thiệp cộng đồng hướng tới người cha tại khu vực nông thôn Việt Nam, Tạp chí Y tế Công Cộng; 24, 2012: 43-49.
- [9] Bùi Thị Duyên, Trà Hà Linh, Phạm Hồng Tư, Mô tả kiến thức và một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức về bú sớm sau sinh và bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu của những bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại 3 xã thuộc cụm Long Vân huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hóa; Tạp chí Y tế Công cộng, 27(27), 2012: 20-22.
- [10] Bộ Y tế, Thông tư số 38/2016/TT-BYT quy định một số biện pháp thúc đẩy việc nuôi con bằng sữa mẹ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ngày 31 tháng 10 năm 2016.

TREATMENT OF PROXIMAL HUMERUS FRACTURE WITH MINIMALLY INVASIVE PLATE OSTEOSYNTHESIS AT CU CHI DISTRICT HOSPITAL

Pham Van Nhat, Tran Chanh Xuan*, Nguyen Manh Cuong, Tran Dinh Lam, Do Quang Tien

Cu Chi district Hospital - 1307 Tinh Lo 7, Cho Cu 2 hamlet, An Nhon Tay commune, Cu Chi district, HCMC, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Background: Minimally Invasive Plate Osteosynthesis (MIPO) proximal humerus fracture is a new treatment trend that has been applied in Vietnam recently, however, there is no research to evaluate evaluation of the effectiveness of this method. Therefore, the study “Treatment of proximal humerus fracture with minimally invasive plate osteosynthesis at Cu Chi district hospital” was conducted with the aim of evaluating the results of restoration of head – humerus shaft angle, shoulder rehabilitation and description of complications.

Methods: Retrospective, clinical case series description. Collecting data on the medical records of patients undergoing MIPO surgery for humeral head fracture from December 2019 to February 2023 and performed clinical and subclinical examinations directly on the patient.

Results: 33 patients (23 women, 10 men), age: 64.67 ± 14.05 (32 – 88 years), AO classification: A2 (12 patients), A3 (4 patients), B1 (16 patients), C1 (01 patient), rehabilitation period 26.06 months (6 - 44 months). Head – humerus shaft angle is $132.65^\circ \pm 5.07^\circ$ ($117.83^\circ - 140.84^\circ$), results according to Paavolainen: 32/33 good, 1/33 moderate. The rehabilitation score according to Constant Murley is 69.58 ± 10.05 , the result of rehabilitation according to Boehm: 27/33 (81,8%) excellent, 3/33 (9,1%) good, 2/33 (6,1%) satisfactory, 1/33 (3%) poor. There were 4/33 (12,1%) complications including: 1 superficial infection, 2 temporary axillary nerve damage, 1 shoulder stiffness.

Conclusion: MIPO proximal humerus fracture resulted in restoration of the humerus stem angle, good function recovery, and few complications.

Keywords: Proximal humeral fracture, MIPO, Cu Chi district Hospital.

*Corresponding author

Email address: drtranchanhxuan@gmail.com

Phone number: (+84) 905 230 231

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT XÂM LẤN TỐI THIỂU TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN CỬ CHI

Phạm Văn Nhật, Trần Chánh Xuân*, Nguyễn Mạnh Cường, Trần Đình Lâm, Đỗ Quang Tiến

Bệnh viện huyện Củ Chi - Số 1307 Tỉnh lộ 7, ấp Chợ Cũ 2, xã An Nhơn Tây, huyện Củ Chi, Tp Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kết hợp xương nẹp vít xâm lấn tối thiểu (Minimally Invasive Plate Osteosynthesis: MIPO) gãy đầu trên xương cánh tay là xu hướng điều trị mới đã được áp dụng Việt Nam gần đây, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của phương pháp này. Do đó, nghiên cứu “Điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp vít xâm lấn tối thiểu tại bệnh viện huyện Củ Chi” được tiến hành với mục tiêu đánh giá kết quả phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay, phục hồi chức năng khớp vai và mô tả các biến chứng.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca lâm sàng. Thu thập số liệu trên hồ sơ bệnh án bệnh nhân đã phẫu thuật MIPO gãy đầu trên xương cánh tay từ 12/2019 đến 02/2023 và thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng trực tiếp trên bệnh nhân.

Kết quả: 33 bệnh nhân (23 nữ, 10 nam), 64,67 tuổi \pm 14,05 (32 – 88 tuổi), phân loại AO: A2 (12 bệnh nhân), A3 (4 bệnh nhân), B1 (16 bệnh nhân), C1 (1 bệnh nhân), thời gian phục hồi chức năng (PHCN) 26,06 tháng (6 – 44 tháng). Góc chỏm thân xương cánh tay là $132,65^\circ \pm 5,07^\circ$ ($117,83^\circ - 140,84^\circ$), kết quả theo Paavolainen: 32/33 tốt, 1/33 trung bình. Điểm PHCN theo Constant Murley là $69,58 \pm 10,05$, kết quả PHCN theo Boehm: 27/33 rất tốt, 3/33 tốt, 2/33 khá, 1/33 kém. Có 4/33 biến chứng gồm: 1 nhiễm trùng nông, 2 tổn thương thần kinh nách tạm thời, 1 cứng khớp vai.

Kết luận: MIPO gãy đầu trên xương cánh tay cho kết quả phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay, phục hồi chức năng tốt, ít xảy ra các biến chứng.

Từ khóa: Gãy đầu trên xương cánh tay, MIPO, Bệnh viện huyện Củ Chi.

*Tác giả liên hệ

Email: drtranchanhxuan@gmail.com

Điện thoại: (+84) 905 230 231

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay (GĐTXCT) là loại gãy thường gặp, đa số gặp ở người > 65 tuổi. Palvanen dự đoán số lượng gãy đầu trên xương cánh tay sẽ tăng gấp 3 lần trong 3 thập kỷ tiếp theo (1). Khoảng 80% GĐTXCT là ít di lệch có thể điều trị bảo tồn, 20% trường hợp còn lại cần phải can thiệp phẫu thuật. Có nhiều phương pháp phẫu thuật GĐTXCT như: xuyên kim hoặc bắt vít qua da dưới màn tăng sáng, kết hợp xương bằng nẹp vít, đinh nội tủy, thay khớp vai bán phần và toàn phần... Mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm riêng và hiện đang còn nhiều bàn cãi. Gần đây phương pháp kết hợp xương nẹp vít tối thiểu (MIPO) điều trị gãy đầu trên xương cánh tay phổ biến và cho thấy kết quả chức năng khả quan và sự hài lòng cao của bệnh nhân đối với phương pháp này(2-5)... Với ưu điểm đường mổ nhỏ, bảo tồn tốt mô mềm, mạch máu nuôi xương, phương pháp này đã và đang được áp dụng rộng rãi.

Từ năm 2019, Bệnh viện huyện Củ Chi đã áp dụng kỹ thuật kết hợp xương nẹp vít xâm lấn tối thiểu điều trị các trường hợp gãy ĐTXCT. Vậy điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng kỹ thuật MIPO có thật sự mang lại hiệu quả điều trị cho bệnh nhân khi áp dụng tại Bệnh viện huyện Củ Chi?

Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá kết quả phục hồi góc cổ thân xương cánh tay, phục hồi chức năng khớp vai sau điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng MIPO.
2. Mô tả các biến chứng liên quan đến điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng MIPO.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thu thập số liệu trên HSBA bệnh nhân đã phẫu thuật MIPO gãy đầu trên xương cánh tay từ 12/2019 đến 02/2023 và thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng trực tiếp

bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, gãy kín đầu trên xương cánh tay di lệch, phân loại A2, A3, B1, C1, C3 theo AO. Bệnh nhân được phẫu thuật ≤ 2 tuần chấn thương và đã phẫu thuật ≥ 6 tháng bằng phương pháp kết hợp xương xâm lấn tối thiểu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương bệnh lý, bệnh nhân có sẵn các dị tật, di chứng ảnh hưởng đến chức năng khớp vai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả loạt ca lâm sàng.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá

Phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay: Đo góc chỏm thân xương cánh tay (Neck – Shaft Angle: NSA) trên phim Xquang tại lần khám thu thập số liệu, đánh giá kết quả theo Paavolainen: Tốt ($120^\circ - 140^\circ$); Trung bình ($100^\circ - \leq 120^\circ$); Kém (<100).

Phục hồi chức năng: Đánh giá theo thang điểm Constant – Murley (CMS), Boehm (so sánh CMS tay bị chấn thương với CMS theo tuổi và giới). Kết quả: Rất tốt (91-100%); Tốt (81 - 90%); Khá (71 - 80%); Trung bình (61 - 70%); Kém ($<60\%$).

Biến chứng: Tổn thương thần kinh nách, nhiễm trùng vết mổ, khớp giả, hoại tử chỏm xương cánh tay, vết đâm lưng chỏm, cứng khớp.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu thu nhận được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích số liệu với phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 12/2019 đến 02/2023 đã có 46 bệnh nhân được phẫu thuật MIPO điều trị gãy đầu trên xương cánh tay. Trong đó, 33 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu



Bảng 1: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi	64,67 ± 14.05 tuổi (32 – 88 tuổi)	
	≤ 60	13 39,4
	>60	20 60,6
Giới tính		
	Nam	10 30,3
	Nữ	23 69,7
Nguyên nhân chấn thương		
	TNGT	22 66,7
	TNSH	11 33,3
Phân loại AO		
	A2	14 44,2
	A3	2 6,1
	B1	16 48,5
	C1	1 3
	C3	0 0
Thời gian phẫu thuật	70,30 ± 21,21 phút (45 – 150 phút)	
	<60 phút	12 36,4
	60 – 90 phút	19 57,6
	>90 phút	2 6,0
Thời gian PHCN	26,06 tháng (6 – 44 tháng)	
	6 -12 tháng	5 15,2
	12- 24 tháng	9 27,3
	>24 tháng	19 57,6

Nhận xét: Đối tượng trong nghiên cứu đa số là nữ (69,7%), nằm trên độ tuổi lao động (60,6%). Nguyên nhân chấn thương là TNGT (66,7%) và TNSH (33%). Phân loại chấn thương nhiều nhất là A2 (44,2%) và B1 (48,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 70,30 ± 21,21 phút (45 – 150 phút), đa số bệnh nhân phẫu thuật

trong khoảng thời gian từ 60 – 90 phút. Thời gian phục hồi chức năng của đối tượng nghiên cứu dài (26,06 tháng), trong đó đa số thời gian phục hồi chức năng lớn hơn 24 tháng (57,6%).

3.2. Kết quả phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay

Bảng 2: Kết quả phục hồi NSA theo Paavolainen

Kết quả	n	%
Tốt	32	97
Trung bình	1	3
Xấu	0	0

Nhận xét: NSA trung bình là $132,65^{\circ} \pm 5,07^{\circ}$ (từ $117,83^{\circ} - 140,84^{\circ}$).

3.3. Kết quả phục hồi chức năng khớp vai

Điểm constant – murley chức năng khớp vai trung bình là $69,58 \pm 10,05$ điểm, kết quả phục hồi chức năng khớp vai theo Boehm được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3: Kết quả phục hồi chức năng khớp vai theo Boehm

Kết quả	n	%
Rất tốt	27	81.8
Tốt	3	9.1
Khá	2	6.1
Kém	1	3

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng theo Boehm trung bình. đa số đạt tốt và rất tốt chiếm 90.9%, chỉ 2 trường hợp khá 01(6.1%), kém (3%), không có trường hợp nào

3.4. Biến chứng điều trị

Bảng 4: Các biến chứng MIPO gây đầu trên xương cánh tay

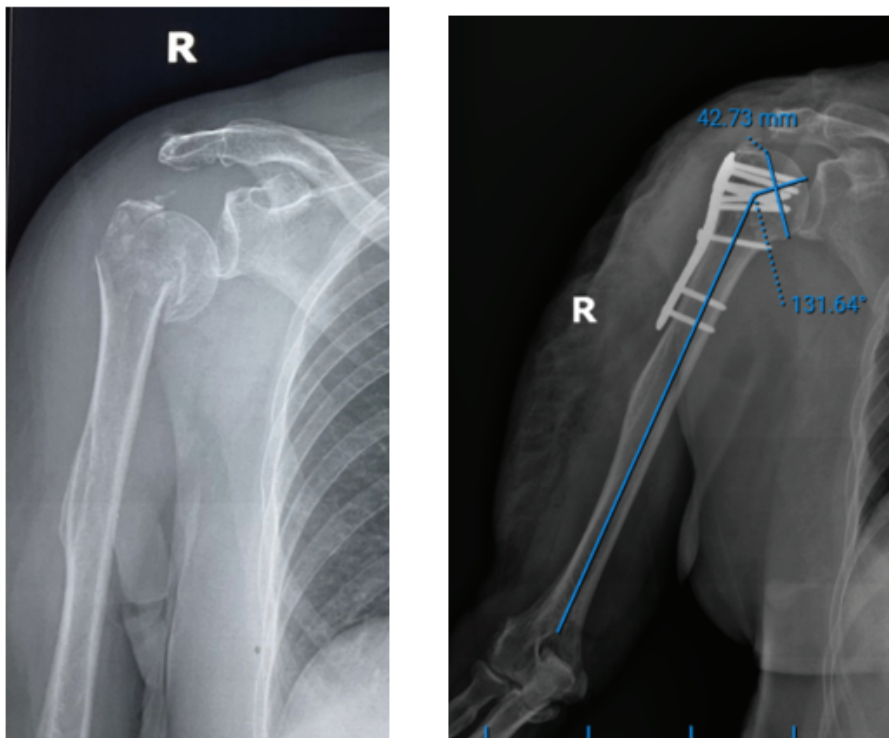
Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng	1	3
Tổn thương thần kinh nách tạm thời	2	6,1
Cứng khớp vai	1	3
Hoại tử chỏm	0	0
Không lành xương	0	0
Tổng	4	12,1

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng thấp (12,1%), đa số là các biến chứng nhẹ, có một trường hợp cứng khớp vai (3%) là biến chứng phức tạp.



3.5. Bệnh án mẫu

Hình 1: Xquang trước mổ và góc chỏm - thân xương cánh tay sau lành xương



Nguồn: “Bệnh nhân nghiên cứu số 17”

Hình 2: Sẹo mổ và phục hồi chức năng khớp vai sau mổ



Nguồn: “Bệnh nhân nghiên cứu số 17”

4. BÀN LUẬN

Bàn luận về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đa số bệnh nhân nghiên cứu nằm trong nhóm trên độ tuổi lao động (60,6%) và nữ giới chiếm đa số (nam: nữ là 10:23), tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới như: Alberio R L: 64,9 tuổi, nữ (82%) [4]; Göncü: 58,4 tuổi, nữ (61,3%) [6]. Tuy nhiên các nghiên cứu khác về gãy đầu trên xương cánh tay ở Việt Nam lại có sự khác biệt: Nguyễn Đức Vương (2021): 59,68 tuổi, nữ chiếm 48,5% [7]; Nguyễn Minh Lộc (2014): 54,2 tuổi, nữ chiếm 65,4% [8].

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (66,7%), tai nạn sinh hoạt (33,3%), không thấy trường hợp nào do tai nạn thể thao và tai nạn lao động. Các nguyên nhân này phù hợp với độ tuổi của mẫu nghiên cứu (64,67 tuổi \pm 14,05, độ tuổi trên lao động) và thực trạng giao thông tại Việt Nam.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,3 \pm 21 phút, đa số được phẫu thuật trong thời gian từ 61 đến 90 phút với 57,6%, chỉ có 2 trường hợp phẫu thuật trên 90 phút chiếm 6,1%. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu cùng nhóm tuổi như: Lin với tuổi trung bình 63 \pm 14, thời gian phẫu thuật là 71 \pm 87 phút (5), Kuan Liu với tuổi trung bình là 60,1 \pm 14,4, thời gian phẫu thuật là 81,8 \pm 18,3 phút [9].

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự tương quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$) giữa thời gian phẫu thuật và phân loại gãy xương, loại gãy càng phức tạp thì thời gian phẫu thuật càng lâu. Ngoài ra, yếu tố nhóm tuổi cũng có sự tương quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,026$) đến thời gian phẫu thuật, loại gãy càng phức tạp thì thời gian phẫu thuật càng lâu.

Bàn luận về kết quả phục hồi góc cổ thân xương cánh tay

Nghiên cứu đặc điểm hình thái CT-Scan chỏm xương cánh tay của Diệp Minh Quân cho thấy NSA của người Việt Nam là 132,22 \pm 2,62° [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NSA là 132,65° \pm 5,07° (từ 117,83° – 140,84°), kết quả cho thấy MIPO gãy ĐTXCT cho kết quả phục hồi NSA tốt, không khác biệt nhiều so với NSA bình thường. Jung báo cáo 32 trường hợp MIPO gãy ĐTXCT, tuổi trung bình là 72,4 [11]. Kết quả phục hồi NSA trung bình là 122,8° trong đó 20 tốt, 11 trung

bình và 1 kém theo phân loại của Paavolainen. Kim báo cáo 19 trường hợp MIPO gãy ĐTXCT, tuổi trung bình 58,7, NSA trung bình là 133,8° (115° - 148°) [2]. Kết quả này cũng tương tự với kết quả phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả phục hồi NSA không có mối tương quan với phân loại gãy xương ($p = 0,778$) và nhóm tuổi (0,666).

Bàn luận về phục hồi chức năng khớp vai

Điểm CMS với điểm trung bình là 69,45 điểm. trong đó: điểm đau là 13,64 điểm, điểm hoạt động hằng ngày là 17,42 điểm, điểm biên độ vận động khớp vai là 30,24 điểm, điểm sức cơ là 8,12 điểm. So với các nghiên cứu của Jung (3) và Lin (5), nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về điểm đau (Jung là 13,1; Lin là 13,3), điểm hoạt động hằng ngày (Jung là 17,5; Lin là 17,1), điểm biên độ vận động (Jung là 26,3; Lin là 30,3). Tuy nhiên về thấp hơn đáng kể so với Jung là 18,8 và Lin là 11,5, dẫn đến sự khác biệt về CMS (Jung là 75,7; 76,2). Quách Khang Hy nghiên cứu trên 384 trường hợp người Việt Nam bình thường cho thấy sức cơ khớp vai trung bình của người Việt Nam là 11,2 điểm [12], do đó sức cơ trong nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Jung và Lin có thể giải thích một phần là do sức cơ chung của người Việt Nam thấp.

Kết quả phục hồi chức năng theo Boehm là 90,9% rất tốt và tốt, cho thấy hiệu quả cao của phương pháp điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới như: Alberio R L (2018): 30/34 (88,2%) tốt và rất tốt [4], Narayanan VL (2018): 8/30 (93,3%) tốt và rất tốt [1]. Chúng tôi nhận thấy, bệnh nhân nhóm lao động phổ thông có kết quả phục hồi chức năng tốt hơn nhóm nội trợ và lao động trí óc, sự tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$). Phân loại gãy xương có sự tương quan với kết quả phục hồi chức năng: A2 tốt hơn A3, B1 và C1, sự tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Ngoài ra, chúng tôi cũng không thấy sự tương quan giữa kết quả PHCN khớp vai và kết quả phục hồi NSA trong nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của U. Gonç [13].

Bàn luận về biến chứng

Phân tích gộp của Oldrini (2022) ghi nhận tỉ lệ biến chứng trong phẫu thuật MIPO gãy ĐTXCT là 121/447 (28,4%) (6). Các biến chứng này gồm: hoại tử chỏm xương cánh tay, hội chứng chẹn mồm cùng vai, vít đâm



lưng chòm, bung nẹp ít, nhiễm trùng, can lệch, không lành xương, cứng khớp, tổn thương thần kinh nách, thần kinh quay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 04/33 (12,1%) biến chứng gồm: 01 trường hợp nhiễm trùng nông, 02 trường hợp tổn thương thần kinh nách tạm thời và 01 trường hợp cứng khớp vai. Tỷ lệ biến chứng của nghiên cứu thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Oldrini.

Jung báo cáo có 3 bệnh nhân nghi ngờ bị tổn thương thần kinh nách vì gặp khó khăn trong tư thế đưa tay về phía trước và dạng vai [3]. Tuy nhiên, sau khi đo điện cơ và kiểm tra tốc độ dẫn truyền thần kinh chỉ có 01 (3,1%) bệnh nhân được xác định là đứt sợi trục thần kinh nách. Tác giả cũng đưa ra các nguyên nhân có thể cho trường hợp này là tổn thương thần nách trong quá trình tiếp cận ổ gãy, bị nẹp đè nên thần kinh.

Lin cũng ghi nhận 01/43 (2,3%) trường hợp tổn thương thần kinh nách, tác giả nghĩ đến tổn thương thần kinh nách do cần nẹp khóa [5].

Trong nghiên cứu, 02/33 bệnh nhân có tổn thương thần kinh nách và tự phục hồi. Tại thời điểm khám cuối cùng không ghi nhận tình trạng teo cơ delta hay tê bì vùng da phía ngoài cơ delta. Trong quá trình tiếp cận, nắn chỉnh, cố định ổ gãy, chúng tôi đều xác định rõ vị trí cũng như bảo vệ thần kinh nách bằng ngón tay. Sau khi kết hợp xương, chúng tôi cũng thám sát, kiểm tra lại thần kinh nách bằng tay. Thần kinh nách nằm sát mặt ngoài, trước của cổ phẫu thuật xương cánh tay cho nên dễ bị tổn thương, Visser đo điện cơ phát hiện 83/143 (58%) trường hợp có tổn thương thần kinh nách trong gãy đầu trên xương cánh tay, tuy nhiên hầu hết các trường hợp này là tổn thương tạm thời và có thể tự hồi phục sau 05 tháng [14]. Do đó, do đó chúng tôi nghĩ đến tổn thương thần kinh nách trước mổ do chấn thương gây ra. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Visser.

Có 01/33 trường hợp bị cứng khớp vai. Bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian đại dịch Covid, do đó không thực hiện tái khám cũng như phục hồi chức năng theo phác đồ điều trị tại bệnh viện. CMS là 44 điểm, biên độ đưa trước là 60 độ, dạng vai là 50 độ, xoay trong với bàn tay sau mông, xoay ngoài với bàn tay sau đầu và khủy tay phía trước. Phân tích gộp của Oldrini ghi nhận có 8/447 (1,8%) trường hợp cứng khớp vai sau MIPO gãy ĐTXCT tương tự như trong phẫu thuật mổ mở nắn chỉnh, cố định bên trong bằng

nẹp vít với 4/351 (1,1%)[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 01/33 (3%) trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ nông. Hậu phẫu ngày 7 (2 ngày sau xuất viện), vết mổ vùng đuôi nẹp khoảng 2cm, sưng, nóng, đỏ, đau. Chúng tôi tiến hành cắt bỏ chỉ khâu để hở vết mổ, rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý và sử dụng cefuroxim đường uống cho bệnh nhân. Sau 1 tuần chăm sóc và dùng kháng sinh, vết mổ đã liền tốt. Chúng tôi nghĩ đến nguyên nhân nhiễm trùng do bệnh nhân chăm sóc vết mổ không tốt sau khi xuất viện.

Tỷ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu như: Jung báo cáo 01/32 (3,1%) trường hợp nhiễm trùng nông sau phẫu thuật MIPO gãy ĐTXCT, cần cắt lọc vết thương tại chỗ [3] và nghiên cứu phân tích gộp của Oldrini ghi nhận 12/447 (2,7%) trường hợp nhiễm trùng [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Narayanan với 03/30 trường hợp nhiễm trùng nông sau mổ và điều trị bằng cắt bỏ chỉ khâu da, dưới da, dùng kháng sinh đường uống [1].

Hoại tử chòm xương cánh tay là biến chứng nặng nề do thiếu máu nuôi chòm. Tỷ lệ biến chứng được báo cáo trong kỹ thuật MIPO là 0 - 8,2%(13). Phân tích gộp của Oldrini ghi nhận có 11/447 (2,55) trường hợp hoại tử chòm trong phẫu thuật MIPO gãy ĐTXCT [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện trường hợp nào hoại tử chòm, điều này có thể giải thích một phần bởi trong mẫu nghiên cứu chỉ có một trường hợp gãy loại C1, nên nguy cơ hoại tử chòm thấp.

Việc đánh giá nguy cơ hoại tử chòm là yếu tố quan trọng dẫn đến việc quyết định can thiệp điều trị trên lâm sàng. Hertel nghiên cứu trên 100 trường hợp gãy ĐTXCT và đánh giá lưu lượng tưới máu trong xương bằng laser Doppler [11]. Tác giả nhận thấy các yếu tố tiên lượng tốt về tình trạng thiếu máu cục bộ gồm phần chiều dài phần calcar gắn với chòm > 8mm, bản lề bên trong còn nguyên vẹn và kiểu gãy đơn giản. Các yếu tố dự đoán thiếu máu cục bộ ở mức trung bình và kém gồm di lệch gấp góc của chòm xương cánh tay, các lỗi củ di lệch lớn, trật khớp vai và gãy mặt khớp. Bằng cách kết hợp các yếu tố gãy cổ giải phẫu, mảnh calcar ngắn, bản lề bên trong bị gãy có thể thu được giá trị tiên đoán nguy cơ hoại tử chòm đến 97%.

