Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 226-229

DISEASE STRUCTURE OF RESIDENTS IN SEVERAL COMMUNES OF THAI BINH (FORMER) PROVINCE IN 2024

Ha Trung Kien[1], Tran Khanh Thu[1], Tran Manh Ha[2*], Tran Tuan Minh[2]

[1]*Thai Binh Department of Health*
[2]*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam*

Received: 07/07/2026
Revised: 19/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the disease structure of residents in several communes of Thai Binh (former) province in 2024.

Subjects and methods: A cross- sectional study was conducted involving 1,542 households with 5,882 individuals across 16 communes in 8 districts/cities (as of July 1, 2025, these areas are under the professional management of the Hung Yen Department of Health). Data was collected through direct interviews using tools based on the International Classification of Primary Care (ICPC-2) and the WHO SAGE questionnaire. To mitigate recall bias, investigators cross-referenced self-reported data with medical records, prescriptions, and health management files at local health stations.

Results: Individuals with health problems accounted for 48.2% of the surveyed population. The prevalence of disease was higher in females (49.7%) than in males (46.6%). The over-76 age group exhibited the highest morbidity rate. According to the ICPC-2 classification, cardiovascular diseases predominated, with uncomplicated hypertension (K86) being the most frequent condition (21.8%), followed by osteoarthritis (2.9%) and peptic ulcer (2.5%). Regarding multimorbidity, 33.4% of participants suffered from one disease, while 13.8% had two or more concurrent conditions.

Conclusion: The findings highlight a substantial burden of chronic non-communicable diseases and a high prevalence of multimorbidity, particularly among the elderly population. This study provides a critical scientific basis for the development of targeted chronic disease management models and the prioritization of interventions within the grassroots health network.

Keywords: Disease structure; ICPC-2; Thai Binh; Non-communicable diseases; Multimorbidity.

*Corresponding author
Email: hatm@tbump.edu.vn **Phone**: (+84) 936432668 **DOI**: 10.52163/yhc.v67i9.6731

CƠ CẤU BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI DÂN MỘT SỐ XÃ, TỈNH THÁI BÌNH (CŨ) NĂM 2024

Hà Trung Kiên[1], Trần Khánh Thu[1], Trần Mạnh Hà[2*], Trần Tuấn Minh[2]

[1]*Sở Y tế Thái Bình*
[2]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, P. Trần Lãm, Tỉnh Hưng Yên, Việt Nam*

Ngày nhận: 07/07/2026
Ngày sửa: 19/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định cơ cấu bệnh tật của người dân tại tỉnh Thái Bình (cũ) năm 2024.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 5.882 người trong 1.542 hộ gia đình tại 16 xã/8 huyện/thành phố nhằm mô tả cơ cấu bệnh tật của người dân tỉnh Thái Bình năm 2024.
Kết quả: Số người mắc vấn đề sức khỏe chiếm 48,2% tổng số người dân được điều tra. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới là 46,6% thấp hơn tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 49,7%. Nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 76 tuổi trở lên. Phần lớn người dân mắc 1 bệnh chiếm 33,4%, 9,9% người dân mắc 2 bệnh và chỉ có 0,3% người dân mắc 5 bệnh phối hợp trở lên. Tỷ lệ người dân mắc tăng huyết áp không biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất là 21,8%, thoái hóa khớp 2,9% và loét dạ dày 2,5%; thấp nhất là thiếu máu, thiếu sắt với 0,1% người dân mắc.
Kết luận: 48,2% người dân mắc các vấn đề sức khỏe trong vòng 12 tháng qua, trong đó nữ giới (49,7%) cao hơn nam giới (46,6%). Gánh nặng bệnh tật tập trung chủ yếu ở nhóm người cao tuổi. Theo phân loại ICPC-2, bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với mã bệnh tăng huyết áp không biến chứng (K86) là 21,8%. Tình trạng đa bệnh lý (mắc từ 2 bệnh trở lên) chiếm 13,8% dân số.
Từ khóa: Cơ cấu bệnh tật; tỉnh Thái Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ cấu bệnh tật của một khu vực trong một giai đoạn chính là kết cấu phần trăm của các nhóm bệnh tật, các bệnh và tử vong của khu vực trong giai đoạn đó. Cơ cấu bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó [1].

Tại Việt Nam, trong hơn hai thập kỷ qua, cơ cấu bệnh tật đang phải đối mặt với mô hình kép: sự tồn tại của các bệnh truyền nhiễm mới nổi và tái nổi song hành cùng sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN) [2]. Số liệu thống kê đã khẳng định BKLN hiện đang chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật và là nguyên nhân của 78,2% tổng số ca tử vong. Trong đó, gánh nặng tử vong do bệnh tim mạch chiếm 31,4%, ung thư 18,6%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 7,2% và đái tháo đường 4,1% [3]. Sự biến đổi dịch tễ học này có liên quan đến những thay đổi về môi trường, xã hội và hành vi: gia tăng dân số, di dân cơ học, biến đổi khí hậu và đô thị hóa quá nhanh. Đặc biệt, đại dịch COVID-19 làm gián đoạn việc quản lý các bệnh lý mạn tính, khiến người bệnh thường phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, làm trầm trọng thêm gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế cho cộng đồng [3].

Do đó, với mong muốn từ việc xác định cơ cấu bệnh tật của người dân để có thể xây dựng một mô hình quản lý, chăm sóc vấn đề sức khoẻ ưu tiên, chúng tôi thực hiện đề tài "Cơ cấu bệnh tật của người dân một số xã, tỉnh Thái Bình (cũ) năm 2024".

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng thu thập thông tin: Toàn bộ thành viên trong hộ gia đình đã được chọn tại các địa điểm nghiên cứu

Đối tượng đại diện hộ gia đình để phỏng vấn:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*
  + Từ 18 tuổi trở lên
  + Chủ hộ hoặc người nắm rõ tình hình sức khỏe/ kinh tế của gia đình
  + Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:*
  + Có một số vấn đề liên quan tới sức khỏe tâm thần như: Alzeimer, đãng trí, lú lẫn, rối loạn tâm thần.
  + Không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại 16 xã/8 huyện/ thành phố tỉnh Thái Bình (cũ) năm 2024 (Từ ngày 01/7