Phân tích gộp của Oldrini (2022) ghi nhận tỷ lệ biến

chúng trong phẫu thuật MIPO gãy ĐTXCT là 121/447 (28,4%) [6]. Các biến chứng này gồm: hoại tử chỏm xương cánh tay, hội chứng chèn mỏm cùng vai, vít đâm lủng chỏm, bung nẹp ít, nhiễm trùng, can lệch, không lành xương, cứng khớp, tổn thương thần kinh nách, thần kinh quay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 04/33 (12,1%) biến chứng gồm: 01 trường hợp nhiễm trùng nông, 02 trường hợp tổn thương thần kinh nách tạm thời và 01 trường hợp cứng khớp vai. Nhìn chung, tỉ lệ biến chứng của nghiên cứu thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Oldrini [6].

5. KẾT LUẬN

MIPO điều trị gãy đầu trên xương cánh tay cho kết quả phục hồi góc chỏm thân xương cánh tay, phục hồi chức năng tốt, ít xảy ra các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Narayanan VL, Balasubramanian N, Complex Proximal Humeral Fracture Fixation with PHILOS Plate using Minimal Invasive Percutaneous Plate Osteosynthesis (MIPPO) Technique: A Series of 30 Patients. Malaysian orthopaedic journal;12(2), 2018, 20-4.
- [2] Kim YG, Park KH, Kim JW et al., Is minimally invasive plate osteosynthesis superior to open plating for fixation of two-part fracture of the proximal humerus? Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong);27(2), 2019, 2309499019836156.
- [3] Jung S-W, Indirect Reduction Maneuver and Minimally Invasive Approach for Displaced Proximal Humerus Fractures in Elderly Patients. cios;5(1), 2013, 66-73.
- [4] Alberio RL, Del Re M, Grassi FA, Minimally Invasive Plate Osteosynthesis for Proximal Humerus Fractures: A Retrospective Study Describing Principles and Advantages of the Technique. Advances in Orthopedics;2018:5904028.
- [5] Lin T, Xiao B, Ma X et al., Minimally invasive plate osteosynthesis with a locking compression plate is superior to open reduction and internal fixation in the management of the proximal humerus fractures. BMC Musculoskeletal Disorders;15(1), 2014, 206.
- [6] Oldrini LM, Feltri P, Albanese J et al., PHILOS Synthesis for Proximal Humerus Fractures Has High Complications and Reintervention Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. Life (Basel, Switzerland);12(2), 2022.
- [7] Nguyễn Đức Vương, Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa [Luận án Tiến sĩ]. Học viện quân y, 2021.
- [8] Nguyễn Minh Lộc, Điều trị phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp khóa [Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II], Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2014.
- [9] Liu K, Liu PC, Liu R et al., Advantage of minimally invasive lateral approach relative to conventional deltopectoral approach for treatment of proximal humerus fractures. Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research; 21, 2015, 496-504.
- [10] Lê Gia Ánh Thy, Diệp Minh Quân, Bùi Hồng Thiên Khanh & cs, Một số đặc điểm hình thái CT-Scan chỏm xương cánh tay người Việt Nam; Tạp chí Y học Việt Nam;530(2), 2023.
- [11] Hertel R, Fractures of the proximal humerus in osteoporotic bone. Osteoporosis International;16(2), 2005, S65-S72.
- [12] Quách Khang Hy, Tăng Hà Nam Anh, Khảo sát sức cơ vai người Việt Nam theo cách tính điểm Constant. Y học thành phố Hồ Chí Minh;18(Phụ bản số 1), 2014, 430-7.
- [13] Gönç U, Atabek M, Teker K et al., Minimally invasive plate osteosynthesis with PHILOS plate for proximal humerus fractures. Acta orthopaedica et traumatologica turcica;51(1), 2017, 17-22.
- [14] Visser CPJ, Coene LNJEM, Brand R et al., Nerve lesions in proximal humeral fractures. Journal of Shoulder and Elbow Surgery;10(5), 2001, 421-7.



CURRENT SITUATION AND OBSTETRIC RESULTS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Manh Hung*, Mai Trong Hung, Do Xuan Vinh

Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh street, Ngoc Khanh ward, Ba Dinh district, Hanoi, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objectives: This study seeks to evaluate outcomes of gestational diabetes mellitus (GDM) at Ha Noi Obstetrics and Gynaecology Hospital (HOGH) from April to October in 2023.

Materials and methods: A cross - sectional study on 104 women with GDM who got prenatal care at HOGH from April to October in 2022. Most of pregnant women are treated by Medical Nutrition Therapy or Insulin Therapy, the rest of them didn't follow their checkup schedule.

Results: Among 104 women with GDM, there are 6,7% women didn't follow the management, 24,1% controlled by insulin, 69,2% got Medical Nutrition Therapy. The number of women delivered at term take a proportion of 77%, the others delivered at 31 – 37 weeks of gestation. This study reveal the same ratio between vaginal delivery and cesarean section. There is no difference in incidence of preeclampsia, polyhydramnios, fetal macrosomia, fetal distress between treatment groups. We witnessed 3 women suffered surgical site infection and endometritis (2,9%). APGAR scores at 5 minutes of all newborn is equal or higher than 7. The percentage of infant jaundice, hypoglycemia, infections is 5,6% 7,7% and 0,9% respectively. There is no neonatal death in this study.

Conclusions: Women with GDM controlled by insulin or got Medical Nutrition Therapy had reduced obstetric complications.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, obstetric outcomes.

*Corresponding author

Email address: dr.hungpshn@gmail.com

Phone number: (+84) 968 378 888

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

THỰC TRẠNG VÀ KẾT QUẢ SẢN KHOA Ở NHỮNG THAI PHỤ ĐÁI THÁO THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Mạnh Hùng*, Mai Trọng Hưng, Đỗ Xuân Vinh

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, Ngọc Khánh, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sản khoa ở những thai phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 thai phụ mắc ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2023.

Kết quả: Trong số 104 thai phụ có 6,7% không theo dõi định kỳ, 24,1% dùng insulin và 69,2% thay đổi chế độ ăn. Tỷ lệ sinh con đủ tháng chiếm 77%, non tháng từ 31 – 37 tuần chiếm 23%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai và tỷ lệ đẻ thường ở thai phụ mắc ĐTĐTK (51%, 49%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tiền sản giật, đa ối, thai to, thai suy ở các nhóm. Có 3 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, tăng sinh môn và viêm niêm mạc tử cung (2,9%). Chỉ số APGAR 5 phút 100% trên 7 điểm, vàng da 5,6%, hạ đường huyết sau sinh 7,7%, nhiễm khuẩn sơ sinh 0,9%, không có trường hợp tử vong sơ sinh.

Kết luận: Thai phụ được kiểm soát đường máu bằng điều chỉnh chế độ ăn hoặc insulin gặp rất ít các biến chứng thai kỳ cho cả mẹ và thai.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, kết quả sản khoa.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.hungpshn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 968 378 888

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) được định nghĩa là những trường hợp được phát hiện đường huyết cao lần đầu tiên trong thời gian mang thai, không loại trừ khả năng bị ĐTĐ từ trước mà chưa được chẩn đoán. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ĐTĐTK “là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai” [1]. ĐTĐTK đang có chiều hướng gia tăng do chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, sự gia tăng tỷ lệ béo phì, đái tháo đường type 2 ở người trẻ và đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang [2]. Ước tính có khoảng 5% phụ nữ mang thai bị bệnh ĐTĐTK [3] và tỷ lệ ngày càng tăng lên.

ĐTĐTK thường xuất hiện vào khoảng sau tuần thứ 24 của thai kỳ. ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều biến chứng cho cả mẹ và con. Về phía mẹ, ĐTĐTK gây nhiều biến chứng tim mạch, là nguy cơ lớn về bệnh tật và tử vong trong suốt quá trình mang thai. Nhiễm toan ceton thường xảy ra vào 6 tháng cuối của thai kỳ có thể dẫn đến tử vong mẹ, chết thai cũng như tử vong chu sinh [4]. Về phía thai, ĐTĐTK có thể dẫn đến những dị tật lớn như tổn thương ống thần kinh, bệnh tim bẩm sinh, thai to, đa ối, sinh non. Nguy cơ do tăng insulin như: hội chứng suy hô hấp, hạ glucose huyết, tăng bilirubin máu, hạ calci máu, kém ăn; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường type II.

Các khuyến cáo trong nước và quốc tế đều cho rằng việc tầm soát ĐTĐTK ở tuần 24 đến tuần 28 của thai kỳ có ý nghĩa rất lớn trong chẩn đoán cũng như điều trị ĐTĐTK [5], mang lại kết quả thai kỳ tốt hơn cho cả sản phụ và trẻ sơ sinh. Các kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào yếu tố vùng miền, phân bố dân cư, thói quen ăn uống, sinh hoạt; chưa có một cái nhìn khái quát về bệnh tại một cơ sở sản khoa, nơi có lượng sản phụ quản lý thai kỳ lớn như Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả sản khoa của thai phụ mắc ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 104 thai phụ mắc ĐTĐTK được quản lý thai nghén và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ được quản lý thai nghén và được chẩn đoán ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo Hội Quốc tế các nhóm nghiên cứu về đái tháo đường và thai kỳ (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups – IADPSG)

Đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Đường máu lúc đói: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)

hoặc đường máu sau 1 giờ: $\geq 10,0$ mmol/l (180mg/dl)

hoặc đường máu sau 2 giờ: $\geq 8,5$ mmol/l (153mg/l).

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các trường hợp đái tháo đường type II và có yếu tố làm ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như mắc bệnh basedow, suy giáp, Cushing hoặc dùng thuốc corticosteroids, salbutamol...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các thai phụ đái tháo đường thai kỳ đạt tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu thực tế là 104 đối tượng. Thu thập các số liệu về kết quả sản khoa.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp điều trị. Thông tin hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phụ vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả của sản phụ

3.1.1. Tiếp cận điều trị ĐTĐTK

Các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK tiếp tục được quản lý thai nghén nguy cơ cao, trong đó có 6,7% không tuân thủ lịch khám thai, 69,2% chỉ cần thay đổi chế độ ăn và 24,1% cần điều trị bằng insulin.

3.1.2. Hình thức kết thúc thai kỳ

Trong 104 đối tượng nghiên cứu, có 49% đối tượng đẻ đường âm đạo và 51% đối tượng mổ lấy thai ($p < 0,05$).

3.1.3. Kết quả sản khoa theo từng nhóm tiếp cận điều trị

Bảng 1. Kết quả sản khoa theo từng nhóm tiếp cận điều trị

Kết quả sản khoa	Không điều trị (%nhóm)	Chỉ thay đổi chế độ ăn (%nhóm)	Tiêm Insulin (%nhóm)	Tổng	p
Mổ đẻ	5 (62,27)	31 (43,05)	17 (68)	53	$p > 0,05$
Tiền sản giật	4 (57,14)	4 (5,56)	3 (17,65)	11	$P > 0,05$
Đa ối	6 (85,71)	17 (23,6)	3 (12)	26	$p > 0,05$
Thai suy	5 (62,27)	24 (33,33)	4 (16)	33	$P > 0,05$
Tổng	7	72	25		

Qua bảng ta thấy các tỷ lệ mổ đẻ, thai to, đa ối, TSG hay thai suy đều gặp ở nhóm không tiếp cận điều trị cao hơn so với nhóm được tiếp cận điều trị. Đặc biệt ở nhóm thai suy chiếm 62,27% là nhóm không điều trị và

khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm được tiếp cận điều trị.

3.1.4. Nhiễm khuẩn hậu sản

Bảng 2. Tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản

Hình thái nhiễm khuẩn hậu sản	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không nhiễm khuẩn	101	97,12
Nhiễm khuẩn vết mổ, khâu tầng sinh môn	2	1,92
Viêm niêm mạc tử cung	1	0,96
Viêm phúc mạc	0	0,00
Nhiễm khuẩn huyết	0	0,00
Tổng	104	100

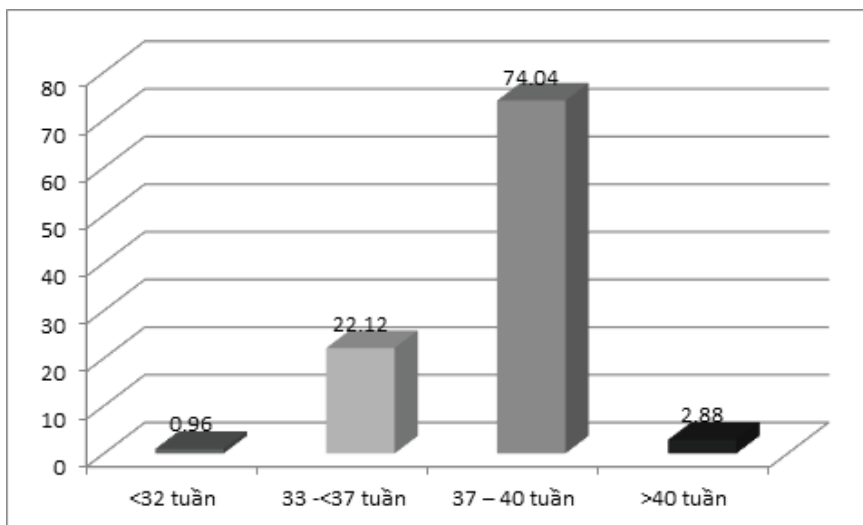
Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ 2,88% và không có các tình trạng nhiễm trùng nặng như viêm phúc mạc hay nhiễm khuẩn huyết.

3.2. Kết quả của sơ sinh

3.2.1. Thời điểm kết thúc thai kỳ



Biểu đồ 1. Thời điểm kết thúc thai kỳ



Qua biểu đồ ta thấy tỷ lệ nhóm thai phụ ĐTĐTK sinh con đủ tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,04%. 1 trường hợp sinh con trước 32 tuần do chuyển dạ sinh

non. Chỉ 3 trường hợp (chiếm 2,88%) thai quá ngày dự sinh.

3.2.2. Chỉ số APGAR 5 phút

Bảng 3. Chỉ số APGAR 5 phút

Chỉ số Apgar	Số lượng	Tỷ lệ
<7	0	0,00
7	1	0,96
8	4	3,85
9	5	4,81
10	94	90,38
Tổng	104	100

Quan bảng ta thấy chỉ số Apgar phút thứ 5 sau đẻ dưới 7 là 0%. Chỉ số Apgar sau đẻ 5 phút là 10 chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,38%. Nghiên cứu không có trường hợp tử

vong sơ sinh ở nhóm thai phụ bị ĐTĐTK sinh đủ tháng.

3.2.3. Vàng da sơ sinh

Bảng 4. Tỷ lệ vàng da sơ sinh ở các nhóm điều trị

	Không điều trị (%nhóm)	Chỉ thay đổi chế độ ăn (%nhóm)	Insulin (%nhóm)	Tổng
Vàng da	4 (66,67)	1 (16,67)	1 (16,67)	6 (5,77)
Bình thường	3 (3,06)	71 (72,45)	24 (24,49)	98 (94,23)
Tổng	7	72	25	104

Tỷ lệ vàng da ở nhóm ĐTĐTK là 5,77% trong đó chủ yếu gặp ở nhóm các thai phụ không tiếp cận điều trị với tỷ lệ 66,67%.

3.2.4 Hạ đường huyết sơ sinh

Bảng 5. Tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh ở các nhóm điều trị

Đường huyết	Không điều trị	Chỉ thay đổi chế độ ăn	Insulin	Tổng	p
Hạ đường huyết	4 (45,46%)	2 (27,27%)	2 (27,27%)	8 (7,69%)	p>0,05
Bình thường	5 (5%)	71 (71%)	24 (24%)	100 (92,31)	
Tổng	7	72	25	104	

Tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh trong nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng chiếm 7,69%; không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hạ đường huyết sơ sinh ở con với tiếp cận điều trị ở mẹ với p>0,05.

3.2.5 Nhiễm khuẩn sơ sinh

Chỉ có 1 trường hợp nhiễm khuẩn sơ sinh ở thai phụ không tuân thủ điều trị, chiếm 0,96%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả của sản phụ

Theo dõi kết quả sản khoa của 104 thai phụ bị ĐTĐTK trong nghiên cứu sinh tại viện cho thấy cho thấy tỷ lệ thai phụ mổ đẻ chiếm 50,96%, nhóm sinh đường âm đạo chiếm 59,04%. Sự khác biệt này dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên cho thấy được xu hướng chỉ định mổ đẻ tăng lên ở nhóm các sản phụ có ĐTĐTK.

Trong nghiên cứu thấy các kết quả sản khoa mổ đẻ, tiền sản giật, thai to, thai suy, đa ối đều gặp ở nhóm không tiếp cận điều trị với tỷ lệ cao hơn so với nhóm được điều trị insulin và thay đổi chế độ ăn. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản của nhóm ĐTĐTK với 1,92% nhiễm khuẩn vết mổ, vết khâu tầng sinh môn, chỉ có 0,96% viêm niêm mạc tử cung và không ghi nhận trường hợp nào viêm phúc mạc hay nhiễm khuẩn huyết. Điều này cho thấy tình hình chăm sóc hậu sản tại bệnh viện đối với sản phụ hiện tại được đảm bảo tốt, tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp.

Đồng thời cũng cho thấy chưa ghi nhận liên quan giữa ĐTĐTK với nhiễm khuẩn hậu sản, hiện tại cũng chưa có nghiên cứu nào sâu đánh giá về mối liên quan nhiễm khuẩn hậu sản với ĐTĐTK.

4.2. Kết quả của sơ sinh

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trường hợp sinh non chiếm 23,08% với 24 trường hợp. trong đó có 0,96% trường hợp sinh trước 32 tuần và có 22,12% trường hợp sinh trong tuần thai từ 32 tới dưới 37 tuần. Các nguyên nhân thường dẫn tới đẻ non là kiểm soát đường huyết kém, đa ối, tăng huyết áp và tiền sản giật.

Nhóm trẻ sơ sinh không ghi nhận trường hợp nào ngạt nặng, 4,81% trường hợp bị ngạt và 95,19% các trẻ sơ sinh bình thường. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như sau: nghiên cứu của Thomas Moore có tỷ lệ suy hô hấp cấp sau sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 3% [6]. Theo nghiên cứu của Langer thì tỷ lệ này là 2% [7] và nghiên cứu của Vũ Bích Nga tỷ lệ này là 1% [8]. Không có sự khác nhau nhiều về tỷ lệ suy hô hấp cấp sơ sinh trong nghiên cứu của các tác giả.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vàng da trẻ sơ sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 5,77%. Trong đó tỷ lệ này cao nhất ở nhóm thai phụ không tiếp cận điều trị với 66,67%. Tỷ lệ vàng da sơ sinh ở ĐTĐTK trong nghiên cứu của Vũ Bích Nga là 1% và Langer là 3,6%.

Tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh trong nhóm thai phụ ĐTĐTK là 7,69%. Giữa các nhóm bà mẹ tiếp cận và không tiếp cận điều trị hay thay đổi chế độ ăn thì chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về việc trẻ sơ sinh bị hạ đường huyết. Nghiên cứu của tác giả Vũ

Bích Nga có tỷ lệ hạ đường huyết của trẻ sau sinh của nhóm ĐTĐTK được điều trị là 4,9%, trong khi nhóm ĐTĐTK không được điều trị có tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ đường huyết sau sinh là 17,4. Nghiên cứu của Langer cho thấy: trẻ sơ sinh sau đẻ hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK có điều trị là 6%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm ĐTĐTK không điều trị là 18% và ở nhóm không ĐTĐTK là 2%.

Nghiên cứu ghi nhận ở trẻ sơ sinh đủ tháng chỉ có 1 trường hợp chiếm 0,96% nhiễm khuẩn sơ sinh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh bình thường theo các nghiên cứu khác khoảng 0,6%.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK không quản lý chặt chẽ còn khá cao, chiếm 6,7%. Nhóm thai phụ được kiểm soát đường máu bằng điều chỉnh chế độ ăn và insulin gặp rất ít các biến chứng thai kỳ cho cả mẹ và thai. Nhóm thai phụ không kiểm soát đường huyết làm tăng nguy cơ các biến chứng như tiền sản giật, đa ối, thai suy và tăng tỷ lệ mổ lấy thai; đối với sơ sinh cũng làm tăng nguy cơ vàng da, hạ đường huyết, nhiễm khuẩn sơ sinh. Nên thực hiện sàng lọc ĐTĐTK ở tuổi thai từ 24 đến 28 tuần với tất cả các thai phụ và có lịch trình theo dõi và kiểm soát đường huyết cho từng trường hợp ĐTĐTK cụ thể. Cần phối hợp chặt chẽ các chuyên khoa sản, dinh dưỡng, nội tiết - đái tháo đường để giảm thiểu các biến chứng thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Definition WHO, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, in Report of a WHO consultation, 1999.
- [2] C.J Bellamy L, Hingorani AD, et al., Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systemic review and meta-analysis. Lancet, 2009.
- [3] Gestational diabetes mellitus. Diabetes care ADA; 27(1), 2004, p88-90
- [4] Medical management of pregnancy complicated by diabetes. Diabetes Mellitus Gestational ADA r.e, 2000
- [5] Metzger B.E. and D.R. Coustan, Summary and recommendations of the Fourth International Workshop – Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. Diabetes Care;1998. 21 Suppl 2: B161-7
- [6] Thomas R Moore, Diabetes Mellitus and Pregnancy; Diabet Med; Jan, 2005: 1-42.
- [7] Langer, Oded. Yogev, Gestational diabetes: the consequences of not treating. Am J Obstet Gynecol, 192, 2005, 989-97.
- [8] Vũ Bích Nga, Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị; Luận án Tiến sĩ Y Học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.

THE RESULTS OF 2-LAYER UTERINE MUSCULAR SUCTION IN FIRST C SECTION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Pham Tien Dat*, Mai Trong Hung

Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 De La Thanh street, Hanoi, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 16/11/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the cesarean scar using the two-layer myometrial suture technique in the primary cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital

Methods and Subjects: Cross-sectional description, prospective study on 62 pregnant women who had 2-layer uterine cerclage performed in the first cesarean section technique.

Results: Among the 62 pregnant woman, the average gestational age at C section was 39 weeks 1 day \pm 5.6 days. The baseline index of the healing ratio is 0.84 ± 0.08 . The differences are statistically significant between healing ratio of position uterus. There are 2 cases with c section scar niche, rate of 3.23%.

Conclusions: The rate of C section scar niche is 3.23%. The healing ratio is 0.84 ± 0.08

Keywords: 2-layer myometrial suture, C section scar niche, healing ratio.

*Corresponding author

Email address: Drtrongdat1982@gmail.com

Phone number: (+84) 934 445 666

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT KẾT QUẢ KHÂU CƠ TỬ CUNG 2 LỚP TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Phạm Tiến Đạt*, Mai Trọng Hưng

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 Đê La Thành, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét độ dày sẹo mổ lấy thai bằng kỹ thuật khâu cơ tử cung hai lớp trong phẫu thuật lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng - phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 62 thai phụ được thực hiện khâu cơ tử cung 2 lớp trong phẫu thuật lấy thai lần đầu.

Kết quả: Trong 62 thai phụ mổ lấy thai lần đầu có 52 trường hợp mổ chủ động, 10 trường hợp mổ trong chuyển dạ. Tuổi thai khi mổ lấy thai trung bình là 39 tuần 1 ngày $\pm 5,6$ ngày. Chỉ số liền cơ tử cung ở vị trí sẹo mổ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật trung bình là $0,84 \pm 0,08$. Chỉ số liền khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa mổ lấy thai chủ động và mổ lấy thai trong chuyển dạ giai đoạn 1A. Chỉ số liền giữa khác nhau giữa các tư thế tử cung khác nhau. Có 2 trường hợp khuyết sẹo chiếm tỷ lệ 3,23%.

Kết luận: Tỷ lệ khuyết sẹo trong nghiên cứu khi thực hiện khâu cơ tử cung 2 lớp là 3,23%. Chỉ số liền cơ tử cung trung bình là $0,84 \pm 0,08$.

Từ khóa: Khâu cơ tử cung 2 lớp, khuyết sẹo mổ cũ, chỉ số liền cơ tử cung.

*Tác giả liên hệ

Email: Drtrongdat1982@gmail.com

Điện thoại: (+84) 934 445 666

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tỷ lệ mổ lấy thai đang tăng dần trên toàn thế giới, đặc biệt tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ ngày một cao vì sự lo lắng nguy cơ vỡ tử cung ở lần có thai sau do chất lượng sẹo mổ cũ không tốt, tình trạng khuyết sẹo hay độ dày cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ mỏng [1]. Hơn nữa, trong hai thập kỷ gần đây các vấn đề phụ khoa sau mổ lấy thai ngày được quan tâm hơn như khi đau vùng tiểu khung mãn tính, rong kinh, khuyết sẹo mổ cũ và thậm chí là vô sinh [2]. Các di chứng sản khoa lâu dài đang có xu hướng gia tăng khi mang thai lần sau ở những phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai như rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai nằm trên sẹo mổ cũ. Đặc biệt, một biến chứng phụ khoa rất hiếm gặp là băng kinh do khuyết sẹo mổ cũ đòi hỏi phải nút động mạch tử cung cấp cứu, sau đó phẫu thuật nội soi sửa chữa khuyết sẹo mổ cũ [2].

Độ dày cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ cũ mỏng hay tình trạng khuyết sẹo mổ cũ chính là nguyên nhân gây nên các biến chứng nói trên [3] [4]. Tuy nhiên, người ta chưa chú ý nhiều đến căn nguyên gây ra tình trạng chất lượng sẹo mổ cũ kém. Việc xác định nguyên nhân cũng như sẽ giúp giảm tỷ lệ khuyết sẹo mổ cũ, cải thiện chất lượng sẹo mổ lấy thai và làm giảm các biến chứng do mổ lấy thai gây ra trong tương lai, trong đó có nguy cơ vỡ tử cung ở lần có thai sau. Trong các trường hợp chất lượng sẹo mổ cũ tốt, các sản phụ có tiền sử sinh mổ còn có thể tăng khả năng đẻ đường âm đạo ở lần có thai sau.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng kỹ thuật đóng cơ tử cung trong mổ lấy thai là yếu tố quan trọng nhất làm vết sẹo mổ kém lành dẫn đến khuyết sẹo mổ cũ hay độ dày cơ tử cung ở vị trí sẹo mổ mỏng [5] [6] [7]. Hiện nay trên thế giới có nhiều kỹ thuật đóng cơ tử cung đã được mô tả và sử dụng ở nhiều tác giả khác nhau. Cơ tử cung có thể được đóng bằng kỹ thuật khâu một lớp hoặc hai lớp, mũi khâu rời hoặc mũi khâu vắt và có thể khâu kèm lớp niêm mạc hoặc không. Những nghiên cứu gần đây cũng cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa độ mỏng của đoạn dưới tử cung và nguy cơ khuyết sẹo mổ cũ liên quan đến kỹ thuật đóng cơ tử cung một lớp hay hai lớp, tuy nhiên các kết quả nghiên cứu vẫn còn nhiều tranh cãi giữa các tác giả khác nhau. Nguy cơ vỡ tử cung cũng được cho là tăng lên khi đóng cơ tử cung một lớp có khóa so với đóng hai lớp [8] [9].

Theo nhiều tác giả, cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ cũ cũng được cho là dày hơn ở khi sử dụng kỹ thuật đóng cơ tử cung hai lớp so với một lớp [10] [11]. Và hiện nay siêu âm qua đầu dò âm đạo vẫn là một công cụ hiệu quả và chính xác để đánh giá độ dày sẹo tử cung trên những phụ nữ từng sinh mổ [12] [13]. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét độ dày sẹo mổ lấy thai bằng kỹ thuật khâu cơ tử cung hai lớp trong phẫu thuật lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ ≥ 18 tuổi.
- Đơn thai.
- Tuổi thai ≥ 37 tuần.
- Phẫu thuật lấy thai lần đầu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đa thai.
- Tiền sử có sẹo mổ ở tử cung.
- Tử cung dị dạng.
- Rau tiền đạo.
- BMI ≥ 35 kg/m².
- Chuyển dạ giai đoạn 1b

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

62 thai phụ đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu, được thực hiện khâu cơ tử cung 2 lớp trong phẫu thuật mổ lấy thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc. Các đối tượng đủ tiêu chuẩn sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu. Các bệnh nhân số thứ tự lẻ sẽ được thực hiện kỹ thuật khâu cơ tử cung 2 lớp trong phẫu thuật mổ lấy thai.

Bệnh nhân sẽ được siêu âm lại sau sinh vào thời điểm



3 tháng sau phẫu thuật mỡ lấy thai và đánh giá các chỉ số về độ dày cơ tử cung tại vị trí vết mổ và cạnh vết mổ, tình trạng khuyết sẹo mỡ cũ nếu có bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Các biến số nghiên cứu:

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị và hồ sơ bệnh án được nghiên cứu tiền cứu, thu thập các biến số nghiên cứu theo phiếu thu thập thông tin thống nhất.

Đặc điểm chung bệnh nhân trước mổ:

- Các đặc điểm nhân chủng học: tuổi (năm), cân nặng (kg), chiều cao (cm), BMI
- Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi thai khi mổ (tuần), chỉ định mỡ lấy thai.

Các thông tin liên quan đến kỹ thuật mổ:

- Thời gian phẫu thuật (phút)

- Số mũi khâu thêm để cầm máu cơ tử cung

Kết quả siêu âm đầu dò âm đạo sau mổ:

- Độ dày cơ tử cung tại vị trí vết mổ (mm)
- Độ dày cơ tử cung tại vị trí cạnh vết mổ (mm)
- Khuyết sẹo mỡ cũ
- Kích thước khuyết sẹo mỡ cũ (mm)

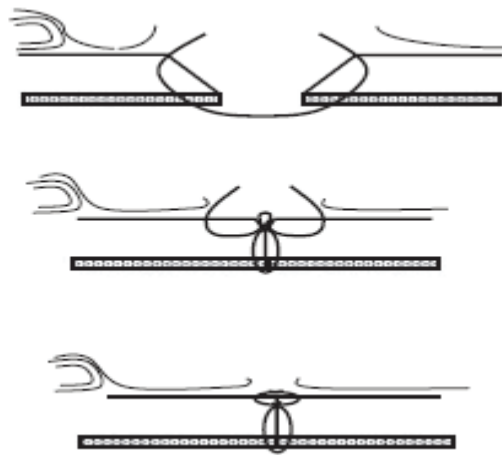
Kỹ thuật khâu cơ tử cung hai lớp

Cơ tử cung được đóng bằng khâu hai lớp mũi vắt không khóa. Hai góc đường rạch cơ tử cung được khâu bằng hai mũi rời với chỉ Vycryl số 01.

Đóng cơ tử cung 2 lớp sử dụng chỉ Vycryl số 01. Các mũi rời cầm máu sẽ được thực hiện trong trường hợp có chảy máu.

Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung trong tất cả các trường hợp

Hình 1. Kỹ thuật đóng cơ tử cung 2 lớp

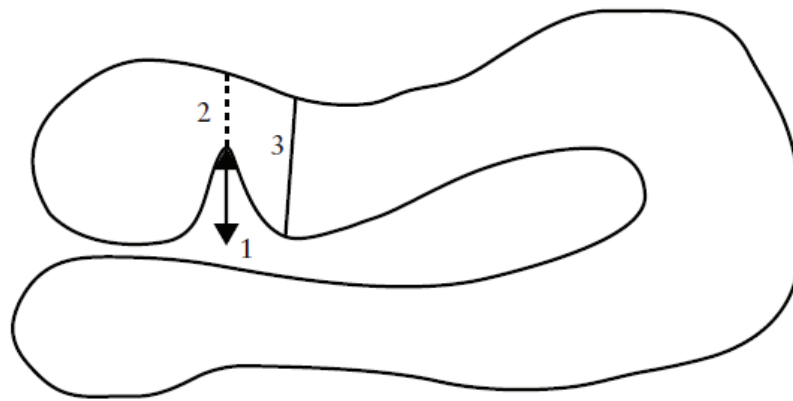


Kỹ thuật siêu âm đầu dò khảo sát vết mổ

Kỹ thuật siêu âm đánh giá sẹo mỡ cũ ở tử cung bằng đầu dò âm đạo được thực hiện tại thời điểm sau phẫu thuật mỡ lấy thai 3 tháng.

Siêu âm được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hoặc các bác sĩ sản khoa có được đào tạo về siêu âm sản phụ khoa.

Hình 2. Mô tả siêu âm đầu dò khảo sát sẹo mổ để đo đoạn dưới tử cung



- 1: Chiều cao của khuyết sẹo mổ cũ
 - 2: Độ dày cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ ở đoạn dưới tử cung (RMT)
 - 3: Độ dày cơ tử cung ở vị trí sát sẹo mổ ở đoạn dưới tử cung (TMT)
- Chỉ số liền (Healing ratio): $(2)/(3) \times 100\%$

Phân tích và xử lý số liệu

Các biến định lượng, liên tục được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%). Các biến được kiểm định phân bố chuẩn.

Tất cả các dữ liệu thu thập được lưu trữ và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Những bệnh nhân sẽ được đưa vào nghiên cứu khi đồng ý tự nguyện tham gia. Gia đình và bệnh nhân sẽ được tư vấn và giải thích cụ thể về ý nghĩa, mục đích, qui trình nghiên cứu, quyền được tự do rút khỏi nghiên cứu, quyền được đảm bảo bí mật cá nhân trong quá trình nghiên cứu và về kết quả nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân, người nhà bệnh nhân và kết quả chẩn đoán hoàn toàn được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

	X ± SD	Min - max
Tuổi thai phụ	28.4 ± 3.97	22 - 41
Tuổi thai khi mổ (tuần)	39 tuần 1 ngày ± 5.6 ngày	36 tuần 5 ngày - 41 tuần
BMI	25.57 ± 2.2	21.08 - 33.71
Cân nặng trẻ sau sinh	3207.26 ± 348.9 g	2500g - 4450g

Trong 62 thai phụ mổ lấy thai lần đầu, tuổi thai khi mổ lấy thai trung bình là 39 tuần 1 ngày ± 5.6 ngày. Chỉ số liền cơ tử cung ở vị trí sẹo mổ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật trung bình là 0,84 ± 0,08. Chỉ số liền khác

nhau không có ý nghĩa thống kê giữa mổ lấy thai chủ động và mổ lấy thai trong chuyển dạ giai đoạn 1A. Chỉ số liền giữa khác nhau giữa các tư thế tử cung khác nhau. Có 2 trường hợp khuyết sẹo chiếm tỷ lệ 3,23%.

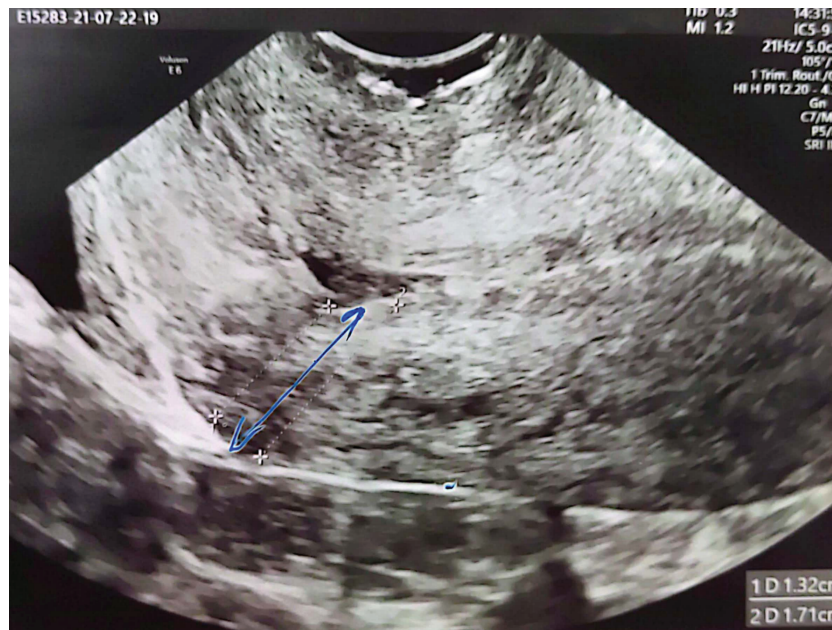


Bảng 2. Chỉ số liền trung bình

	X ± SD	Min - max
Chỉ số liền (healing ratio)	0.840 ± 0.08	0.67 - 0.992

Chỉ số liền cơ tử cung ở vị trí sẹo mổ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật trung bình là 0,84 ± 0,08.

Hình 3. Chỉ số liền: 0,77



RMT: Độ dày cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ cũ

TMT: Độ dày cơ tử cung tại vị trí sát sẹo

Bảng 3. Chỉ số liền theo tuổi mẹ

Tuổi mẹ	< 35	≥ 35	p
Chỉ số liền	0.790 ± 0.073	0.758 ± 0.109	0.236

Chỉ số liền cơ tử cung khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phụ nữ trên 35 và dưới 35 tuổi.

Bảng 4. Chỉ số liền trung bình theo con so/con rạ

	Con so	Con rạ	p
Chỉ số liền	0.743 ± 0.068	0.789 ± 0.081	0,185

Chỉ số liền cơ tử cung sau mổ lấy thai 3 tháng khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm con so và con rạ

Bảng 5. Chỉ số liền trung bình theo tư thế tử cung

	Trước	Trung gian	Sau	
Healing ratio	0.752 ± 0.0766	0.777 ± 0.017	0.814 ± 0.080	P 0.032

Chỉ số liền trung bình ở nhóm tử cung ngã trước thấp hơn nhóm tử cung trung gian và nhóm tử cung ngã sau là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Tỷ lệ khuyết sẹo mổ cũ

	n	Tỷ lệ %
Khuyết sẹo	2	3.23
Không khuyết sẹo	60	96.77
Tổng	62	100

Có 2 trường hợp khuyết sẹo mổ cũ, chiếm tỷ lệ 3,23%.

Hình 4. Hình ảnh siêu âm đầu dò 3 tháng sau phẫu thuật mổ lấy thai – khuyết sẹo



4. BÀN LUẬN

Trong 62 thai phụ mổ lấy thai lần đầu có 52 trường hợp mổ chủ động, 10 trường hợp mổ trong chuyển dạ. Tuổi thai khi mổ lấy thai trung bình là 39 tuần 1 ngày ± 5.6 ngày, hoàn toàn phù hợp do đa số các trường hợp mổ lấy thai chủ động, và thời gian tối ưu để mổ lấy thai chủ động là sau 39 tuần. Tuổi của thai phụ trung bình khi mổ lấy thai là 28.4 ± 3.97, đa số các thai phụ sinh con

ở độ tuổi dưới 35.

Chỉ số liền giữa khác nhau giữa các tư thế tử cung khác nhau. Kết quả cho thấy các trường hợp tử cung ngã sau có chỉ số liền cao hơn các trường hợp tử cung trung gian và ngã trước, điều này có thể do sự áp sát tốt hơn của 2 mép vết mổ trong các trường hợp tử cung ngã sau so với các trường hợp khác. Chỉ số liền cơ tử cung khác nhau không có ý nghĩa thống kê với nhóm thai

phụ trên 35 và dưới 35 tuổi cũng như giữa nhóm con so và con rạ. Chính vì vậy có thể thấy yếu tố tuổi thai phụ và yếu tố số lần sinh không ảnh hưởng tới sự liền của cơ tử cung cũng như sự hình thành khuyết sọ mổ cũ. Qua sự so sánh này cũng cho thấy yếu tố chính tác động đến chỉ số liền cơ tử cung là kỹ thuật khâu cơ tử cung. Điều này cũng giống như công bố của các nghiên cứu trước đây [4][15]. Theo tác giả Yasmin và cộng sự năm 2011, độ dày sọ mổ cũ tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm khâu cơ tử cung hai lớp cải tiến so với khâu cơ tử cung một lớp và hai lớp cổ điển [16]. Theo nghiên cứu của tác giả Shrestha và cộng sự năm 2015, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của độ dày cơ tử cung sau một đề 6 tuần giữa nhóm khâu cơ tử cung một lớp và hai lớp [13]. Tác giả Sevket và cộng sự năm 2014, kết quả so sánh tỷ số liền của sọ mổ lấy thai trên 36 bệnh nhân cho thấy tỷ số liền và độ dày cơ tử cung ở vị trí sọ mổ cũ cao hơn ở nhóm bệnh nhân được khâu cơ tử cung hai lớp, so với nhóm bệnh nhân được khâu cơ tử cung một lớp [6].

Tỷ lệ khuyết sọ mổ cũ ở các bệnh nhân được thực hiện khâu cơ tử cung 2 lớp trong mổ để thấp hơn nhiều tỷ lệ khuyết sọ ở các nghiên cứu khác. Hiện nay tỉ lệ khuyết sọ mổ lấy thai được báo cáo trên thế giới vào khoảng 56 – 84% [14][15]. Khuyết sọ mổ lấy thai là một trong các nguyên nhân gây nên tình trạng vô sinh thứ phát cũng như gây rong kinh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Không chỉ vậy, độ dày cơ tử cung ở vị trí khuyết sọ mổ cũng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung trong lần có thai sau. Các yếu tố ảnh hưởng tới sự liền cơ tử cung và hình thành khuyết sọ đã được công bố trong nhiều nghiên cứu. Và qua kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy phương pháp khâu cơ tử cung 2 lớp sẽ giúp độ liền cơ tử cung tốt hơn và hạn chế sự hình thành khuyết sọ mổ cũ.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ khuyết sọ trong nghiên cứu khi thực hiện khâu cơ tử cung 2 lớp là 3,23%. Chỉ số liền cơ tử cung trung bình là $0,84 \pm 0,08$ và tư thế tử cung có ảnh hưởng tới chỉ số liền, tuy nhiên tuổi của thai phụ, con so hay con rạ không phải yếu tố có gây ảnh hưởng tới chỉ số liền cơ tử cung sau mổ lấy thai.

Phương pháp khâu cơ tử cung 2 lớp sẽ giúp độ liền cơ tử cung tốt hơn và hạn chế sự hình thành khuyết sọ mổ cũ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jauniaux E, Grobman WA, Textbook of Caesarean section, 2016.
- [2] Menacker F, Declercq E, Macdorman MF, Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol*, 30(5), 2006, 235-241.
- [3] Stegwee S, Jordans I, van der Voet L et al., Uterine caesarean closure techniques affect ultrasound findings and maternal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 125(9), 2018, 1097-1108.
- [4] Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R et al., Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 50(5), 2017, 578-583.
- [5] CORONIS collaborative group; E Abalos, V Addo et al., Caesarean section surgical techniques: 3 year follow-up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial; *The Lancet*, 388(10039), 2016, 62-72.
- [6] Stegwee SI, Jordans IPM, van der Voet LF et al., Single- versus double-layer closure of the caesarean (uterine) scar in the prevention of gynaecological symptoms in relation to niche development - the 2Close study: a multicentre randomised controlled trial; *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 2019, 85.
- [7] Bennich G, Rudnicki M, Wilken-Jensen C et al., Impact of adding a second layer to a single unlocked closure of a Cesarean uterine incision: randomized controlled trial: Closure of CS incision; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 47(4), 2016, 417-422.

- [8] Vachon-Marceau C, Demers S, Bujold E et al., Single versus double-layer uterine closure at cesarean: impact on lower uterine segment thickness at next pregnancy; *Am J Obstet Gynecol*, 217(1), 2017, 65.e1-65.e5.
- [9] Roberge S, Demers S, Girard M et al., Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 214(4), 2016, 507.e1-507.e6.
- [10] Qayum K, Kar I, Sofi J et al., Single- Versus Double-Layer Uterine Closure After Cesarean Section Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2021 Sep 30;13(9):e18405. doi: 10.7759/cureus.18405. PMID: 34729282; PMCID: PMC8555931.
- [11] Bérubé L, Aïrial M, Gagnon G et al., Factors associated with lower uterine segment thickness near term in women with previous cesarean section. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*, 33(6), 2011, 581-587.
- [12] EL-Gharib M, Awara A, Ultrasound evaluation of the uterine scar thickness after single versus double layer closure of transverse lower segment cesarean section. *J Basic Clin Reprod Sci*, 2(1), 2013, 42.
- [13] Shrestha P, Shrestha S, Gyawali M, Ultrasound Evaluation of Uterine Scar in Primary Cesarean Section: A Study of Single versus Double Layer Uterine Closure; *Am J Public Health Res*, 3(5A), 2015, 178-181.
- [14] Boley JP, THE HISTORY OF CAESAREAN SECTION; *Can Med Assoc J*, 32(5), 1935, 557-559.
- [15] Bamberg C, Dudenhausen J, Bujak V et al., A Prospective Randomized Clinical Trial of Single vs. Double Layer Closure of Hysterotomy at the Time of Cesarean Delivery: The Effect on Uterine Scar Thickness; *Ultraschall Med - Eur J Ultrasound*, 39(03), 2018, 343-351.
- [16] Yasmin S, Sadaf J, Fatima N, Impact of methods for uterine incision closure on repeat cesarean section scar of lower uterine segment; *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP*, 21(9), 2011, 522-526.



RETURN PREGNANCY IN PATIENTS EXPECTING A CHILD AFTER HYSTEROSCOPIC SURGERY TO REPAIR CESAREAN SECTION SCAR DEFECTS AT HANOI OBSTETRICS HOSPITAL

Dao Xuan Hai*, Nguyen Manh Tri

Hanoi Obstetric and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ngoc Khanh, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 21/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Cesarean section scar defect is a consequence of incomplete recovery of the cesarean section scar at the uterine isthmus. Cesarean section scar defects cause secondary infertility. Hysteroscopic surgery to repair scar defects helps improve symptoms and restore fertility for patients.

Objective: To evaluate the situation of re-pregnancy and pregnancy outcomes of patients after hysteroscopic surgery to repair caesarean section scars.

Research subjects and methods: Retrospective cross-sectional description of a patient who wanted a child with a cesarean section scar defect, no other cause of infertility could be found and had a laparoscopic hysterectomy to repair the cesarean section scar defect at the hospital. Hanoi Obstetrics Hospital from 2019 - 2021.

Results: The average age of the subjects was 35 ± 7.05 years. All subjects had a history of 1 and 2 cesarean sections. Posterior uterine position accounts for 57.1%. 85.7% of subjects had mild cesarean section scar defects. Re-pregnancy rate after surgery is 61.9%. Full-term pregnancy reached 91.7%.

Conclusion: Laparoscopic surgery to repair cesarean section scars helps restore fertility for patients.

Keywords: Cesarean section scar defect, infertility, hysteroscopic surgery to repair cesarean section scar defect.

*Corresponding author

Email address: Daoxuanhai209@gmail.com

Phone number: (+84) 948 189 669

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

TÌNH HÌNH CÓ THAI LẠI Ở BỆNH NHÂN MONG CON SAU PHẪU THUẬT SOI BUỒNG TỬ CUNG SỬA KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đào Xuân Hải*, Nguyễn Mạnh Trí

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, Ngọc Khánh, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Khuyết sẹo mổ lấy thai là hậu quả của sự phục hồi không hoàn toàn sẹo mổ lấy thai ở đoạn eo tử cung. Khuyết sẹo mổ lấy thai gây vô sinh thứ phát. Phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo giúp cải thiện triệu chứng và phục hồi khả năng sinh sản cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Nhận xét tình hình mang thai lại và kết quả thai kỳ của bệnh nhân sau phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu bệnh nhân mong con có khuyết sẹo mổ lấy thai, không tìm được nguyên nhân khác gây vô sinh và đã được mổ nội soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 2019 – 2021.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của các đối tượng là 35 ± 7.05 tuổi. Tất cả đối tượng có tiền sử mổ lấy thai 1 và 2 lần. Tư thế tử cung ngả sau chiếm 57,1%. 85,7% đối tượng là khuyết sẹo mổ lấy thai mức độ nhẹ. Tỷ lệ có thai lại sau phẫu thuật 61,9%. Thai kỳ đủ tháng đạt 91.7%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sửa khuyết sẹo mổ lấy thai giúp phục hồi khả năng sinh sản cho bệnh nhân.

Từ khóa: Khuyết sẹo mổ lấy thai, vô sinh, phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai.

*Tác giả liên hệ

Email: Daoxuanhai209@gmail.com

Điện thoại: (+84) 948 189 669

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết sọ Mổ lấy thai là hậu quả của sự phục hồi không hoàn toàn sọ mổ lấy thai ở đoạn eo tử cung. Bệnh lý này đã được tác giả Morris mô tả năm 1995, khuyết sọ mổ lấy thai có thể âm thầm không triệu chứng hoặc đi kèm nhiều triệu chứng như đau vùng chậu, tiết dịch nâu liên tục ở âm đạo, rối loạn kinh nguyệt điển hình là ra máu sau hành kinh, vô sinh thứ phát... Mức độ của các triệu chứng được cho là có liên quan đến kích thước của khuyết sọ mổ lấy thai. Theo Bij de Vaate và cộng sự ước tính tỷ lệ mắc bệnh từ 24-84%, Wang và cộng sự báo cáo 6,6-69%. Trong khi Florio, Tower và Frishman báo cáo và tỷ lệ mắc bệnh lần lượt là 30-52% và 19,4-88%, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị khuyết sọ sau mổ lấy thai là rất cao. Theo các báo cáo trong Y văn thì có mối liên quan giữa khuyết sọ mổ lấy thai và vô sinh thứ phát. Sự hiện diện của máu trong khuyết sọ mổ lấy thai làm ảnh hưởng đến chất nhầy cổ tử cung và chất lượng tinh trùng, cản trở sự vận chuyển của tinh trùng và làm cho quá trình làm tổ của phôi trở nên khó khăn hơn, do đó làm giảm khả năng sinh sản. Một số nghiên cứu đã đánh giá kết quả sinh sản sau khi phẫu thuật điều trị khuyết sọ mổ lấy thai, chứng tỏ rằng việc sửa chữa khiếm khuyết này có ý nghĩa trong phục hồi khả năng sinh sản đối với bệnh nhân.

Các triệu chứng lâm sàng, các giả thiết về nguyên nhân cũng như cách điều trị nội khoa, ngoại khoa xử trí khuyết như mổ mở, nội soi ổ bụng, phẫu thuật đường âm đạo, soi buồng tử cung (BTC) ngày càng đa dạng, tùy vào từng người bệnh và điều kiện phẫu thuật từng bệnh viện cũng như trình độ của phẫu thuật viên. Tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội hiện đang ứng dụng 2 phương pháp phẫu thuật trong điều trị khuyết sọ là mổ mở và soi BTC xử trí khuyết sọ cho bệnh nhân. Soi BTC sửa sọ là biện pháp phẫu thuật ít xâm lấn được triển khai ở nhiều nước trên thế giới, có hiệu quả trong điều trị các biến chứng do khuyết sọ mổ lấy thai như rong kinh, rong huyết, vô sinh... Tuy nhiên trong nước chưa có nhiều báo cáo về tình trạng mang thai sau phẫu thuật soi BTC điều trị khuyết sọ trên đối tượng bệnh nhân mong con. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu: “**Tình hình có thai lại ở bệnh nhân mong con sau phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sọ mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội**” với mục tiêu:

Nhận xét tình hình mang thai và kết quả thai kì của bệnh nhân sau phẫu thuật soi BTC sửa khuyết sọ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Là bệnh nhân mong con có khuyết sọ Mổ lấy thai, không tìm được nguyên nhân khác gây vô sinh và đã được mổ nội soi buồng tử cung sửa khuyết sọ Mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: 10/2018 - 10/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân mong con không đi kèm nguyên nhân khác gây vô sinh, bị khuyết sọ mổ lấy thai đã được phẫu thuật soi BTC sửa khuyết sọ Mổ lấy thai tại BV Phụ Sản Hà Nội.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân có nguyện vọng có con, không dùng bất kể biện pháp tránh thai nào.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dùng các biện pháp tránh thai sau phẫu thuật.

- Bệnh nhân không có nguyện vọng mang thai lại.

- Bệnh nhân được ghi nhận các bất thường khác trong quá trình phẫu thuật: polip BTC, u xơ trong BTC...

- Bệnh nhân vô sinh do nguyên nhân khác.

Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang hồi cứu

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, liên tục cho đến khi đủ mẫu lý thuyết.

Thu thập số liệu theo phiếu nghiên cứu.

Phiếu thu thập số liệu được xây dựng dựa trên 2 mục tiêu.

2.2. Cách thức tiến hành

Bước 1: Chuẩn bị

Liên hệ Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội để được thu thập

thông tin bệnh nhân.

Thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Bước 2: Sàng lọc và thu nhận đối tượng nghiên cứu

Bước 3: Tư vấn về nghiên cứu và cho người bệnh ký đồng ý

Nghiên cứu viên tư vấn về mục đích, lợi ích của nghiên cứu, tính bí mật của nghiên cứu, giải thích việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện.

Bước 4: Tiến hành phỏng vấn và thu thập số liệu

Người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Thông tin cần thiết của bệnh nhân được ghi nhận theo mẫu Phiếu nghiên cứu. Mỗi bệnh nhân sẽ được hỏi thông tin trong vòng 2 năm sau phẫu thuật.

Bước 5: Xử lý và phân tích số liệu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập, phân tích bằng phần mềm thống kê

SPSS 16.0.

Vẽ biểu đồ bằng phần mềm SPSS 16.0.

Các phép toán được dùng trong nghiên cứu:

- Biến số định tính: tính tỷ lệ %.

- Biến định lượng: tính trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn, nếu biến không tuân theo quy luật phân phối chuẩn tính trung vị và khoảng tứ vị.

- Đánh giá sự khác biệt giữa các tỷ lệ: X^2 , Paired-sample T test.

2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng và đảm bảo bí mật cho đối tượng nghiên cứu, các thông tin thu thập được mã hóa bằng con số và chỉ dùng cho mục tiêu nghiên cứu.

Người bệnh được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố ĐTNC theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤19	0	0
20 – 29	5	23,8
30 – 39	10	47,6
40 – 49	6	26,6
≥50	0	0
Tổng	21	100%
Tuổi trung bình	35 ±7,05	

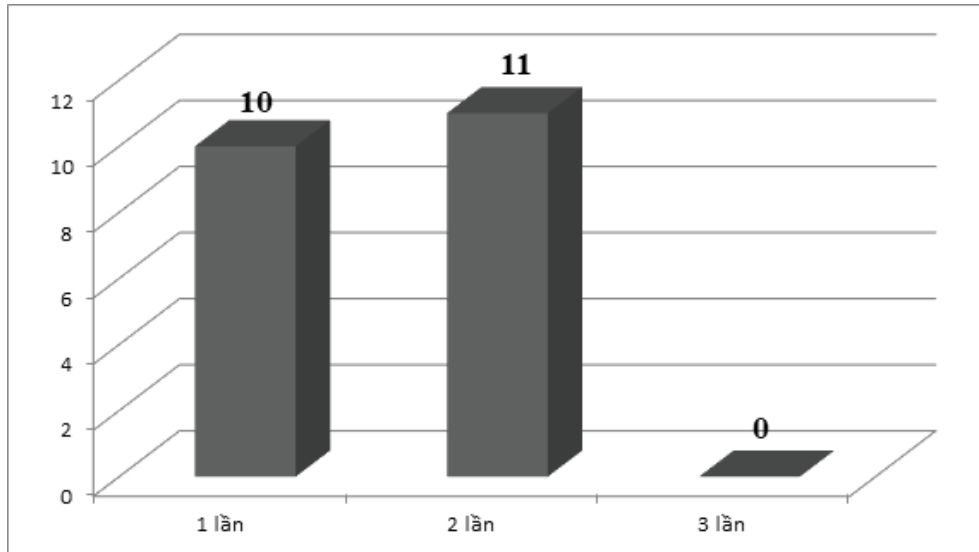
- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $35 \pm 7,05$ tuổi.

- Nhóm tuổi 30 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%)



3.2. Tiền sử mổ lấy thai

Biểu đồ 3.2. Tiền sử mổ lấy thai



Nhận xét:

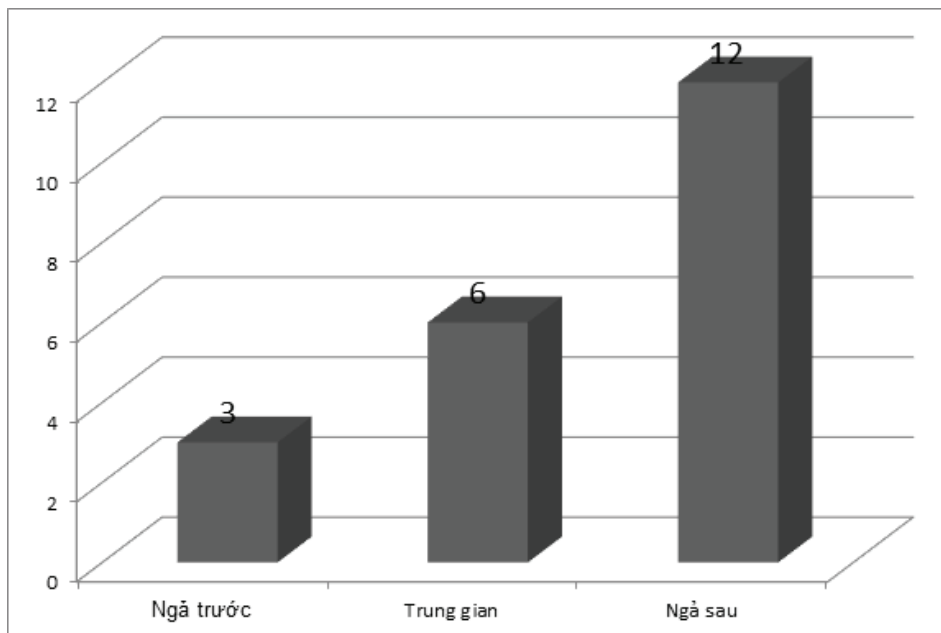
Tỷ lệ mổ lấy thai 2 lần là 32,3%

Đối tượng nghiên cứu có tiền sử mổ đẻ đều dưới 3 lần

3.3. Tư thế tử cung

Tỷ lệ mổ lấy thai 1 lần chiếm 47,6%

Biểu đồ 3.3. Tư thế tử cung



Nhận xét:

Tử cung ngã sau chiếm tỷ lệ lớn 57.1%

Tử cung ngã trước chiếm tỷ lệ thấp nhất 14,2%

3.4. Mức độ khuyết sọ mổ lấy thai

Bảng 3.4. Mức độ khuyết sọ mổ lấy thai

Mức độ khuyết	n	Tỷ lệ (%)
Khuyết nhẹ	18	85.7
Khuyết nặng	3	14.3
Khuyết hoàn toàn	0	0
Tổng	21	100

Nhận xét: Khuyết nhẹ chiếm tỷ lệ 85.7%

3.5. Tình hình mang thai sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Tình hình có thai lại sau phẫu thuật

Kết quả	N	%
Có thai ổn định	13	61.9
Chửa ngoài tử cung	0	0
Không có thai	8	38.1
Tổng	21	100

Nhận xét:

Tỷ lệ có thai ổn định chiếm 61.9%

Không có thai lại sau phẫu thuật chiếm 38.1%

Bảng 3.6. Diễn biến trong thai kỳ

Kết quả	N	%
Ổn định	12	91.7
Đau vết mổ	1	8.3
Vỡ tử cung	0	0
Tổng	13	100

Nhận xét:

Thai kỳ diễn biến ổn định chiếm 91.7%

Có 1 trường hợp đau vết mổ, chiếm 8.3%

Không có trường hợp nào vỡ tử cung trong quá trình mang thai.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi: Nghiên cứu ghi nhận, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 35,5 tuổi, trong đó cao nhất là 45 tuổi, thấp nhất là 23 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất 30 - 39 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của



Raimondo [1] về ra máu bất thường ở các trường hợp có sẹo mổ lấy thai, với độ tuổi trung bình là 39,2 tuổi. Sự khác biệt này có thể do ở các nước châu Âu thường sinh con muộn hơn so với châu Á. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Gubini và cộng sự là 35 tuổi [2].

4.2. Tiền sử mổ lấy thai

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 10 trường hợp mổ lấy thai 1 lần (46,7%), 11 trường hợp mổ lấy thai 2 lần (52,3%) và không có trường hợp mổ lấy thai 3 lần (0%). Tỷ lệ v 2 lần trở lên chiếm tới 52,3%, tuy nhiên không thể kết luận mổ lấy thai nhiều lần gây ra tỷ lệ khuyết sẹo mổ lấy thai cao. Nghiên cứu được tiến hành trên các người bệnh đã có đủ con, không mong con, nên hay gặp các trường hợp mổ lấy thai nhiều lần. Theo nghiên cứu của Gubbini và cộng sự năm 2010 [2] thì mổ lấy thai nhiều lần không phải là điều kiện tuyệt đối của khuyết sẹo.

4.3. Tư thế tử cung

Nghiên cứu này ghi nhận tử cung ngả sau chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,1%, tử cung trung gian là 28,6% và tử cung ngả trước chỉ chiếm tỷ lệ 14,2%. So với các số liệu về tư thế tử cung trên người bình thường, tỷ lệ tử cung ngả trước chiếm từ 60 - 70%, ngả sau 10% thì trong nghiên cứu này tiến hành trên người bệnh khuyết sẹo mổ lấy thai, tỷ lệ tử cung ngả cao hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$). Trong nghiên cứu của Raimondo và cộng sự [1] cũng ghi nhận tỷ lệ tử cung ngả sau hay gặp hơn, lên đến 70%. Theo giả thiết của Wang và cộng sự năm 2009 [3], tử cung gập sau có thể là yếu tố bệnh sinh vì ở tư thế này làm căng mặt trước gây ra hiện tượng kém tưới máu dẫn tới sự liền sẹo không tốt. Nghiên cứu của Hayakawa.H và cộng sự năm 2006 [4], ghi nhận tỷ lệ bất thường sẹo tăng gấp đôi ở những người tử cung gập sau.

4.4. Phân loại khuyết sẹo mổ lấy thai

Florio P và cộng sự phân loại khuyết sẹo mổ lấy thai dựa vào dày cơ tử cung còn lại tại vị trí khuyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết nhẹ có 18 trường hợp, chiếm tỷ lệ 85,7%, khuyết nặng có 3 trường hợp, chiếm tỷ lệ 14,3% . Hiện nay có tác giả đưa ra quan điểm khi dày cơ tử cung tại vị trí khuyết dưới 2,5mm thì không nên phẫu thuật soi buồng tử cung vì nguy cơ vỡ tử cung cho lần có thai sau. Tuy nhiên, một số tác giả khác lại đưa ra quan điểm trên người bệnh đã đủ con, không có nhu cầu sinh thêm con, vẫn phẫu thuật soi buồng tử cung dù bề dày cơ tử cung dưới 50% [5].

4.5. Tình hình mang thai lại sau phẫu thuật

Các bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi trong 1 năm. Kết quả cho thấy khoảng 60% bệnh nhân có thai lại trong 1 năm đầu. Có 12/13 bệnh nhân có thai kỳ ổn định và được mổ lấy thai ở tuổi thai > 38 tuần chiếm 91,7%. Có 1 trường hợp đau vết mổ ở tuần 36 và được mổ lấy thai ở tuần 37 chiếm 8,3%. Không có bệnh nhân vỡ tử cung trong thai kỳ. Trên Y văn thế giới có 13 nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật sửa khuyết sẹo mổ lấy thai giúp phục hồi khả năng sinh sản. Bao gồm 1 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, 6 loạt trường hợp tiền cứu và 6 loạt trường hợp hồi cứu mô tả 234 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật điều trị thoát vị eo và vô sinh thứ phát. Chất lượng phương pháp luận của các nghiên cứu được đưa vào được đánh giá độc lập bởi cả hai nhà tổng quan. Tiếp theo, việc trích xuất dữ liệu được thực hiện độc lập và sau đó được so sánh để đảm bảo không có sự khác biệt. Tổng cộng có 188 bệnh nhân được điều trị bằng nội soi buồng tử cung, 36 bệnh nhân bằng nội soi ổ bụng, 7 bệnh nhân bằng phẫu thuật mổ mở và 3 bệnh nhân phẫu thuật qua đường âm đạo. Tổng cộng 153 trong số 234 bệnh nhân (65,4%) đã mang thai trong tất cả các nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu tương ứng của họ. Tỷ lệ mang thai trong thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng là 21 trên 28 (75%) đối với những người được điều trị bằng soi tử cung so với 9 trên 28 (32%) đối với những người không được điều trị. Trong số các nghiên cứu báo cáo kết quả mang thai, 101 trong số 116 (87,1%) trường hợp mang thai có kết quả sinh con sống [8].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phương pháp phẫu thuật soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai giúp cải thiện khả năng sinh sản cho bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi sửa khuyết sẹo mổ lấy thai không ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gennaro R et al., Hysteroscopic Treatment of Symptomatic Cesarean-induced Isthmoecele: A Prospective Study, The journal of Minimally Invasive Gynecology, Volume 22, Issue2, 2015, page 297-301

- [2] Gubbini G, Centini G, Nascetti D et al., Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: prospective study. *Journal of minimally invasive gynecology*; 18 (2), 2011, 234-237
- [3] Wang C-B, Chiu W-W-C, Lee C-Y et al., Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position; *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*; 34 (1), 2009, 85-89
- [4] Hayakawa H1, Itakura A, Mitsui T et al., Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography; *Obstet Gynecol Scand*; 85(4), 2006, 429
- [5] Pomorski M, Fuchs T, Rosner-Tenerowicz A et al., Sonographic evaluation of surgical repair of uterine cesarean scar defects ; *J Clin Ultrasound*; 45(08), 2017, 455-460
- [6] Harjee R, Khinda J, Bedaiwy MA, Reproductive Outcomes Following Surgical Management for Isthmoceles: A Systematic Review; *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Jul; 28(7):1291-1302. e2. doi: 10.1016/j.jmig.2021.03.012. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33839308.



KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSES ABOUT PATIENT SAFETY IN VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL HANOI IN 2023

Hoang Thi Theu^{1*}, Nguyen Ngoc Quy¹, Tran Thi Thanh An¹, Nguyen Thi My Xuan¹,
Nguyen Thi Kim Chi¹, Tran Nhu Nguyen²

¹Vinmec Times city Hospital - 458 Minh Khai, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

²Thang Long University - Nghiem Xuan Yem, Dai Kim, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Introduction: The most important principle of medical practice is “First Do No Harm to patient”. Multinational research evidence has confirmed that patients are suffering a lot of damage due to professional errors and medical incidents. Although these errors and incidents no one wants and no one accepts, they still happen every day[1].

Objective: Describe the knowledge and practice of nurses on patient safety at Vinmec Times City Hanoi International General Hospital in 2023.

Methods: Cross-sectional descriptive study design, sample size 264. Random random sampling. Ensure research ethics.

The results and conclusion: The percentage of nurses with general knowledge about patient safety was high (88.6%). Nurses have the most knowledge about basic knowledge about ensuring patient safety (98.5%), basic knowledge about medical incidents (92.6%), and classifying and reporting medical incidents (92.4%) and prevention of medical incidents (92.0%). The rate of not achieving general knowledge about patient safety is 11.4%. The highest level of patient care information exchange has the highest practice rate (98.1%). The lowest rate is incorrect prevention content. The rate of nurses correctly practicing patient safety content is also high (81.4%). The highest level of patient care information exchange has the highest practice rate (98.1%). The lowest content is preventing errors when implementing medication orders (61%). The rate of unsatisfactory practice nurses still accounts for a significant proportion (18.6%).

Keywords: Patient safety, Vinmec Times City International General Hospital.

*Corresponding author

Email address: theuht15692@gmail.com

Phone number: (+84) 369 927 189

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH AN TOÀN NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY HÀ NỘI NĂM 2023

Hoàng Thị Thêu^{1*}, Nguyễn Ngọc Quý¹, Trần Thị Thanh An¹, Nguyễn Thị Mỹ Xuân¹,
Nguyễn Thị Kim Chi¹, Trần Như Nguyễn²

¹Bệnh Viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city - 458 Minh Khai, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Thăng Long - Đường Nghiêm Xuân Yêm, Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguyên tắc quan trọng nhất của thực hành y khoa là “Điều đầu tiên không gây tổn hại cho người bệnh - First Do No Harm to patient”. Bằng chứng nghiên cứu đa quốc gia đã khẳng định người bệnh đang phải gánh chịu nhiều thiệt hại do sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. Mặc dù những sai sót và sự cố này không ai muốn và không ai chấp nhận nhưng nó vẫn xảy ra hàng ngày [1].

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành của điều dưỡng viên về an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City Hà Nội năm 2023.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu 264. Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Đảm bảo về đạo đức nghiên cứu.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức chung về an toàn người bệnh đạt chiếm tỷ lệ cao (88.6%). Điều dưỡng có kiến thức nhất với nội dung về kiến thức cơ bản về bảo đảm an toàn người bệnh (98.5%), kiến thức cơ bản về sự cố y khoa (92.8%), phân loại, báo cáo các sự cố y khoa (92.4%) và phòng chống các sự cố y khoa (92.0%). Tỷ lệ không đạt kiến thức chung về an toàn người bệnh còn chiếm 1 tỷ lệ là 11.4%. Cao nhất là nội dung trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh có tỷ lệ thực hành đạt cao nhất (98.1%). Thấp nhất là nội dung phòng ngừa sai Tỷ lệ ĐD thực hành đúng các nội dung an toàn người bệnh cũng đạt tỷ lệ cao (81.4%). Cao nhất là nội dung trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh có tỷ lệ thực hành đạt cao nhất (98.1%). Thấp nhất là nội dung phòng ngừa sai sót khi thực hiện y lệnh về thuốc (61%). Tỷ lệ ĐD thực hành chưa đạt còn chiếm tỷ lệ đáng kể (18.6%).

Từ khóa: An toàn người bệnh, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city.

*Tác giả liên hệ

Email: theuht15692@gmail.com

Điện thoại: (+84) 369 927 189

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên tắc quan trọng nhất của thực hành y khoa là “Điều đầu tiên không gây tổn hại cho người bệnh - First Do No Harm to patient” đang là điều trăn trở đối với người hành nghề khám chữa bệnh và đã có những vấn đề y tế gây tâm lý bất an cho cả người sử dụng và người cung cấp dịch vụ y tế. Bằng chứng nghiên cứu đa quốc gia đã khẳng định người bệnh đang phải gánh chịu nhiều thiệt hại do sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. Mặc dù những sai sót và sự cố này không ai muốn và không ai chấp nhận nhưng nó vẫn xảy ra hàng ngày [5].

Theo một số nghiên cứu gần đây, 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc từ các yếu tố của hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề. Trong thực tế sự cố y khoa hiện nay đã trở thành vấn đề y tế công cộng, không thể thành công nếu chỉ trông chờ vào sự khắc phục của các cá nhân người hành nghề mà toàn bộ hệ thống y tế, tất cả các nghề trong lĩnh vực y tế cần vào cuộc. Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec hướng đến mục tiêu đạt tiêu chuẩn quốc tế về quản lý chất lượng và an toàn cho bệnh nhân. Vậy, sự an toàn người bệnh được thể hiện ở kiến thức và thực hành của Điều dưỡng như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến vấn đề này? Để trả lời câu hỏi nghiên cứu trên chúng tôi tiến hành đề tài: “Kiến thức và thực hành của điều dưỡng viên về an toàn người bệnh tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City Hà Nội năm 2023” với mục tiêu: *Mô tả kiến thức và thực hành của điều dưỡng viên về an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City Hà Nội năm 2023.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là điều dưỡng viên hiện đang làm việc tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City Hà Nội

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023, trong đó thời gian thu thập số liệu từ tháng 5/2023 - 8/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

+ Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể [2].

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

Trong đó:

+ : cỡ mẫu nghiên cứu

+ α : độ tin cậy tương ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng là 1,96.

+ $p = 0,22$. Là tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức không đạt về an toàn người bệnh [3].

+ $\Delta = 0.05$ Sai số tuyệt đối

Tính được: $n = 264$ đối tượng

+ Chọn mẫu: ngẫu nhiên phân tầng tỷ lệ theo các khoa trong bệnh viện

2.5. Xử lý, phân tích số liệu

- Số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm nhập liệu Epidata 3.1

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 với các test thống kê mô tả

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Thực hiện theo đúng quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức về an toàn người bệnh của điều dưỡng viên

Bảng 3.1. Kiến thức về sự cố y khoa của Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city năm 2023

Nội dung	Kiến thức			
	Đạt		Không đạt	
	SL	%	SL	%
Khái niệm sự cố y khoa	258	97.7	6	2.3
Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố	231	87.5	33	12.5
Khái niệm về nguyên nhân gốc	167	63.3	97	36.7
Khái niệm về an toàn người bệnh	243	92	21	8
Danh mục sự cố y khoa báo cáo	159	60.2	105	39.8
Hậu quả của sự cố y khoa	202	76.5	62	23.5
Đối tượng nguy cơ gây sai sót y khoa	231	87.5	33	12.5
Chung	245	92.8	19	7.2

Nhận xét: 245 ĐD (92.8%) có kiến thức cơ bản về sự cố y khoa ở mức đạt. Trong đó, khái niệm về sự cố y khoa và khái niệm về an toàn người bệnh có tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất là 97.7% và 92%. Tỷ lệ đạt thấp nhất là kiến thức về danh mục sự cố y khoa cần báo cáo với tỷ lệ là 60.2%.

Bảng 3.2. Kiến thức về phòng chống sự cố y khoa của điều dưỡng viên

Nội dung	Kiến thức			
	Đạt		Không đạt	
	SL	%	SL	%
Giải pháp hạn chế sự cố y khoa	217	82.2	47	17.8
Nguyên tắc phòng ngừa sự cố y khoa	237	89.8	27	10.2
Trình tự báo cáo sự cố y khoa	251	95.1	13	4.9
Phương pháp xử lý sự cố y khoa	201	76.1	63	23.9
Xác định chính xác người bệnh	261	98.9	3	1.1
Trách nhiệm thực hiện của nhân viên y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để phòng ngừa sự cố y khoa	226	85.6	38	14.4
Chung	243	92	21	8

Nhận xét: Kiến thức về phòng chống sự cố y khoa của ĐD Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times city có tỷ lệ đạt cao (92%). Kiến thức xác định chính xác người bệnh có tỷ lệ đạt cao nhất (98.9%), nội dung có tỷ lệ kiến thức đạt thấp nhất là phương pháp xử lý sự cố y khoa (76.1%).



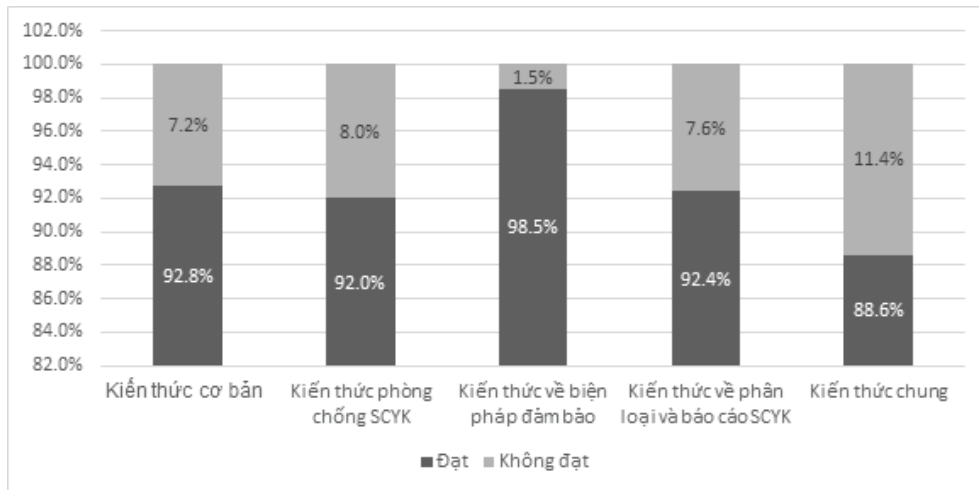
Bảng 3.3. Kiến thức về biện pháp đảm bảo an toàn người bệnh

Nội dung	Kiến thức			
	Đạt		Không đạt	
	SL	%	SL	%
Sự cố y khoa trong sử dụng thuốc	247	93.6	17	6.4
Giai đoạn áp dụng băng kiểm an toàn phẫu thuật	25	9.5	238	90.5
Sử dụng băng kiểm phẫu thuật	252	95.5	12	4.5
Yếu tố tác động đến người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện	143	54.2	121	45.8
Nguyên nhân làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm	149	56.4	115	43.6
Thời gian nhiễm khuẩn bệnh viện sau nhập viện	106	40.2	158	59.8
Biện pháp để giảm té ngã cho người bệnh	255	96.6	9	3.4
Chung	260	98.5	4	1.5

Nhận xét: Kiến thức đạt về đảm bảo an toàn người bệnh chiếm tỷ lệ cao với 98.5%. Nội dung kiến thức có tỷ lệ đạt cao nhất là kiến thức về biện pháp để giảm té ngã cho người bệnh (96.6%). Nội dung kiến thức về

thời gian nhiễm khuẩn bệnh viện sau nhập viện và giai đoạn áp dụng băng kiểm trong an toàn phẫu thuật là hai nội dung có tỷ lệ kiến thức đạt thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 40.2% và 9.5%.

Biểu đồ 3.1. Kiến thức về an toàn người bệnh của Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec năm 2023



Nhận xét: Điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec năm 2023 có kiến thức đạt về an toàn người bệnh với tỷ lệ cao (88,6%). Kiến thức về các biện pháp đảm bảo an toàn người bệnh có tỷ lệ đạt cao nhất

(98.5%), thấp nhất là tỷ lệ đạt về kiến thức phòng chống các sự cố y khoa (92%).

3.2. Thực hành của điều dưỡng về an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec 2023

Bảng 3.4. Thực hành các giải pháp về an toàn người bệnh của điều dưỡng

Nội dung	Thực hành			
	Đạt		Không đạt	
	SL	%	SL	%
Xác định chính xác người bệnh	241	91.3	23	8.7
Trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh	259	98.1	5	1.9
Tuân thủ quy định kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	216	81.8	48	18.2
Phòng ngừa sai sót, sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật (n=206)	200	97.1	6	2.9
Giảm nguy cơ té ngã và An toàn cháy nổ trong bệnh viện	209	79.2	55	20.8
Phòng ngừa sai sót khi thực hiện y lệnh về thuốc	161	61	103	39

Nhận xét: Thực hành các giải pháp về an toàn người bệnh của Điều dưỡng BVĐK Quốc tế Vinmec năm 2023, nội dung trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh có tỷ lệ thực hành đạt cao nhất (98.1%), nội dung phòng ngừa sai sót khi thực hiện y lệnh về thuốc là nội dung có tỷ lệ thực hành đạt thấp nhất với tỷ lệ là 61%.

Bảng 3.5. Mức độ thường xuyên thực hiện đúng giải pháp an toàn người bệnh của Điều dưỡng

Nội dung	Mức độ thường xuyên			
	Thường xuyên		Không	
	SL	%	SL	%
Xác định đúng người bệnh (SL=241)	240	99.6	1	0.4
Trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh (SL=259)	257	99.2	2	0.8
Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện (SL=216)	210	97.2	6	2.8
Phòng ngừa sai sót, sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật (SL=200)	190	95	10	5
Giảm nguy cơ té ngã và cháy nổ (SL=209)	196	93.8	13	6.2
Phòng ngừa sai sót khi thực hiện y lệnh về thuốc (SL=161)	150	93.2	11	6.8

Nhận xét: Mức độ thường xuyên thực hành đúng các giải pháp an toàn người bệnh của Điều dưỡng BVĐK Quốc tế Vinmec, hầu hết các nội dung thực hành đúng đều được thực hiện một cách thường xuyên với tỷ lệ trên 90%. Nội dung thực hành về xác định đúng thông tin người bệnh được thực hiện thường xuyên nhất với tỷ lệ 99.6%.



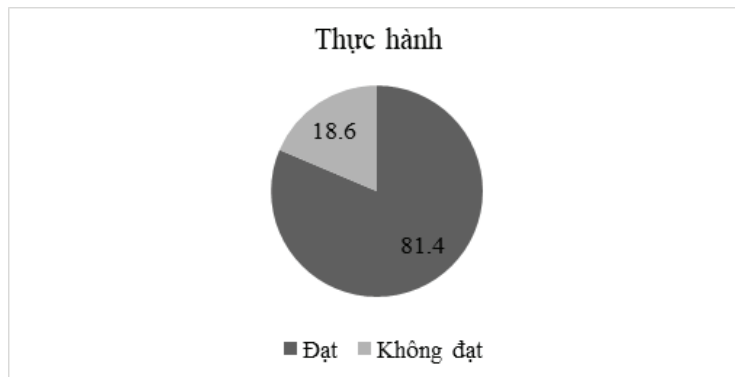
Bảng 3.6. Mức độ thường xuyên thực hành về sử dụng các phương tiện phòng hộ và quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của Điều dưỡng

Nội dung	Thực hành			
	Thường xuyên		Không	
	SL	%	SL	%
Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật rửa tay	172	65.2	92	34.8
Thực hiện xử lý vật sắc nhọn đúng quy trình	180	68.2	84	31.8
Mang mặc phương tiện bảo hộ đúng cách	190	72	74	28
Thực hành đeo găng tay	176	66.7	88	33.3
Thực hành đeo khẩu trang	147	55.7	117	44.3
Thực hành khi tiếp xúc với chất thải của NB	125	47.3	139	52.7
Thực hành vệ sinh bề mặt, vật dụng	220	83.3	44	16.7

Nhận xét: Mức độ thường xuyên thực hiện các biện pháp về kiểm soát nhiễm khuẩn của Điều dưỡng BVĐK Quốc tế Vinmec. Trong đó, nội dung thực hành vệ sinh bề mặt, vật dụng được thực hiện đúng ở mức độ thường

xuyên cao nhất (83.3%), nội dung thực hiện thường xuyên thấp nhất là thực hành đeo khẩu trang (55.7%) và thực hành khi tiếp xúc với chất thải của người bệnh (47.3%).

Biểu đồ 3.2. Thực hành chung nội dung an toàn người bệnh của Điều dưỡng



Nhận xét: Tỷ lệ ĐD thực hành đúng các nội dung an toàn người bệnh chiếm 81.4%, tỷ lệ ĐD thực hành chưa đạt các nội dung về an toàn người bệnh chiếm 18.6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu có 264 đối tượng là NVYT hiện đang làm việc tại Bệnh viện, trong đó tỷ lệ nam là 15,2% và nữ là 84,8%. Đa số đã có gia đình (63,6%) và độc thân là 34,5%, ly hôn là 1,9%. Khi xét đến bằng cấp chuyên môn, tỷ lệ điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec

Times City chiếm phần lớn là điều dưỡng đại học và sau đại học (68.9%), trong khi chỉ có 30.7% là trình độ cao đẳng và 0.4% là trung cấp. Có thể thấy được rằng trình độ chuyên môn của Điều dưỡng làm việc tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City khá cao và tương đồng.

4.2. Kiến thức về an toàn người bệnh của điều dưỡng viên

Khi chúng tôi thực hiện nghiên cứu kiến thức về hậu quả của sự cố y khoa gây ảnh hưởng tới người bệnh, nhân viên y tế, gia đình và xã hội, kết quả cho thấy đa số (76.5%) nhân viên y tế đều biết hậu quả của sự

cổ y khoa. Bên cạnh đó, các kiến thức về khái niệm an toàn người bệnh, sự cố y khoa, các tình huống và đối tượng có nguy cơ gây sự cố y khoa đều được trả lời đúng từ 87-97%. Nghiên cứu cũng cho thấy 76.1% đối tượng biết về cách xử lý khi có sự cố y khoa, kết quả này tương đồng so với nghiên cứu ở Saudia Arabia khi cho biết có 73,8% sinh viên y khoa có kiến thức tốt về điều này [7].

4.3. Thực hành về an toàn người bệnh của điều dưỡng viên

Khi nghiên cứu về thực hành 6 giải pháp trong đảm bảo an toàn người bệnh trong hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [1], [8] cho thấy, tỷ lệ thực hành đạt chung chiếm tỷ lệ tương đối tốt với 81.4%. Trong đó, việc cải tiến thông tin chăm sóc trong bàn giao thông tin giữa các nhân viên y tế có tỷ lệ đạt khá cao với 98,1%, phòng ngừa sai sót, sự cố trong phẫu thuật, thủ thuật cũng có tỷ lệ thực hành đạt cao (97.1%), thực hành xác định chính xác danh tính người bệnh cũng có tỷ lệ đạt cao trên 90%. Khi xét mức độ thực hiện đúng các giải pháp trong số các đối tượng thực hành đúng, kết quả cho thấy có trên 90% ĐD thường xuyên thực hành đúng giải pháp phòng ngừa sự cố trong sử dụng thuốc (93.2%) và phòng ngừa sự cố té ngã/cháy nổ trong bệnh viện (93.8%). Như vậy, có thể thấy, trong nhóm thực hành tốt thì mức độ thường xuyên thực hiện đúng rất cao. Mặt khác, nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ nhân viên y tế có thực hành đạt về giải pháp kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện khá cao với 97.2%. Trong thực tế, kiểm soát nhiễm khuẩn là vấn đề quan trọng, 03 điều tra cắt ngang của Bộ Y tế cho kết quả rằng: Điều tra năm 2001 với 3596 bệnh nhân NKBV chiếm tỷ lệ 6,8%. Điều tra năm 2003 với 2671 bệnh nhân chiếm tỉ lệ NKBV là 5,9%. Điều tra năm 2005 với 9345 bệnh nhân chiếm tỉ lệ NKBV là 5,9% [4].

5. KẾT LUẬN

+ Về kiến thức: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức chung về an toàn người bệnh đạt chiếm tỷ lệ cao (88.6%). Điều dưỡng có kiến thức đạt cao nhất với nội dung về kiến thức cơ bản về bảo đảm an toàn người bệnh (98.5%), kiến thức cơ bản về sự cố y khoa (92.8%), phân loại, báo cáo các sự cố y khoa (92.4%) và phòng chống các sự cố y khoa (92.0%). Tỷ lệ không đạt kiến thức chung về an toàn người bệnh còn chiếm 1 tỷ lệ đáng kể là 11.4%.

+ Về thực hành: Tỷ lệ cao nhất là nội dung trao đổi thông tin chăm sóc người bệnh (98.1%). Tỷ lệ thực hành đúng các nội dung an toàn người bệnh cũng khá cao (81.4%). Tỷ lệ ĐD thực hành chưa đạt còn chiếm

tỷ lệ đáng kể (18.6%).

KHUYẾN NGHỊ

Về phía ban lãnh đạo bệnh viện: Tiếp tục tổ chức các lớp tập huấn, nâng cao năng lực cho điều dưỡng về an toàn người bệnh. Tăng cường kiểm tra giám sát Điều dưỡng trong thực hành an toàn người bệnh.

Về phía Điều dưỡng viên: Tham gia đầy đủ các lớp tập huấn, nâng cao năng lực về an toàn người bệnh được Bệnh viện tổ chức. Chủ động áp dụng các kiến thức an toàn người bệnh vào thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, 2014.
- [2] Trường Đại học Y Hà Nội, Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng, Khoa Y tế công cộng (Sách dành cho học viên sau đại học), Nhà xuất bản Y học, 2006.
- [3] Nguyễn Xuân Thiêm, Kiến thức và thực hành về an toàn người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2016 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [4] Cục Quản lý khám chữa bệnh, Vai trò của kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trong nâng cao chất lượng điều trị; truy cập tại trang web <http://bvbinhthanh.org.vn/bai-viet/giao-duc-suc-khoe/thong-tin-tuyen-truyen/vai-tro-KSNK>, 2015
- [5] Trần Thị Thúy Bình, Kiến thức và thực hành an toàn người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 105 năm 2021, Luận văn thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long, 2021.
- [6] Nguyễn Thị Phương Định, Nhận thức của điều dưỡng về an toàn người bệnh tại Bệnh viện Xanh Pôn năm 2020, Tạp chí Y học Cộng đồng, Tập 62, số 1, 2021, tr: 113-119.
- [7] Hamdi A, Hani A-S, Kamal E-H et al., Knowledge and Attitude Towards Patient Safety Among a Group of Undergraduate Medical Students in Saudi Arabia, Int J Health Sci, 5(1), 2011, tr. 59-67.
- [8] WHO, Patient Safety curriculum guide, Multi-professional Edition 2011, 2011



EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATHOGENIC BACTERIA ON CULTURED SPECIMENS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Nguyen Thi Huyen*, Le Thi Huong Lan, Tran Thi Kim Hanh, Ngo Thi Van Anh, Nguyen Thi Trang

Thai Nguyen National Hospital - 479 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 24/10/2023; Accepted: 13/11/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe the epidemiological characteristics of pathogenic bacteria on cultured specimens at Thai Nguyen National Hospital in 2023.

Method: A cross-sectional descriptive study of 12,100 specimens isolated from patients examined and treated at the hospital.

Results: The positive rate was 15.2% of the specimens, of which the highest was the sample taken from sputum, catheter with 19.6%, the lowest was urine 10%. Common pathogenic bacteria: Escherichia coli 23.1%; Staphylococcus aureus 22.2%; Klebsiella pneumoniae 19.9%. Pseudomonas aeruginosa 11.1%, Streptococcus pneumoniae 11%. Respiratory specimens had a high rate of Klebsiella pneumoniae 9.1%, Staphylococcus aureus 8.6%, and Streptococcus pneumoniae 7.3%. Blood specimens had the highest rate of Streptococcus pneumoniae with 2%. Blood, surgical fluid specimens had the highest rate of Klebsiella pneumoniae with 7.1%; urinary tract specimens had the highest rate of Klebsiella pneumoniae with 4.8%.

Conclusions: The leading cause of infection in patients was Escherichia coli; Staphylococcus aureus; Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pneumoniae.

Keywords: Bacteria, cultured specimens, hospital.

*Corresponding author

Email address: dr.huyenguyen711@gmail.com

Phone number: (+84) 978 066 290

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VI KHUẨN GÂY BỆNH TRÊN BỆNH PHẨM NUÔI CẤY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Huyền*, Lê Thị Hương Lan, Trần Thị Kim Hạnh, Ngô Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Trang

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - 479 Lương Ngọc Quyến, Phan Đình Phùng, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học vi khuẩn gây bệnh trên bệnh phẩm nuôi cấy tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 12.100 mẫu bệnh phẩm được phân lập từ bệnh nhân khám, điều trị tại bệnh viện.

Kết quả: Tỷ lệ dương tính 15,2% số bệnh phẩm, trong đó cao nhất là mẫu lấy từ đờm, catheter với 19,6%, thấp nhất là nước tiểu 10%. Các loại vi khuẩn gây bệnh phổ biến: *Escherichia coli* 23,1%; *Staphylococcus aureus* 22,2%; *Klebsiella pneumoniae* 19,9%. *Pseudomonas aeruginosa* 11,1%, *Streptococcus pneumoniae* 11%. Bệnh phẩm đường hô hấp có tỷ lệ cao các loại vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* 9,1%, *Staphylococcus aureus* 8,6%, và *Streptococcus pneumoniae* 7,3%. Bệnh phẩm máu tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae* với 2%. Bệnh phẩm là máu, dịch vết mổ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* với 7,1%; bệnh phẩm từ đường tiết niệu cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* với 4,8%.

Kết luận: Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn ở người bệnh hàng đầu là các loại vi khuẩn *Escherichia coli*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*.

Từ khóa: Vi khuẩn, bệnh phẩm nuôi cấy, bệnh viện.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.huyenguyen711@gmail.com

Điện thoại: (+84) 978 066 290

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh là vấn đề thời sự của nền Y học hiện đại, mang tính toàn cầu, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Năm 2013, Tổ chức Y tế Thế giới đã công bố 18 mối nguy cơ kháng sinh hàng đầu tại Hoa Kỳ đó là *Pseudomonas aeruginosa* kháng carbapenem, các chủng vi khuẩn đường ruột sinh beta lactamase phổ rộng và sinh carbapenemase,... Ở Việt Nam, gánh nặng của các bệnh nhiễm khuẩn cùng với việc gia tăng tình trạng đề kháng kháng sinh vẫn đang là vấn đề nan giải của cả hệ thống y tế. Hiện nay, các kháng sinh thế hệ mới đắt tiền, thậm chí cả một số thuốc nhóm “lựa chọn cuối cùng” cũng đang mất dần hiệu lực. Vấn đề này tác động đến đối tượng, mọi lứa tuổi và mọi quốc gia, làm tăng chi phí điều trị cũng như tăng nguy cơ tử vong.

Hiện nay, đa số các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp như viêm phổi, lao,... ngày càng khó điều trị do các kháng sinh điều trị ngày càng ít hiệu quả với các tác nhân nhiễm khuẩn này. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014 được tổng hợp từ 114 quốc gia trên khắp các khu vực cho thấy: Tỷ lệ tử vong do các bệnh nhiễm khuẩn cao hơn so với tỷ lệ tử vong do ung thư, giết chết khoảng 10 triệu người mỗi năm, tiêu tốn hàng trăm triệu USD cho điều trị. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh nhiễm khuẩn là 2 triệu người mỗi năm và số tử vong là khoảng 23000 người, Thái Lan tỷ lệ tử vong 38. 000 người/ năm và con số này tại Châu Âu là 25 000 người.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng như nhiều bệnh viện khác tại Việt Nam phải đối mặt với vấn đề quá tải bệnh viện, nhiễm khuẩn bệnh viện và kháng kháng sinh. Là một bệnh viện tuyến Trung ương đóng trên địa bàn tỉnh có nhiều ca nhiễm khuẩn ở một số khoa như Hồi sức tích cực - chống độc, Nhi cấp cứu - sơ sinh,... Hơn nữa, các tác nhân vi khuẩn gây bệnh trong các bệnh phẩm cũng như tính đề kháng kháng sinh cũng thay đổi theo từng năm. Xuất phát từ những vấn đề thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm dịch tễ học vi khuẩn gây bệnh trên bệnh phẩm nuôi cấy tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh phẩm được chỉ định nuôi cấy Vi sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2023- 10/2023.

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

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu: dùng mẫu thu thập số liệu ghi nhận thông tin những mẫu bệnh phẩm có kết quả nuôi cấy vi sinh dương tính.

2.4. Tiêu chuẩn lấy mẫu bệnh phẩm

2.4.1. Cách lấy bệnh phẩm máu

- Tốt nhất nên cho chỉ định cấy máu trước khi sử dụng kháng sinh hay khi bệnh nhân đang sốt.

- Thể tích máu: 8 - 10 ml (tối thiểu 5 ml đối với trẻ em và 10 ml đối với người lớn).

- Theo dõi chai cấy máu: Chai cấy máu cho vào máy cấy máu tự động. nếu máy báo dương thì sẽ tiến hành nhuộm Gram, báo cho lâm sàng và nuôi cấy trên môi trường thích hợp. Chai máu âm tính thì phải theo dõi sau 5 đến 7 ngày mới trả cho lâm sàng.

2.4.2. Cách lấy bệnh phẩm đường hô hấp

- Bệnh phẩm đường hô hấp nên lấy trong lọ vô trùng có nắp đậy và đưa lên phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.

- Các bệnh phẩm đường hô hấp dưới bao gồm: Đàm, dịch hút khí quản, dịch rửa phế quản, dịch, dịch màng phổi.

- Thời điểm lấy mẫu: Tốt nhất khi bệnh nhân chưa sử dụng KS.

- Bệnh phẩm được lấy trong các lọ vô trùng có nắp đậy.

- Lấy bệnh phẩm trước khi bệnh nhân ăn uống và đánh răng, cho bệnh nhân súc miệng bằng nước sạch trước khi lấy mẫu.

- Điều dưỡng hướng dẫn bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp 3 thì khi lấy đàm: hít vào sâu và thở nhẹ, hít vào sâu và thở vừa, hít vào sâu và khạc đàm.

- Bệnh phẩm nên được đưa lên phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.

2.4.3. Cách lấy bệnh phẩm đường tiết niệu

- Thời điểm lấy mẫu: Trước khi sử dụng KS.

- Có 3 cách thức lấy mẫu đường tiết niệu: nước tiểu giữa dòng, nước tiểu qua ống sonde và chọc bàng quang qua xương mu. Trong đó, cách lấy chọc qua xương mu là đáng tin cậy nhất nhưng lại gây đau cho bệnh nhân.

- Bệnh phẩm đựng trong lọ vô trùng có nắp đậy.

2.4.4. Cách lấy bệnh phẩm dịch vết mổ

- Thời điểm lấy mẫu: trước khi sử dụng KS.
- Đối với ổ abcess kín: sát khuẩn vùng da lấy mẫu bằng cồn 70° để khô, chọc hút dịch trong ổ abcess bằng bơm tiêm vô trùng. Bơm mù vào lọ vô trùng có nắp đậy và chuyển lên phòng xét nghiệm. Nếu cần tìm các tác nhân kỵ khí thì đem cả bơm tiêm lên phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt để tiến hành nuôi cấy ngay.

- Đối với vết mổ hở hoặc abcess đã vỡ: hút bằng bơm tiêm vô trùng hoặc lấy bằng tăm bông vô trùng. Có thể dùng nước muối sinh lý làm ẩm và loại bỏ mô hoại tử xung quanh và dùng tăm bông vô trùng ngoáy sâu vùng tổn thương hoặc nơi có mù. Đậy nắp tăm bông và đưa lên phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố mẫu nghiên cứu theo nhóm tuổi, giới tính

	Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 15	3.200	26,44
	15 – 40	2.700	22,3
	41 – 60	2.300	19,0
	1 >60	3.900	32,2
Giới	Nam	6.700	55,4
	Nữ	5.400	44,6
Khoa	TT nhi khoa	3.200	26,4
	HSTC	1.500	12,4
	Cấp cứu	2.200	18,2
	Hệ nội	2.700	22,3
	Hệ ngoại	2.500	20,7
TỔNG		12.100	100%

Kết quả cho thấy các nhóm tuổi và giới trong nghiên cứu, kết quả cấy khuẩn ở nhóm tuổi < 15 tuổi có 3.200 chiếm 26,44 %, 15 tuổi – 40 tuổi có 2.700 chiếm 22,3%,

41 tuổi đến 60 tuổi chiếm 19,0%, trên 60 tuổi có 3.900 chiếm 32,2 % và tỉ lệ phân bố ở giới nam có 6.700 mẫu chiếm 55,4%, nữ giới có 5.400 chiếm 44,6%.

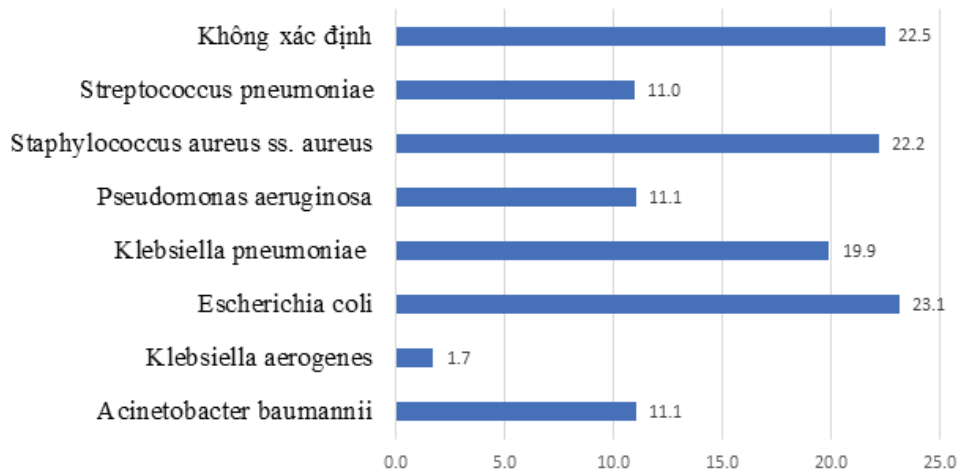
Bảng 2. Tỷ lệ dương tính theo loại bệnh phẩm

Bệnh phẩm	Âm tính		Dương tính		Tổng
	n	%	n	%	
Đờm, catheter	1.810	80,4	440	19,6	2.250
Máu	4.335	85,0	765	15,0	5.100
Mủ	885	84,3	165	15,7	1.050
Nước tiểu	1.350	90,0	150	10,0	1.500
Dịch tỵ hầu	1.880	85,5	320	14,5	2.200
Tổng	10.260	84,8	1840	15,2	12.100



Tỷ lệ dương tính theo loại bệnh phẩm đờm, catheter là 19,6%, máu là 15,0%, mủ là 15,7%, nước tiểu là 10%, dịch tỵ hầu là 14,5%.

Biểu đồ 1. Các loại vi khuẩn phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm



Trong 1.502 mẫu phân lập dương tính vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* có 166 chiếm 11,1 %, *Klebsiella aerogenes* có 26 chiếm 1,7%, *Escherichia coli* có 347 chiếm 23,1%, *Klebsiella pneumoniae* có 299 chiếm 19,9%, *Pseudomonas aeruginosa* 166 chiếm 11,1%, *Staphylococcus aureus* có 333 chiếm 22,2% và *Streptococcus pneumoniae* có 165 chiếm 11%.

Bảng 3. Các loại vi khuẩn theo các nhóm bệnh phẩm

Loại nhiễm khuẩn Vi khuẩn phân lập được	Hô hấp (n=2.250)		NK huyết (N=5.100)		Vết mổ (n=1.050)		Tiết niệu (n=1.500)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	95	4,2	21	0,4	21	2,0	29	1,9	<0,05
<i>Escherichia coli</i>	112	5,0	15	0,3	11	1,0	21	1,4	<0,05
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	205	9,1	88	1,7	75	7,1	72	4,8	<0,05
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	98	4,4	55	1,1	17	1,6	22	1,5	<0,05
<i>Staphylococcus aureus</i>	194	8,6	57	1,1	5	0,5	6	0,4	<0,05
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	165	7,3	103	2,0	36	3,4	0	0,0	<0,05

Kết quả cho thấy trong 2.250 mẫu bệnh phẩm hô hấp nuôi cấy thì *Acinetobacter baumannii* có 95 mẫu chiếm 4,2%, *Escherichia coli* có 112 mẫu chiếm 5,0 %, *Klebsiella pneumoniae* có 205 mẫu chiếm 9,1%, *Pseudomonas aeruginosa* có 98 mẫu chiếm 4,4%, *Staphylococcus aureus* có 194 mẫu chiếm 8,6%, *Streptococcus pneumoniae* có 165 mẫu chiếm 7,3%.

4. BÀN LUẬN

Về phân bố các nhóm tuổi và giới trong nghiên cứu, kết quả cấy khuẩn ở nhóm tuổi < 15 tuổi có 3.200 chiếm 26,44 %, 15 tuổi – 40 tuổi có 2.700 chiếm 22,3%, 41 tuổi đến 60 tuổi chiếm 19,0%, trên 60 tuổi có 3.900 chiếm 32,2 % và tỉ lệ phân bố ở giới nam có 6.700 mẫu chiếm 55,4%, nữ giới có 5.400 chiếm 44,6%. Tỉ lệ nuôi

cây ở các nhóm tuổi có sự khác nhau trong đó đặc biệt tăng ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân dưới 15 tuổi và giới nam nhiều hơn giới nữ. Theo chúng tôi ở hai nhóm tuổi này thường có sức đề kháng và hệ miễn dịch kém hơn nên khả năng nhiễm bệnh nhập viện cũng cao hơn nhóm tuổi còn lại.

Phân bố theo khoa: Nhi khoa có 3.200 mẫu chiếm 26,4%, khoa Hồi sức tích cực có 1.500 mẫu chiếm 12,4%, khoa Cấp cứu có 2.200 mẫu chiếm 18,2%, Hệ nội có 2.700 mẫu chiếm 22,3%, hệ Ngoại có 2.500 mẫu chiếm 20,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu nghiên cứu của Nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Nghi tại bệnh viện Ninh Thuận về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gram dương thường gặp có các chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus* là: Ngoại Tổng Hợp 03 (3,4%), Nội Tổng Hợp 11 (12,6%), Ngoại Chấn Thương 23 (26,4%), Gây Mê Hồi Sức 05 (5,7%), Nội Thận Tiết Niệu 05 (5,7%), Nội Thần Kinh 03 (3,4%), Truyền Nhiễm 02 (2,3%), Khám bệnh chữa bệnh theo Yêu Cầu 02 (2,3%), Hồi Sức Tích Cực Chống Độc 13 (14,9%), Phụ Sản 03 (3,4%), Ngoại Thần Kinh 08 (9,2%), Nội Tim Mạch 05 (5,7%), Nhi 04 (4,6%); số lượng các khoa có các chủng vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae* là: Nội Tổng Hợp 01 (11,1%), Hồi Sức Tích Cực Chống Độc 04 (44,1%), Nội Tim Mạch 01 (11,1%), Nhi 03 (33,3%) [1]. Nghiên cứu của Lê Tuyên Hồng Dương (2011) về tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương thì NKVM ở nhóm bệnh nhân thận-tiết niệu có tỷ lệ cao nhất (17,7%), tỷ lệ NKVM ở nhóm bệnh xương khớp cao thứ 2 với 11,6%, đứng thứ 3 là nhóm ruột thừa, đại tràng và gan mật (9,7%) do đây là nhóm bệnh nhiễm khuẩn và có vi khuẩn thường trực [2].

Tỷ lệ dương tính theo loại bệnh phẩm đờm, catheter là 19,6%, máu là 15,0%, mũi là 15,7%, nước tiểu là 10%, dịch ty hầu là 14,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu Hà Thị Bích Ngọc tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng về tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm thường gặp phân lập từ bệnh nhân điều trị kết quả cho thấy trong 12.436 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm, *E.coli*, *A.baumannii*, *Klebsiella spp*, *P.aeruginosa* chiếm 54% và chúng được phân lập chủ yếu từ bệnh phẩm đường hô hấp (44,4%), nước tiểu (19,6%) và máu (14,6%) [3].

Trong 1.502 mẫu phân lập dương tính vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* có 166 chiếm 11,1 %,

Klebsiella aerogenes có 26 chiếm 1,7%, *Escherichia coli* có 347 chiếm 23,1%, *Klebsiella pneumoniae* có 299 chiếm 19,9%, *Pseudomonas aeruginosa* 166 chiếm 11,1%, *Staphylococcus aureus* có 333 chiếm 22,2% và *Streptococcus pneumoniae* có 165 chiếm 11%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2020 tại bệnh viện Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh khảo sát thực trạng phân lập vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh đã phân lập được 14 chủng vi khuẩn Gr(-) và 8 chủng vi khuẩn Gr (+) từ 653 mẫu của chủ yếu 06 khoa lâm sàng, trong đó *E.Coli* 22,2%; *Staphylococcus aureus* 20,8%; *Acinetobacter spp* 12,3%⁴. Báo cáo Vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh năm 2021 thấy *S. aureus* chiếm 23,76%, *E. coli* chiếm 23,16%, *K. pneumoniae* chiếm 18,30%, *P. aeruginosa* chiếm 13,92%, *A. baumannii* chiếm 11,04% [5] cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 2.250 mẫu bệnh phẩm hô hấp nuôi cấy thì *Acinetobacter baumannii* có 95 mẫu chiếm 4,2%, *Escherichia coli* có 112 mẫu chiếm 5,0 %, *Klebsiella pneumoniae* có 205 mẫu chiếm 9,1%, *Pseudomonas aeruginosa* có 98 mẫu chiếm 4,4%, *Staphylococcus aureus* có 194 mẫu chiếm 8,6%, *Streptococcus pneumoniae* có 165 mẫu chiếm 7,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu nghiên cứu của Đoàn Ngọc Ánh tại bệnh viện tim mạch An Giang khảo sát sự phân bố và đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn từ bệnh phẩm đờm: *Acinetobacter baumannii* chiếm 8,1% *Staphylococcus aureus* chiếm 35,1%, *Escherichia coli* chiếm 43,2%, *Klebsiella pneumoniae* chiếm 2,7 %, *Pseudomonas aeruginosa* chiếm 10,1% [6].

Trong 5.100 mẫu bệnh phẩm cấy máu thì *Acinetobacter baumannii* có 21 mẫu chiếm 0,4%, *Escherichia coli* có 15 mẫu chiếm 0,3%, *Klebsiella pneumoniae* có 88 mẫu chiếm 1,7%, *Pseudomonas aeruginosa* có 55 mẫu chiếm 1,1%, *Staphylococcus aureus* có 57 mẫu chiếm 1,1%, *Streptococcus pneumoniae* có 103 mẫu chiếm 2,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo Vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh năm 2021 thấy bệnh phẩm máu chủ yếu phân lập được *E. coli* (32,46%) hoặc *S. aureus* (22,46%) [7].

Trong 1.050 mẫu bệnh phẩm mũi vết mổ nuôi cấy thì *Acinetobacter baumannii* có 21 mẫu chiếm 2%, *Escherichia coli* có 11 mẫu chiếm 1,0%, *Klebsiella*



pneumoniae có 75 mẫu chiếm 7,1%, *Pseudomonas aeruginosa* có 17 mẫu chiếm 1,6%, *Staphylococcus aureus* có 5 mẫu chiếm 0,5%, *Streptococcus pneumoniae* có 36 mẫu chiếm 3,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo Vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh năm 2021 thấy với bệnh phẩm mủ chủ yếu phân lập được *S. aureus* (51,43%) [7].

Trong 1.050 mẫu bệnh phẩm nước tiểu nuôi cấy thì *Acinetobacter baumannii* có 29 mẫu chiếm 1,9%, *Escherichia coli* có 21 mẫu chiếm 1,4%, *Klebsiella pneumoniae* có 72 mẫu chiếm 4,8%, *Pseudomonas aeruginosa* có 22 mẫu chiếm 1,5%, *Staphylococcus aureus* có 6 mẫu chiếm 0,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo Vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh năm 2021 thấy với bệnh phẩm nước tiểu chủ yếu phân lập được các *Enterobacteriaceae* như *E. coli* (52,74%) hay *K. pneumoniae* (21,67%) [7].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang 12.100 mẫu bệnh phẩm được phân lập từ bệnh nhân khám, điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2023 kết quả cho thấy Tỷ lệ dương tính 15,2% số bệnh phẩm, trong đó cao nhất là mẫu lấy từ đờm, catheter với 19,6%, thấp nhất là nước tiểu 10%.

Nuôi cấy cho thấy các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn ở người bệnh hàng đầu là các loại vi khuẩn *Escherichia coli*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*.

Đặc trưng phổ biến các vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, và *Streptococcus pneumoniae*, nhiễm khuẩn huyết là vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae*,

nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* với; nhiễm khuẩn tiết niệu cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Vĩnh Nghi, Tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn Gram dương thường gặp trong Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Ninh Thuận, 2021.
- [2] Lê Tuyên Hồng Dương, Đỗ Ngọc Hiếu, Lưu Thúy Hiền & cs, Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương, Tạp chí Y học Thực hành, 841 (9), 2012, tr67-71.
- [3] Hà Thị Bích Ngọc, Ngô Thị Hằng, Trần Đức & cs, Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm thường gặp phân lập từ bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 29 số 11, 2019..
- [4] Nguyễn Thị Thanh Hương, Đỗ Bá Tùng, Khảo sát thực trạng phân lập vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh tại Bệnh viện Quận 2 – Thành Phố Hồ Chí Minh Năm 2020; Tạp chí Y học Việt Nam, tập 526 số 1B, 2023.
- [5] Bệnh viện ĐK tỉnh Hà Tĩnh, Báo cáo Vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2021. Ngày đăng 04/04/2022.
- [6] Đoàn Ngọc Ánh, Nguyễn Thanh, Phạm Hoàng Kim & cs, Khảo sát sự phân bố và đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang từ 10/2020 – 10/2022; Bệnh viện Tim Mạch An Giang.

INTERVENTION MODEL TO IMPROVE THE TREATMENT OF STROKE PATIENTS WITH INDICATIONS FOR USING THROMBOLYTIC DRUGS AT PHO NOI GENERAL HOSPITAL FROM 2021 TO 2022

Ngo Thi Thuy^{1*}, Mai Duy Ton², Ho Thi Hien³

¹*Sun Hospital - 13 Duong Gia Vinh, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam*

²*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Phuong Mai Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam*

³*University of Adelaide - South Australia, Australia*

Received: 25/09/2023

Revised: 16/10/2023; Accepted: 10/11/2023

ABSTRACT

Introduction: Acute stroke is an important and common medical emergency, which can lead to high mortality or severe disability if not treated promptly. The technique of using thrombolytic drugs in the treatment of acute stroke is an advanced technique that requires a large investment in human resources, equipment and operation of a reasonable emergency process in the hospital.

Objective: To evaluate some initial results of the intervention model to improve the treatment of stroke patients with indications for using thrombolytic drugs.

Method: Intervention study on all stroke patients at Pho Noi General Hospital using thrombolytic drugs.

Results and conclusion: Improved the rate of ischemic stroke patients who were admitted early within 4.5 hours, but did not improve the rate of early patients who were indicated for thrombolytic injection. The intervention model helped to improve the emergency time of patients, although not statistically significant, and especially helped to improve the average door-to-needle time.

Keywords: Acute stroke, thrombolytic drugs.

*Corresponding author

Email address: nhuthuy0677@gmail.com

Phone number: (+84) 914 265 588

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



MÔ HÌNH CAN THIỆP CẢI THIỆN VIỆC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CÓ CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHỐI NỐI GIAI ĐOẠN 2021 -2022

Ngô Thị Thuý^{1*}, Mai Duy Tôn², Hồ Thị Hiền³

¹Bệnh viện Quốc tế Mặt trời - 13 Dương Gia Vinh, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 đường Giải Phóng, phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Adelaide - South Australia, Australia

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 16 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Giới thiệu: Đột quy não cấp là một cấp cứu y khoa quan trọng và thường gặp, nếu không được điều trị kịp thời người bệnh có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng rất nặng nề. Kỹ thuật sử dụng thuốc tiêu huyết khối trong điều trị đột quy não cấp là một kỹ thuật chuyên sâu đòi hỏi sự đầu tư lớn về đào tạo nhân lực, trang thiết bị và vận hành quy trình cấp cứu trong bệnh viện hợp lý.

Mục tiêu: Đánh giá một số kết quả ban đầu của mô hình can thiệp cải thiện việc điều trị bệnh nhân đột quy não có chỉ định sử dụng thuốc tiêu huyết khối.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp toàn bộ bệnh nhân đột quy não tại bệnh viện đa khoa Phối nối bằng thuốc tiêu huyết khối.

Kết quả và kết luận: Cải thiện tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não được cấp cứu tới sớm trong vòng 4,5 giờ đầu, tuy nhiên chưa cải thiện được tỷ lệ bệnh nhân đến sớm được chỉ định tiêu huyết khối. Mô hình can thiệp đã giúp cải thiện thời gian cấp cứu bệnh nhân tuy chưa có ý nghĩa thống kê và đặc biệt giúp cải thiện thời gian cửa - kim trung bình.

Từ khóa: Đột quy não cấp, thuốc tiêu huyết khối.

*Tác giả liên hệ

Email: nhuthuy0677@gmail.com

Điện thoại: (+84) 914 265 588

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi năm có 15 triệu người bị đột quỵ trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn [1]. Tỷ lệ nhồi máu não tăng nhanh theo độ tuổi, tỷ lệ sau độ tuổi 55 tăng gấp đôi sau mỗi thập kỷ [2]. Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật, nguyên nhân thứ hai của sa sút trí tuệ và là nguyên nhân tử vong và chiếm tỷ lệ 3% người trưởng thành (tương đương 7 triệu người) tại Mỹ, hàng năm khoảng 800.000 mắc lần đầu và tái phát khoảng 600.000 người [3].

Đột quỵ não cấp là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự khởi phát đột ngột các triệu chứng biểu hiện tổn thương của não (thường là các biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú), tồn tại trên 24 giờ hoặc bệnh nhân tử vong trước 24 giờ [1]. Đột quỵ não cấp là một cấp cứu y khoa quan trọng và thường gặp, nếu không được điều trị kịp thời người bệnh có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng rất nặng nề. Kỹ thuật sử dụng thuốc tiêu huyết khối trong điều trị đột quỵ não cấp là một kỹ thuật chuyên sâu đòi hỏi sự đầu tư lớn về đào tạo nhân lực, trang thiết bị và vận hành quy trình cấp cứu trong bệnh viện hợp lý, đây là kỹ thuật tiên tiến mang lại nhiều kết quả tích cực trong việc phục hồi và giảm di chứng ở bệnh nhân đột quỵ não thể nhồi máu não được cấp cứu [4].

Bệnh viện đa khoa Phố Nối nhận chuyển giao kỹ thuật điều trị bằng tiêu huyết khối từ Bệnh viện Bạch Mai và bắt đầu thực hiện điều trị trên bệnh nhân từ năm 2016 [3]. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não đến sớm là 18,2% và chỉ có trên 20% bệnh nhân nhồi máu não đến sớm được chỉ định tiêu huyết khối. Tỷ lệ và tình trạng chỉ định tiêu huyết khối được đánh giá là chưa tương xứng với năng lực điều trị của Bệnh viện và quy mô bệnh nhân. Nguyên nhân được chỉ ra là do kỹ thuật còn

mới được triển khai, y bác sỹ có phần chưa tự tin về chuyên môn. Là một can thiệp nhấn mạnh vào các giải pháp quản lý bệnh viện, mô hình can thiệp này nhằm tăng cơ hội bệnh nhân nhồi máu não được chỉ định tiêu huyết khối - phương pháp điều trị dành cho bệnh nhân đến sớm được chứng minh là có hiệu quả trong cải thiện tình trạng bệnh nhân, giảm di chứng sau điều trị và có những giải pháp can thiệp nhằm tăng hiệu quả (chung) trong điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp được đưa tới Bệnh viện đa khoa Phố Nối.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đột quỵ não cấp đến cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối trong các giai đoạn của nghiên cứu, bao gồm cả những bệnh nhân đang điều trị bệnh khác chuyển cấp cứu với chẩn đoán ban đầu theo dõi đột quỵ não cấp/đột quỵ não/đột quỵ não cấp.

Thời gian xác định mô hình và xây dựng kế hoạch can thiệp được thực hiện từ tháng 3/2020 đến tháng 31/12/2020. Thời gian can thiệp từ 1/1/2021 đến 30/6/2022.

Địa điểm can thiệp bao gồm địa điểm chính là Bệnh viện Đa Khoa Phố Nối và một số địa điểm trên địa bàn tỉnh Hưng Yên theo từng hoạt động can thiệp cụ thể: Trung tâm Y tế, trạm y tế một số huyện thuộc tỉnh Hưng Yên; một số phòng khám tư nhân xung quanh bệnh viện, trung tâm cấp cứu 115 Hưng Yên.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, đánh giá sau can thiệp.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ 612 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và được can thiệp.



3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin tuổi và giới tính		Sau can thiệp (n=612)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 45 tuổi	34	5,6
	46 – 59 tuổi	104	17,0
	60 – 75 tuổi	236	38,6
	≥ 76 tuổi	233	38,1
	Không có thông tin	5	0,8
Tuổi trung bình*		69,6	
Giới tính	Nam	355	58,1
	Nữ	257	41,9

Tuổi đột quỵ lần đầu trung bình ở quần thể bệnh nhân nghiên cứu là 69,6 tuổi. Trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 60-75 tuổi (38,6%) và nhóm trên 75 tuổi (38,1%). Tỷ lệ bệnh nhân nam là 58,1% và nữ là 41,9%.

Bảng 2. Phân bố tuổi bệnh nhân theo thể đột quỵ não

Nhóm tuổi	Sau can thiệp			
	Nhồi máu não* (n =398)		Xuất huyết não/dị dạng mạch não* (n =110)	
	n	%	n	%
≤ 45 tuổi	18	4,5	5	4,5
46 – 59 tuổi	50	12,6	30	27,4
60 – 75 tuổi	150	37,7	49	44,5
≥ 76 tuổi	178	44,7	24	21,8
Không có thông tin	2	0,5	2	1,8
Chung	398	100,0	110	100,0

Sau can thiệp, trong những bệnh nhân có nhồi máu não thì lứa tuổi dưới 45 tuổi chỉ chiếm 4,5%, trong khi đó thì lứa tuổi gặp nhiều nhất là lứa tuổi trên 60 tuổi.

Bảng 3. Tỷ lệ chỉ định tiêu huyết khối sau can thiệp

Sau can thiệp			
Đến sớm trong 4,5 giờ		Chỉ định THK	
n	%	n	%
118	29,6	19	16,1

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cấp đến sớm được chỉ định tiêu huyết khối chiếm 21,1%. Trong đó, thời gian chờ đợi tiêu huyết khối ở nhóm bệnh nhân được chỉ định tiêu huyết khối là 43,8 phút.

Bảng 4. Mức độ khiếm khuyết nhẹ và vừa theo thang điểm Glassgow sau can thiệp

Tỷ lệ có điểm Glassgow ≥ 9 điểm		Sau điều trị		p
		n	%	p
Điều trị tiêu huyết khối	Có chỉ định (n=24)	24	100%	> 0,05
	Không chỉ định (n = 374)	359	96,0%	
	Chung (n = 398)	383	95,7%	

Sau can thiệp, số lượng bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng tiêu huyết khối là 28 bệnh nhân. Ở nhóm điều trị tiêu huyết khối, sau điều trị, có 4 bệnh nhân cải thiện điểm từ dưới 9 điểm lên mức từ 9 điểm trở lên (từ khiếm khuyết nặng sang khiếm khuyết nhẹ và vừa) trong khi ở nhóm bệnh nhân không có chỉ định điều

trị bằng tiêu huyết khối, có 4 bệnh nhân giảm điểm Glassgow từ ngưỡng ≥ 9 điểm xuống còn dưới 9 điểm (từ khiếm khuyết nhẹ và vừa tăng lên mức độ khiếm khuyết nặng). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Thời gian từ lúc đột quy tới khi đưa vào bệnh viện ở BN nhồi máu não cấp sau can thiệp

Thời gian được cấp cứu tới bệnh viện		Sau can thiệp (n =398)	
		n	%
Trong vòng 4,5 giờ đầu	≤ 3 giờ	99	24,8
	3- 4,5 giờ	19	4,8
Sau 4,5 giờ đầu	4,5 – 6 giờ	20	5,0
	6- 12 giờ	35	8,8
	> 12 giờ	25	6,3
Không có thông tin		217	50,7
Thời gian trung bình*		4,6 giờ	

* Chỉ tính thời gian cấp cứu của những bệnh nhân cấp cứu nhồi máu não có thông tin về thời gian trong bệnh án lưu.

Trong số bệnh án bệnh nhân nhồi máu não ghi nhận được thời gian, thời gian cấp cứu trung bình ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp là 4,4 giờ, thời gian cấp cứu trung bình bệnh nhân nhồi máu não cấp sau can thiệp là 4,6 giờ.

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cấp đến sớm trong 3 giờ đầu là 24,8%; đến trong khoảng từ 3 - 4,5 giờ đầu là 4,8%; tỷ lệ đến sớm trong vòng 4,5 giờ đầu sau can

thiệp là 29,6%; trong khoảng 4,5-6 giờ đầu là 5,0%.

4. BÀN LUẬN

Tuổi đột quy lần đầu trung bình ở quần thể bệnh nhân nghiên cứu trước can thiệp là: 70,95 tuổi, sau can thiệp là 69,6 tuổi. Kiểm định test T cho biết tuổi trung bình của bệnh nhân đột quy não sau can thiệp không khác biệt so với trước can thiệp. Tuy nhiên, tuổi đột quy lần đầu trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này cao hơn so với thống kê của tác giả Đặng Đức Phúc (2022) (trên dưới 66 tuổi) [5].



Các so sánh cho thấy quần thể bệnh nhân sau can thiệp khá tương đồng với quần thể bệnh nhân trước can thiệp ở hầu hết các bệnh riêng lẻ và phân tầng nguy cơ tim mạch. Đây là đặc điểm rất tốt để có thể đưa ra các so sánh nhằm đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp đã áp dụng, hạn chế được các sai số do những khác biệt của quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu

So sánh tỷ lệ đột quy não đến sớm ở mốc thời gian 4,5 giờ đầu (ở thể nhồi máu não cấp) đã cho biết tỷ lệ nhồi máu não cấp đến sớm trong vòng 4,5 giờ đầu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ trước và sau can thiệp, sau can thiệp có xu hướng tăng lên. Tỷ lệ này cho thấy bước đầu mô hình can thiệp cho thu được những hiệu quả nhất định. Tuy nhiên chưa có những nghiên cứu tương tự để chúng tôi có thể so sánh được sự thay đổi này có phù hợp hay không nhưng sự thay đổi này đạt được mục tiêu can thiệp của nghiên cứu. Trong khả năng nghiên cứu này và hạn chế về thiết kế nghiên cứu cũng như cỡ mẫu nghiên cứu chưa cho phép kết luận là mô hình can thiệp giúp tăng lên bao nhiêu phần trăm bệnh nhân đến sớm.

Nếu so sánh thời gian trung bình từ lúc bệnh nhân nhồi máu não cấp có triệu chứng đột quy tới lúc đưa vào viện ở quần thể bệnh nhân trước can thiệp (4,4 giờ) so với sau can thiệp (4,6 giờ) trung bình sau can thiệp đã giảm được 8 phút nhưng chưa có sự khác biệt so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể được giải thích là việc cải thiện thời gian trong quy trình ở thời gian 1,5 năm can thiệp mới hình thành, tạo thói quen và cải thiện về thời gian cấp cứu. Tuy sự cải thiện chưa có ý nghĩa thống kê nhưng đây cũng là một kết quả đáng ghi nhận và có thể được thể hiện rõ hơn trong những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn hoặc thời gian can thiệp dài hơn.

Vì ở cả giai đoạn trước và sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có điểm lâm sàng ở mức độ khiếm khuyết nhẹ và vừa khá cao (trên 90%), bên cạnh đó, vì nghiên cứu sử dụng số liệu và thông tin từ bệnh án nghiên cứu nên không phân tích được rõ sự cải thiện về triệu chứng lâm sàng. Các phân tích cho thấy không thấy sự cải thiện đáng kể về Glasgow sau điều trị ở giai đoạn trước và sau can thiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa và Nguyễn Song Hào (2023) bệnh nhân tổn thương động mạch não trước khi dùng thuốc tiêu sợi huyết: động mạch não giữa (86,25%), động mạch thân nền (1,25%), động

mạch khác (12,5%). Đánh giá sau dùng thuốc bằng sự thay đổi điểm NIHSS (bảng thang đo đột quy) trước khi dùng thuốc điểm NIHSS trung bình của các bệnh nhân là $12,89 \pm 4,9$, sau sử dụng thuốc 24h00 đã giảm còn $7,06 \pm 6,8$ ($p < 0,05$). Đối với động mạch não giữa điểm NIHSS giảm từ $13,3 \pm 5,1$ xuống $7,5 \pm 6,7$ ($p < 0,05$), động mạch khác giảm từ $10,4 \pm 3,5$ xuống $4,4 \pm 2,2$ ($p < 0,05$). Đánh giá hiệu quả hồi phục lâm sàng sau điều trị bằng thang điểm mRS (đánh giá kết quả điều trị) cho thấy Kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2) đạt 86,25%. Số người bệnh đạt kết cục lâm sàng chưa tốt với mức độ tàn phế trung bình đến nặng (mRS 3-5) là 13,75%, không có bệnh nhân nào tử vong [6].

5. KẾT LUẬN

Mô hình can thiệp đã mang lại kết quả ban đầu trong việc cải thiện tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não được cấp cứu tới sớm trong vòng 4,5 giờ đầu, tuy nhiên chưa cải thiện được tỷ lệ bệnh nhân đến sớm được chỉ định tiêu huyết khối.

Mô hình can thiệp đã giúp cải thiện thời gian cấp cứu bệnh nhân tuy chưa có ý nghĩa thống kê và đặc biệt giúp cải thiện thời gian Cửa – Kim trung bình (rút ngắn từ trên 60 phút trước can thiệp xuống dưới 60 phút sau can thiệp theo đúng khuyến cáo chuyên môn của Hội Đột quy não Việt nam và Hội Đột quy não Hoa Kỳ) [5].

Nghiên cứu này là một gợi ý bước đầu quan trọng trong tìm kiếm mô hình cấp cứu điều trị bệnh nhân nhồi máu não hiệu quả hơn trong bối cảnh bệnh ngày càng phổ biến nhằm giảm gánh nặng bệnh tật, tử vong do bệnh gây nên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não, Ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020, accessed: 07/14/2021.
- [2] Chong JY, Sacco RL, Risk factors for stroke, assessing risk, and the mass and high-risk approaches for stroke prevention. *Contin Lifelong Learn Neurol*, 11(4), 2005, 18.
- [3] Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al., Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), 2011, e18–e209.

- [4] Bệnh viện Bạch Mai, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội Khoa – cẩm nang dành cho bác sỹ lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, 2017.
- [5] Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP et al., An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2013, 2064–2089.
- [6] Nguyễn Ngọc Nghĩa, Nguyễn Song Hà, Ứng dụng điều trị tiêu huyết khối alteplase cho người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp tính tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2021; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 528(1), 2023.



CHARACTERISTICS OF EMERGENCY PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AT PHO NOI GENERAL HOSPITAL, HUNG YEN PROVINCE, FROM 2018 TO 2022

Ngo Thi Thuy^{1*}, Mai Duy Ton², Ho Thi Hien³

¹Sun Hospital - 13 Duong Gia Vinh, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Phuong Mai Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

³University of Adelaide - South Australia, Australia

Received: 25/09/2023

Revised: 18/10/2023; Accepted: 11/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of emergency patients with ischemic stroke at Pho Noi General Hospital, Hung Yen province, from 2018 to 2022.

Method: Using a cross-sectional descriptive study, selecting all emergency patients with stroke.

Results: From 2018 to 2022, there were 1194 cases of stroke, of which 834 cases were ischemic stroke, accounting for 69.8%. Among the stroke cases, the history of hypertension was 63.6%, lipid disorder/overweight, obesity 17.7%, diabetes 15.2%. Clinical presentation at admission: Patients with respiratory arrest, cardiac arrest before arriving at the hospital 0.4%, hemiplegia 79.8%, aphasia/dysarthria 41.2%. Evaluation of indicators: Glasgow score below 9 points accounted for 1.9%, 9-12 points 6%; NIHSS score from 21-40 points 2.9%, from 5-15 points 24.9%, mRS score > 2 was assessed as having moderate and severe disability, accounting for 51.4%.

Conclusion: Most stroke patients were ischemic stroke; ischemic stroke patients had clinical symptoms of paralysis, aphasia, and poor prognosis.

Keywords: Ischemic stroke.

*Corresponding author

Email address: nhuthuy0677@gmail.com

Phone number: (+84) 914 265 588

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHỐ NỔI, TỈNH HUNG YÊN, GIAI ĐOẠN NĂM 2018-2022

Ngô Thị Thuý^{1*}, Mai Duy Tôn², Hồ Thị Hiền³

¹Bệnh viện Quốc tế Mặt trời - 13 Dương Gia Vinh, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 đường Giải Phóng, phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Adelaide - South Australia, Australia

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân cấp cứu do nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nổi, tỉnh Hưng Yên, giai đoạn 2018-2022.

Phương pháp: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn toàn bộ người bệnh cấp cứu do nhồi máu não.

Kết quả: Giai đoạn 2018-2022 có 1194 ca đột quy, nhồi máu não có 834 ca chiếm 69,8%. Trong số các ca đột quy não tiền sử tăng huyết áp với 63,6%, rối loạn lipid/thừa cân, béo phì 17,7%, tiểu đường 15,2%. Lâm sàng khi nhập viện: Bệnh nhân ngừng thở, ngừng tim trước khi đến bệnh viện 0,4%, liệt nửa người 79,8%, thất ngôn/nói khó 41,2%. Đánh giá các chỉ số: Điểm Glasgow dưới 9 điểm chiếm 1,9%, 9-12 điểm 6%; điểm NIHS từ 21-40 điểm 2,9%, từ 5-15 điểm 24,9%, điểm mRS > 2 được đánh giá có mức độ tàn phế vừa và nặng chiếm 51,4%.

Kết luận: Đa số bệnh nhân đột quy là nhồi máu não; bệnh nhân nhồi máu não có triệu chứng lâm sàng liệt, thất ngôn, tiên lượng nặng.

Từ khoá: Nhồi máu não.

*Tác giả liên hệ

Email: nhuthuy0677@gmail.com

Điện thoại: (+84) 914 265 588

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (thường gọi là đột quy hay tai biến mạch não) có hai thể lâm sàng chính: đột quy thiếu máu não cục bộ cấp tính được đặc trưng bởi sự mất lưu thông máu đột ngột đến một khu vực của não do tắc nghẽn mạch bởi huyết khối hoặc cục tắc ở động mạch não, dẫn đến mất chức năng thần kinh tương ứng. Đột quy thiếu máu não hay còn gọi là nhồi máu não (NMN) phổ biến hơn đột quy xuất huyết não (XHN) mà nguyên nhân là do nứt vỡ các động mạch trong não [1]. Mỗi năm có 15 triệu người bị đột quy trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn [1]. Tỷ lệ nhồi máu não tăng nhanh theo độ tuổi, tỷ lệ sau độ tuổi 55 tăng gấp đôi sau mỗi thập kỷ [2]. Đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật, nguyên nhân thứ hai của sa sút trí tuệ và là nguyên nhân tử vong và chiếm tỷ lệ 3% người trưởng thành (tương đương 7 triệu người) tại Mỹ, hàng năm khoảng 800.000 mắc lần đầu và tái phát khoảng 600.000 người [3].

Đột quy não cấp là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự khởi phát đột ngột các triệu chứng biểu hiện tổn thương của não (thường là các biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú), tồn tại trên 24 giờ hoặc bệnh nhân tử vong trước 24 giờ. Thuật ngữ này được sử dụng nhằm chỉ các đột quy não xảy ra đột ngột hoặc lần xuất hiện đột quy mới, khác với cụm từ “tai biến mạch máu não” trong một số tài liệu vẫn thường dùng để chỉ bao gồm cả đột quy não cấp và đột quy não ở giai đoạn di chứng. Đột quy não cấp là một cấp cứu y khoa quan trọng và thường gặp, nếu không được điều trị kịp thời người bệnh có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng rất nặng nề. Tiêu huyết khối được sử dụng theo đường tiêm tĩnh mạch trong điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp là

kỹ thuật có nhiều ưu điểm trong hồi phục và giảm nhẹ di chứng liệt nhưng lại chỉ được chỉ định đối với bệnh nhân nhồi máu não cấp được đưa tới bệnh viện sớm trong vòng 3 giờ đầu hoặc mở rộng hơn tới 4,5 giờ đầu kể từ khi có dấu hiệu đột quy đầu tiên.

Bệnh viện Đa Khoa Phố Nối là một bệnh viện đa khoa hạng II tuyến tỉnh thuộc tỉnh Hưng Yên. Trung bình mỗi tháng, bệnh viện tiếp nhận điều trị từ 20 – 30 bệnh nhân đột quy não cấp và số lượng người bệnh đột quy não đến cấp cứu tại bệnh viện Đa khoa Phố Nối ngày càng gia tăng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân cấp cứu được xác định nhồi máu não bằng chẩn đoán lâm sàng và chụp MRI, CT não.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 1/2018 đến 12/2022 tại bệnh viện Đa khoa Phố Nối.

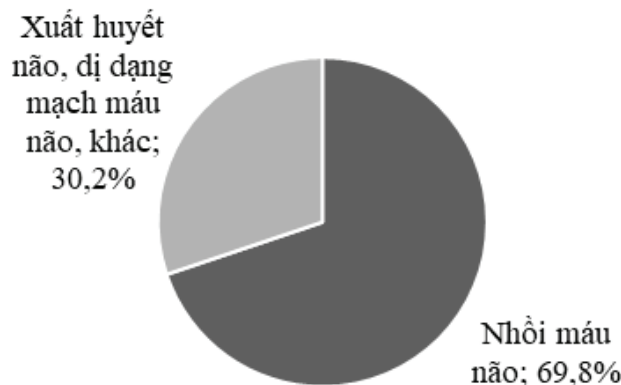
Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng dựa trên hồ sơ bệnh án kết hợp khai thác tiền sử người nhà bệnh nhân

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn chủ đích toàn bộ bệnh nhân đến cấp cứu từ tháng 1/2018 đến 12/2022, tổng số 1194 bệnh nhân đột quy trong đó 834 ca nhồi máu não.

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới [4] và Tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 [1].

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhồi máu não trong số bệnh nhân đột quy



Tỷ lệ nhồi máu não cấp chiếm 69,8% trong tổng số 1194 bệnh nhân cấp cứu vì đột quy não cấp (tất cả các thể) vào bệnh viện Đa khoa Phố Nối trong giai đoạn 2018 - 2022.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nhồi máu não

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 45 tuổi	20	2,4
46 – 59 tuổi	106	12,7
60 – 75 tuổi	328	39,4
≥ 76 tuổi	378	45,3
Không có thông tin	2	0,2
Chung	834	100,0

Kết quả 4,2% bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi từ 45 tuổi trở xuống. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 56,2% và nữ là 43,8.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử người bệnh

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiền sử đột quy	20	2,4
Tăng huyết áp	531	63,6
Tiểu đường	127	15,2
Rối loạn Lipid máu/thừa cân, béo phì	148	17,7
Tiền sử nhồi máu cơ tim cũ	11	1,3
Suy thận	17	2,0
Suy tim	32	3,7
Bệnh van tim	12	1,5
Hút thuốc lá	40	4,8
Mỏ tim cũ	1	0,1
Đang điều trị thuốc chống đông	13	1,6

Tiền sử bệnh nhân cao nhất là bệnh tăng huyết áp với 63,6%, tiếp đến là rối loạn lipid/thừa cân, béo phì 17,7%, tiểu đường 15,2%.



Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm		Số lượng (n=834)	Tỷ lệ %
Ngừng thở/ngừng tim trước khi đến BV	Có	3	0,4
	Không	831	99,6
Tổn thương thực thể lúc vào viện	Liệt nửa người	666	79,8
	Bán manh	11	1,3
	Nói khó/thất ngôn	344	41,2
	Rung nhĩ	37	4,4
Vị trí tắc mạch não trên phim chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ	Tắc M1	17	2,0
	Tắc M2	17	2,0
	Tắc động mạch cảnh trong	17	2,0
	Tắc A1	17	2,0
	Tắc thân nền	17	2,0
	Tắc động mạch não sau	17	2,0

Bệnh nhân ngừng thở, ngừng tim trước khi đến bệnh viện 0,4%, liệt nửa người 79,8%, thất ngôn/nói khó 41,2%; Vị trí tắc mạch não trên phim chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ: tắc M1, M2, tắc động mạch cảnh trong, tắc A1, tắc thân nền, tắc động mạch não sau đều chiếm 2%.

Bảng 4. Các chỉ số tiên lượng liệt của người bệnh

Chỉ số		Số lượng (n=834)	Tỷ lệ %
Glasgow	13 - 15 điểm	754	90,4
	9 - 12 điểm	50	6,0
	3-8 điểm	15	1,8
	Ít hơn 3 điểm	1	0,1
	Không có thông tin	14	1,7
NIHSS	0-4 điểm (đột quy nhỏ)	146	17,5
	5-15 điểm (đột quy trung bình)	208	24,9
	16-20 điểm	24	2,9
	Từ 21 – 40 điểm	27	3,2
	Không có thông tin	429	51,5
Điểm mRs	≤ 2 điểm	343	41,1
	> 2 điểm	428	51,4
	Không có thông tin	63	7,5
Bệnh nhân không có đánh giá theo bất kỳ thang điểm nào		7	0,8

Điểm Glasgow dưới 9 điểm chiếm 1,9%, 9-12 điểm 6%; điểm NIHSS từ 21-40 điểm 2,9%, từ 5-15 điểm 24,9%, điểm mRs > 2 được đánh giá có mức độ tàn phế vừa và nặng chiếm 51,4%.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhồi máu não: Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhồi máu não cấp chiếm 69,8% trong tổng số 1194 bệnh nhân cấp cứu vì đột quỵ não cấp (tất cả các thể) vào bệnh viện Đa khoa Phố Nối trong giai đoạn 2018 - 2020. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Tadi và cộng sự (2021) với 85% là nhồi máu não và 15% là xuất huyết não [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng với 30% là xuất huyết não và 70% là nhồi máu não [6], tương tự Nguyễn Duy Cường và Nguyễn Thị Tuyết [7].

Độ tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi ≤45 chiếm 2,4%, từ 46-59% chiếm 12,7%, từ 60-75 tuổi chiếm 39,4%, từ ≥76 tuổi chiếm 45,3%. Có thể thấy độ tuổi càng cao thì nguy cơ đột quỵ càng cao. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Duy Cường và cộng sự (2014) trong đó độ tuổi 70-79 cao nhất (32,10%), tiếp đến độ tuổi 60-69 (29,5%), độ tuổi từ trên 80 là 18,90% [7]. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Ovbiagele và cộng sự (2011 cho thấy bệnh nhân cứ tăng lên 10 tuổi thì nguy cơ đột quỵ não tăng gần 2 lần (RR=1,97, 95%CI 1,79-2,16) [8]. Tương tự với kết quả phân tích tổng hợp của tác giả Boehme và cộng sự (2017) cho thấy tuổi càng cao nguy cơ đột quỵ và nhồi máu não càng tăng ở cả 2 nhóm xuất huyết não và nhồi máu não [9].

Tiền sử người bệnh: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền sử bệnh nhân đột quỵ 2,4%, tiền sử tăng huyết áp 63,6%, tiểu đường 15,2%, rối loạn lipid máu/thừa cân, béo phì 17,7%, tiền sử nhồi máu cơ tim cũ 1,3%, suy thận 2%, suy tim 3,7%, bệnh van tim 1,5%, hút thuốc lá 4,8%, mỡ tim cũ 0,1%, đang điều trị chống đông 1,6%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Trọng Hưng trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (67%) của đột quỵ não [6]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường và cộng sự (2014) trong đó tăng mỡ máu trong số bệnh nhân đột quỵ não tăng mỡ máu chiếm 53,5%, đái tháo đường và rung nhĩ chiếm tỉ lệ lần lượt 8,4% và 6,8% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự

với nghiên cứu của Ovbiagele và cộng sự (2011) cho thấy biểu hiện viêm và nhiễm khuẩn gây nguy cơ nhồi máu não, trong khi xuất huyết não có ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp, [8]. Nghiên cứu của Boehme và cộng sự (2017) cũng cho thấy nguy cơ của nhồi máu não là uống rượu, đái tháo đường, tim mạch, trong khi nguy cơ của xuất huyết não là tăng huyết áp, hút thuốc [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy ngừng thở, ngừng tim trước khi đến bệnh viện 0,4%, tổn. Tổn thương thực thể lúc vào viện: Liệt nửa người 79,8%, bán manh 1,3%, nói khó/thất ngôn 41,2%; Vị trí tắc mạch não trên phim chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ: tắc M1, M2, tắc động mạch cảnh trong, tắc A1, tắc thân nền, tắc động mạch não sau đều chiếm 2% So sánh với kết quả nghiên cứu của Chu Văn Vinh và Nguyễn Tuấn Anh (2022) cho thấy 29/39 bệnh nhân có tổn thương một phần hoặc hoàn toàn vùng cấp máu hệ tuần hoàn trước, chiếm 74,4%; 10 bệnh nhân tổn thương vùng cấp máu hệ tuần hoàn sau. Trong số 3 bệnh nhân tổn thương toàn bộ vùng tuần hoàn trước, 2 BN có chuyển dạng chảy máu trên phim, chiếm 66,7% [10]. Một trong những tác động phổ biến nhất là liệt nửa người/ giảm thiểu chức năng nửa người. Các nghiên cứu chỉ ra rằng sống còn sau đột ở tuổi từ 65 trở lên, khoảng một nửa bệnh nhân bị liệt nửa người trong khoảng thời gian 6 tháng. Người ta còn cho thấy rằng thiết bị y tế là cần thiết ở 30% số bệnh nhân sau tai biến để có thể vận động [11], [12].

Chỉ số tiên lượng: Đánh giá mức độ liệt theo thang điểm Glassgow: 90,4% bệnh nhân được đánh giá mức độ khiếm khuyết nhẹ (13-15 điểm); 6% khiếm khuyết nặng (9-12 điểm); rất nặng chiếm 1,9% (dưới 9 điểm). Đánh giá theo thang đo NIHSS: kết quả chấm điểm và đối chiếu với phiên giải mức độ liệt đối với từng mức điểm NIHSS theo Hội đột quỵ não Hoa Kỳ - AHA) như sau từ 0-4 điểm: chiếm 17,5% bệnh nhân đột quỵ nhỏ; từ 5-15 điểm: đột quỵ trung bình chiếm 24,9%; từ 16-20 điểm: đột quỵ nghiêm trọng chiếm 2,9%; từ 21-40 điểm: đột quỵ rất nghiêm trọng chiếm 3,2% Đánh giá theo theo thang điểm mRs: Tại thời điểm vào viện, có 41,1% số bệnh nhân được đánh giá có mức độ tàn phế nhẹ, bệnh nhân có khả năng tự lực về vận động trong hầu hết các sinh hoạt hàng ngày, tuy nhiên còn 1 số công việc bệnh nhân không làm được so với trước lúc đột quỵ. Có 51,1% số bệnh nhân được đánh giá có mức độ tàn phế vừa và nặng. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với kết quả của Chu Văn Vinh và Nguyễn Anh Tuấn (2023) với các bệnh nhân đột quỵ, khi đánh giá bằng thang điểm NIHSS và theo dõi đến hết quá trình



điều trị, cho thấy 100% các BN đột quy nhẹ (NIHSS ≤ 4) diễn biến ổn định và ra viện. Tất cả 3 BN đột quy nghiêm trọng với điểm NIHSS trên 20 đều diễn biến nặng và có kết cục là tử vong. Thang điểm NIHSS được chúng tôi đánh giá thường quy trên các bệnh nhân đột quy não, và góp phần quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi lâm sàng và tiên lượng điều trị [10].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cứu mô tả cắt ngang, chọn toàn bộ người bệnh cấp cứu do nhồi máu não tại bệnh viện Đa khoa Phố Nối, giai đoạn 2018-2022. Kết quả có 1194 ca đột quy, nhồi máu não có 834 ca chiếm 69,8%. Trong số các ca đột quy não tiền sử tăng huyết áp với 63,6%, rối loạn lipid/thừa cân, béo phì 17,7%, tiểu đường 15,2%. Lâm sàng khi nhập viện: Bệnh nhân ngừng thở, ngừng tim trước khi đến bệnh viện 0,4%, liệt nửa người 79,8%, thất ngôn/nói khó 41,2%. Đánh giá các chỉ số: Điểm Glasgow dưới 9 điểm chiếm 1,9%, 9-12 điểm 6%; điểm NIHS từ 21-40 điểm 2,9%, từ 5-15 điểm 24,9%, điểm mRs > 2 được đánh giá có mức độ tàn phế vừa và nặng chiếm 51,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não, Ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020, accessed: 07/14/2021.
- [2] Chong JY, Sacco RL, Risk factors for stroke, assessing risk, and the mass and high-risk approaches for stroke prevention. *Contin Lifelong Learn Neurol*, 11(4), 2005, 18.
- [3] Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al., Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), 2011, e18–e209.
- [4] WHO EMRO | Stroke, Cerebrovascular accident | Health topics. <<http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>>, accessed: 07/14/2021.
- [5] Tadi P. and Lui F. Acute Stroke. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2021.
- [6] Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự, Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của đột quy não ở người trên 50 tuổi. 2020. <<http://hoidotquyvietnam.com/tin-tuc/nghien-cuu-mot-so-yeu-to-nguy-co-cua-dot-qui-nao--o-nguoi-tren--tuoi-86.html>>.
- [7] Nguyễn Duy Cường, Nguyễn Thị Tuyết, Một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị đột quy não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Tim mạch bệnh viện Đa khoa Thái Bình. *Tạp chí Y học Thực hành, Bộ Y tế*, (903), số 1/2014.
- [8] Ovbiagele B. and Nguyen-Huynh M.N., Stroke Epidemiology: Advancing Our Understanding of Disease Mechanism and Therapy. *Neurotherapeutics*, 8(3), 2011, 319–329.
- [9] Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV, Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circ Res*, 120(3), 2017, 472–495.
- [10] Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quy não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quy thiếu máu não tại Bệnh viện Việt Đức; *Tạp chí Thần kinh học*, 2023.
- [11] Miller EL, Murray L, Richards L et al., Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41(10), 2010, 2402–2448.
- [12] Nair KPS, Marsden J, The management of spasticity in adults. *BMJ*, 349, 2014, g4737.

EVALUATING PATIENT SATISFACTION WITH COMMUNICATION AND BEHAVIOR OF MEDICAL STAFF AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Thanh Tinh*, Nguyen Thi Thanh Ha, Vuong Thi Hai Ha

Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 25/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 14/11/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluating patients' satisfaction with communication and behavior of medical staff at Vinh University of Medicine Hospital in 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study designed on 384 patients coming for examination and treatment at Vinh Medical University Hospital from May 1, 2023 to October 1, 2023.

Results: The communication attitude and communication content of medical staff were generally good, reaching 93.2% and 94.5% respectively. The warm attitude of medical staff was rated the highest (89.1% rated very satisfied), the friendly attitude of medical staff was rated very unsatisfied by 2.1% of patients and 3.9% of patients rated it as dissatisfied. The content "The medical staff's communication with the patient contains one of the following words: please ask, thank you, sorry..." still has a rate of 2.1% of patients who rate it as very dissatisfied and 2.6% of patients. % of patients rated as dissatisfied.

Conclusion: The communication attitude and communication content of medical staff are generally evaluated well by patients with a high satisfaction rate. However, medical staff also need to pay attention to using polite and civilized communication sentences with patients more often.

Keywords: Communication; healthcare staff; patient satisfaction; Vinh Medical University Hospital.

*Corresponding author

Email address: Tinhminh81@gmail.com

Phone number: (+84) 987 625 253

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>



ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ GIAO TIẾP ỨNG XỬ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2023

Nguyễn Thị Thanh Tình*, Nguyễn Thị Thanh Hà, Vương Thị Hải Hà

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh (NB) về giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế (NVYT) tại bệnh viện trường Đại học Y khoa (ĐHYK) Vinh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 384 NB đến khám điều trị tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh từ 1 tháng 05 năm 2023 đến từ 1 tháng 10 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Thái độ giao tiếp và nội dung giao tiếp của NVYT nhìn chung là tốt với mức đạt lần lượt là 93,2% và 94,5%. Thái độ niềm nở của NVYT được đánh giá mức cao nhất (89,1% đánh giá rất hài lòng), Thái độ thân thiện của NVYT có 2,1% NB đánh giá rất không hài lòng và 3,9% NB đánh giá không hài lòng. Nội dung “Câu giao tiếp của NVYT với NB có 1 trong các cụm từ: xin hỏi, cảm ơn, xin lỗi...” vẫn có tỷ lệ 2,1% NB đánh giá rất không hài lòng và 2,6% NB đánh giá không hài lòng.

Kết luận: Thái độ giao tiếp và nội dung giao tiếp của NVYT nhìn chung được NB đánh giá tốt với tỷ lệ hài lòng cao. Tuy nhiên, NVYT cũng cần lưu ý sử dụng các câu giao tiếp với NB có tính lịch sự văn minh thường xuyên hơn.

Từ khoá: Giao tiếp; nhân viên y tế; hài lòng của người bệnh; Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh.

*Tác giả liên hệ

Email: Tinhminh81@gmail.com

Điện thoại: (+84) 987 625 253

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i12>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp đóng vai trò quan trọng trong đời sống, đặc biệt trong ngành y tế, giao tiếp giữa thầy thuốc hay NVYT với các đối tượng phục vụ của họ, giúp thu thập và chia sẻ thông tin, đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe (CSSK) cả về thể chất, tinh thần và xã hội của người dân, mang lại hiệu quả cao trong CSSK.

Bệnh viện là một môi trường đặc biệt, đặc thù để chăm sóc sức khỏe cho NB. Trong bệnh viện, NVYT là những người thường xuyên tiếp xúc với NB. Số liệu thống kê cho thấy trung bình một ngày NB nhận được sự tiếp xúc từ 15 -20 phút với bác sĩ và thời gian tiếp xúc với điều dưỡng khoảng 2h - 2,5h [1]. Giao tiếp là một hoạt động hết sức quan trọng trong thực hành CSSK của NVYT tại bệnh viện và là một trong các chỉ số đánh giá chất lượng bệnh viện. Vì vậy, hoạt động giao tiếp của NVYT tại bệnh viện cần được quan tâm để nâng cao sự hài lòng của NB với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện.

Tại Việt Nam, trong những năm qua Bộ Y tế đã đặc biệt quan tâm đến việc giao tiếp của NVYT và đã ban hành nhiều văn bản quy định về giao tiếp ứng xử. Các văn bản như: Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế (12 điều y đức) [2]; Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh [3]; Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế [4]; Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở Y tế [5]. Gần đây, Hội Điều dưỡng Việt Nam cũng đã ban hành: “Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên” [6]. Tuy nhiên, trên thực tế, vẫn còn một số cơ sở khám chữa bệnh đã để xảy ra tình trạng NVYT có thái độ cáu gắt với NB, người nhà NB gây bức xúc dư luận xã hội. Do đó, việc đánh giá giao tiếp của NVYT với NB là hết sức cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá sự hài lòng của NB về giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế tại Bệnh viện trường ĐHYK Vinh từ đó xây dựng các giải pháp nhằm phần nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và tăng tỷ lệ hài lòng của NB tại Bệnh viện.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện trường ĐHYK Vinh từ ngày 01 tháng 5 năm 2023 đến 01 tháng 10 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là người bệnh đến khám, điều trị tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh từ 16 tuổi trở lên, làm chủ hành vi, có khả năng đọc viết và đồng ý tham gia nghiên cứu. NB không đủ sức khỏe; là nhân viên bệnh viện và được chuyển đến bệnh viện khác bị loại trừ ra khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu toàn bộ với tất cả các NB khám chữa bệnh tại bệnh viện trường ĐHYK Vinh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kết quả có 384 NB được khảo sát trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả NB đến khám và điều trị tại bệnh viện phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của NB: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi cư trú

- Thái độ giao tiếp của NVYT với NB: Thái độ niềm nở của NVYT, Sự thân thiện sự ân cần, Sự sẵn sàng trong khám chữa bệnh, Thái độ trong sáng khi tiếp xúc với NB, Thái độ tôn trọng NB, Thái độ thông cảm, lắng nghe của NVYT

- Nội dung giao tiếp của NVYT với NB: Câu giao tiếp của NVYT với NB có ghép đại từ nhân xưng (hay xưng hô) phù hợp, câu giao tiếp của NVYT với NB có 1 trong các cụm từ (xin mới, xin hỏi, cảm ơn, xin lỗi, dạ,...), NVYT hướng dẫn, dặn dò cụ thể và chi tiết những điều cần thiết cho NB, NVYT giải thích rõ ràng các thắc mắc của NB, NVYT có cung cấp thông tin cần thiết cho NB, là lời nói thể hiện sự trong sáng, minh bạch không có biểu hiện vòi vĩnh của NVYT, NVYT có động viên khi NB lo lắng, đau đớn

- Nhận xét chung về KNGT của NVYT: bao gồm “nhận xét chung về KNGT của NVYT”; “nhận xét chung về kỹ năng sử dụng lời nói ngôn ngữ của NVYT”; “nhận xét chung về KNGT không lời của NVYT”; “nhận xét mức độ hài lòng về KNGT của NVYT” với các mức đánh giá rất tốt, tốt, bình thường, kém, rất kém.



2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu:

Bộ câu hỏi phát vấn tự điền có hướng dẫn của điều tra viên dựa trên quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh Ban hành kèm Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT, ngày 27/9/2001 của Bộ trưởng BHYT [3].

Bộ câu hỏi bao gồm 4 phần như sau:

+ Phần 1 bao gồm 5 câu hỏi về thông tin chung của đối tượng: từ câu 1- 5.

+ Phần 2 bao gồm 9 câu hỏi về thái độ giao tiếp của NVYT với NB: từ câu A1 đến A9

+ Phần 3 bao gồm 7 câu hỏi về nội dung giao tiếp của NVYT với NB: từ câu B1 đến B7

+ Phần 4 bao gồm nội dung nhận xét chung về KNGT của NVYT: từ câu C1 đến C4

Phương pháp thu thập số liệu:

Chọn điều tra viên: 4 người là giảng viên kiêm nhiệm tại bệnh viện đã được tập huấn và thực hành về kỹ năng thu thập số liệu. Mỗi ĐTV bốc thăm mỗi ngày thực hiện thu thập số liệu từ thứ hai đến thứ sáu.

ĐTV nêu rõ cho NB biết mục đích nghiên cứu. ĐTV phát phiếu thu thập thông tin và đánh giá, hướng dẫn

NB điền vào phiếu thông tin, sau đó thu thập lại và kiểm tra để đảm bảo đủ thông tin đã thu thập.

Chọn giám sát viên: 2 cán bộ phòng Điều dưỡng, KHTH chịu trách nhiệm giám sát trong 1 ngày thu thập số liệu và thu nhận, kiểm tra phiếu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, phân tích kết quả theo tần số, tỷ lệ (%). Các sai số do yếu tố chủ quan của người quan sát sẽ được khắc phục bằng giải thích rõ với NVYT và NB về mục đích và nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn, thảo luận nhóm để đối tượng an tâm và thoải mái trả lời các câu hỏi.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

ĐTNC được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn, thảo luận và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý tham gia của họ. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín để đảm bảo tính riêng tư của các đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng khoa học bệnh viện đồng ý. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi bệnh viện khi kết thúc nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm về thông tin chung của NB (n = 384)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	190	49,5
	Nữ	194	50,5
Tuổi	16 -39	233	60,7
	40 - 60	112	29,2
	> 60	39	10,2
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức, Hưu trí	40	10,4
	Công nhân, Nông dân	195	50,8
	Nghề nghiệp khác	149	38,8
Trình độ học vấn	Hết THPT	280	72,9
	Trên THPT	104	27,1
Nơi cư trú	Nông thôn, miền núi	250	65,1
	Thành thị	134	34,9

NB là nữ giới với tỷ lệ là 50,5%; Nhóm tuổi từ 16 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,7%. Nghề nghiệp của NB chủ yếu là công nhân và nông dân chiếm 50,8%. Đa số NB có trình độ hết THPT chiếm tới 72,9% và cư trú ở vùng nông thôn (65,1%).

Bảng 2: Thái độ giao tiếp của NVYT với NB (n = 384)

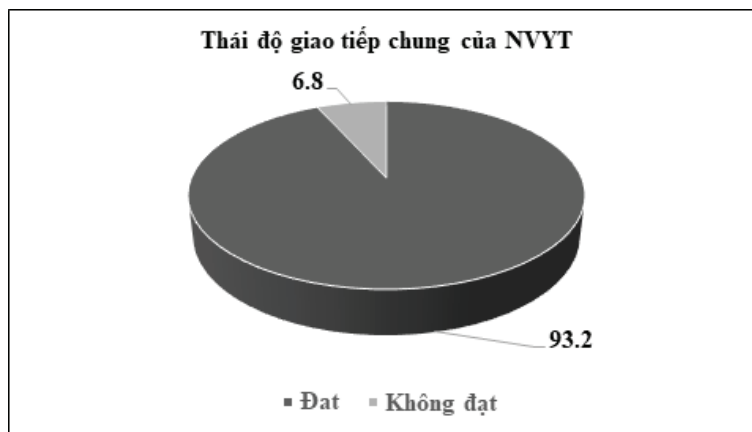
TT	Thái độ giao tiếp của NVYT	Không đạt		Đạt		
		1* (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Thái độ niềm nở	0	0	0	10,9	89,1
2	Thái độ chủ động tiếp xúc	0	0	0	11,2	88,8
3	Sự thân thiện	2,1	3,9	0	16,7	77,3
4	Sự ân cần	0	0	0	22,9	77,1
5	Sự sẵn sàng chăm sóc	0	0	0	27,3	72,7
6	Thái độ trong sáng khi tiếp xúc	0	0	0	32,6	67,4
7	Thái độ tôn trọng	0	0	0	32,8	67,2
8	Thái độ thông cảm	0	0,8	0	29,2	70,1
9	Thái độ lắng nghe	0	0	0	28,1	71,9

*(1): Rất không hài lòng (2): Không hài lòng (3): Bình thường (4): Hài lòng (5): Rất hài lòng

“Thái độ niềm nở” có tỷ lệ “Rất hài lòng” cao chiếm 89,1%. “Thái độ chủ động tiếp xúc” cũng có tỷ lệ “Rất

hài lòng” cao chiếm 88,8%. Nhưng “Sự thân thiện” ngoài tỷ lệ “Rất hài lòng” cao (77,3%), vẫn có một số ý kiến đánh giá “Rất không hài lòng” (2,1%) và 3,9% lượt đánh giá “Không hài lòng”.

Hình 1. Thái độ giao tiếp chung của NVYT (n = 384)



Thái độ giao tiếp chung của NVYT với NB có tỷ lệ đạt cao (93,2%)

Bảng 3. Nội dung giao tiếp của NVYT (n = 384)

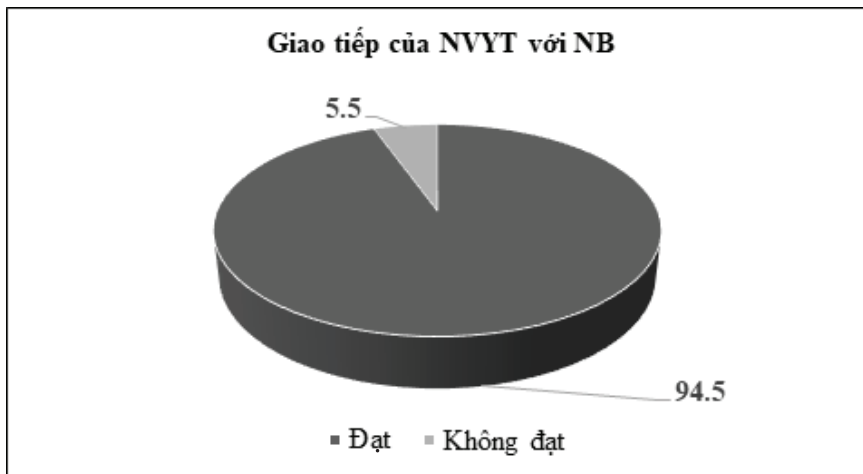
Nội dung	Không đạt		Đạt		
	1*(%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
Câu giao tiếp của NVYT với NB có ghép đại từ nhân xưng (hay xưng hô) phù hợp	0	0	0	14,1	85,9
Câu giao tiếp của NVYT với NB có 1 trong các cụm từ: xin mời, xin hỏi, cảm ơn, xin lỗi... hoặc từ: dạ	2,1	2,6	0,3	23,4	71,6
NVYT hướng dẫn, dặn dò cụ thể và chi tiết nhưng điều cần thiết cho NB	0	0	0,3	26,6	73,2
NVYT giải thích rõ ràng các thắc mắc của NB	0	0	0,3	22,4	77,3
NVYT có cung cấp thông tin cần thiết cho NB	0	0	0	28,4	71,6
Lời nói thể hiện sự trong sáng, minh bạch không có biểu hiện vòi vĩnh của NVYT	0	0	0	26,6	73,4
NVYT có động viên khi NB lo lắng, đau đớn	0	0,8	0	25,0	74,2

**(1): Rất không hài lòng (2): Không hài lòng (3): Bình thường (4): Hài lòng (5): Rất hài lòng*

“Câu giao tiếp của NVYT với NB có ghép đại từ nhân xưng (hay xưng hô) phù hợp” được đánh giá với tỷ lệ

“Rất hài lòng” cao chiếm 85,9%. “Câu giao tiếp của NVYT với NB có 1 trong các cụm từ: xin mời, xin hỏi, cảm ơn, xin lỗi..hoặc từ: dạ” cũng chiếm tỷ lệ “Rất hài lòng” cao với 71,6%, tuy nhiên vẫn có một số đánh giá “Rất không hài lòng” với tỷ lệ 2,1%.

Hình 2: Nội dung giao tiếp của NVYT (n = 384)



Nội dung trong giao tiếp chung của NVYT với NB có tỷ lệ đạt cao (94.5%)

Bảng 4: Nhận xét chung của NB về KNGT của NVYT (n = 384)

TT	Nhận xét chung	1** (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Về KNGT của NVYT	74,0	25,5	0,5	0	0
2	Về kỹ năng sử dụng lời nói, ngôn ngữ của NVYT	70,1	29,2	0,8	0	0
3	Về KNGT không lời (qua cử chỉ/dáng điệu/nét mặt biểu cảm) của NVYT	65,6	32,8	1,6	0	0
4	Mức độ hài lòng KNGT đối với NVYT	75,0	16,1	8,6	0,3	0

** Ghi chú: (1): Rất tốt. (2): Tốt (3): Bình thường (4): Kém (5): Rất kém

Nhận xét chung “về KNGT của NVYT” có tỷ lệ đánh giá “Rất tốt” chiếm cao nhất với 75%. Nhưng vẫn có một số nhận xét đánh giá KNGT là “Kém” chiếm 0,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của NB

Trong tổng số 384 NB tham gia nghiên cứu, NB trong độ tuổi 16 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 60,7%, độ tuổi 40 - 60 là 39,2% và tỷ lệ NB trên 60 tuổi chiếm 10,1%. Giới nam và nữ không có chênh lệch nhiều với lần lượt là 49,5% và 50,5%. Có 10,4% là NB là công chức, viên chức, hưu trí. NB là công nhân nông dân chiếm tỷ lệ cao lên tới 50,8%. 72,9% NB có trình độ từ THPT trở xuống và 27,1% NB có trình độ học nghề/cao đẳng/ đại học/sau đại học. Nơi cư trú của NB chủ yếu ở nông thôn chiếm 65,1% và ở thành thị chiếm 34,9%. Như vậy qua số liệu về đặc điểm chung của NB, chúng tôi nhận thấy NB rất đa dạng với nhiều đặc điểm lứa tuổi, vùng miền, trình độ. NVYT cần phải có các kỹ năng giao tiếp ứng xử phù hợp để làm hài lòng đa số NB.

4.2. Sự hài lòng của NB với giao tiếp, ứng xử của NVYT

Giao tiếp của NVYT là yếu tố quan trọng đem lại sự hài lòng của NB, phản ánh chất lượng cung cấp dịch vụ của bệnh viện. Những quy định của Bộ Y tế trong lĩnh vực này là những chuẩn mực về giao tiếp, ứng xử, là trách nhiệm và nghĩa vụ của mỗi NVYT [3], [5], [6].

Theo kết quả khảo sát thể hiện, điểm hài lòng các tiêu chí đều đạt mức rất cao. Kết quả ở hình 1 và hình 2 cho thấy: thái độ giao tiếp và nội dung giao tiếp của NVYT đạt từ 93,2 % đến 94,5% đánh giá rất hài lòng. Kết quả

của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Đinh Ngọc Thành tại bệnh viện Đại học Y Thái Nguyên năm 2016 với 91,7% hài lòng (Rất hài lòng 37,6% và hài lòng 54,1%) [7]. Có sự tương đồng này là do hai nghiên cứu đều được thực hiện tại bệnh viện trực thuộc các trường Đại học Y. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Long tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022 cũng đưa ra được kết quả tương tự với điểm trung bình $4,19 \pm 0,37/5,0$ [8]. So với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Trà tại trường Đại học Y tế Hải Dương thì KNGT tốt 80,8%, kỹ năng đặt câu hỏi và phản hồi còn 19,2% là chưa tốt, KNGT ứng xử đánh giá tốt 80,8% [9]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Thảo tại Bệnh viện 108 năm 2020 với 98,46% NB thỏa mãn với những giải thích của NVYT về thủ tục và bệnh tật khi khám, 99,23% đánh giá tốt về tác phong làm việc, 96,93% NB và người nhà cảm phục trước hành động hỗ trợ, giúp đỡ của NVYT đối với NB, 98,25% NB chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến khám và chữa bệnh [10]. Điều này cho thấy hầu hết NVYT đã nhận thức được trách nhiệm và nghĩa vụ của mình trong công tác chăm sóc NB, thay thế tư tưởng sai lầm như “ban ơn” mà trước đây thường gặp bằng ý thức “phục vụ” NB. Phần lớn NB khi vào bệnh viện, điều họ mong muốn trước tiên ở NVYT là quan tâm đến tình trạng bệnh của họ, nhanh chóng thực hiện các hoạt động khám, chữa bệnh và trả lời hoặc giải thích cụ thể những thắc mắc, những vấn đề liên quan đến sức khỏe. Chính vì vậy, NVYT cần chủ động hỏi thăm, lắng nghe NB, có thái độ tôn trọng và sẵn sàng đã đem lại sự hài lòng của NB. Qua kết quả cho ta thấy, những quy định về giao tiếp của Bộ Y tế là những chuẩn mực, những kỳ vọng về giao tiếp ứng xử đối với NB của NVYT, bệnh viện ĐHYK Vinh đã đạt được các chuẩn mực về giao tiếp này nhờ sự phấn đấu không ngừng và thường xuyên rèn luyện mới thực hiện được, đồng thời, các cấp quản lý trong bệnh viện phải thường xuyên giám sát, nhắc nhở việc nghiêm túc thực hiện các

quy định của Bộ Y tế và của bệnh viện, tạo điều kiện về cơ sở vật chất và bố trí đủ nhân lực thực hiện hoạt động chuyên môn.

Đáng lưu ý là trong nội dung giao tiếp, “Câu giao tiếp của NVYT với NB có 1 trong các cụm từ: xin mời, xin hỏi, cảm ơn, xin lỗi... hoặc từ: dạ” vẫn có 2,1% NB đánh giá ở mức “Rất không hài lòng”. Điều này cho thấy tính lịch sự văn minh trong giao tiếp của NVYT đã được chú ý nhưng tỷ lệ sử dụng chưa nhiều. Điều này có thể xuất phát từ hoạt động thường ngày các NVYT nhận thấy là xung quanh có ít người thực hiện, mặt khác do quan hệ thân thiết với NB, nên những cụm từ lịch sự khi dùng trong giao tiếp trực tiếp mang dáng vẻ khách sáo. Do đó môi trường làm việc là rất quan trọng đối với mỗi cá nhân. Điều này đòi hỏi lãnh đạo bệnh viện và các khoa lâm sàng cần đẩy mạnh công tác huấn luyện, hỗ trợ NVYT thông qua việc nghiêm túc tuân thủ các quy định, tạo môi trường làm việc tích cực, giao tiếp lịch sự văn minh, làm gương và nêu gương.

5. KẾT LUẬN

Thái độ giao tiếp và nội dung giao tiếp của NVYT nhìn chung được NB đánh giá tốt với tỷ lệ hài lòng cao. Tuy nhiên, NVYT cũng cần lưu ý sử dụng các câu giao tiếp với NB có tính lịch sự văn minh thường xuyên hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Thị Ngọc, Nâng cao năng lực của điều dưỡng trong công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện E tháng 6/2012 - 6/2014; Tiểu luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y tế Công cộng, 2012.
- [2] Bộ Y tế, Quy chế bệnh viện. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
- [3] Bộ Y tế, Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT về việc ban hành Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám, chữa bệnh. Ngày 27/9/2001.
- [4] Bộ Y tế, Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT về việc ban hành Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế. Ngày 18/8/2008.
- [5] Bộ Y tế, Thông tư số 07/2019/TT-BYT Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở Y tế. Ngày 25/2/2014.
- [6] Hội Điều dưỡng Việt Nam, Quyết định số 20/QĐ-HDD ban hành Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên. Ngày 10/9/2012
- [7] Đinh Ngọc Thành, Nguyễn Thị Thúy Hà, Lê Thị Thu Trang và cộng sự, Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên; Tạp chí Khoa học & công nghệ, 165(05), 2016, 117 - 122.
- [8] Nguyễn Hoàng Long, Nguyễn Đức Thành, Đánh giá của người bệnh về giao tiếp của nhân viên y tế: Khảo sát tại khoa khám bệnh, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2022, Tạp chí Y học cộng đồng, 63(3), 2022, 113-119.
- [9] Lê Thị Thanh Trà, Lê Văn Thêm, Nguyễn Thị Nhung, Thực trạng kỹ năng giao tiếp, ứng xử của kỹ thuật viên tại Bệnh viện trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương; Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 500 (tháng 3) số 1: 103 -107.
- [10] Trần Thị Thanh Thảo, Đào Thị Thu Giang, Thực trạng kỹ năng giao tiếp, ứng xử với bệnh nhân của điều dưỡng Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020; Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2020, 38 - 41.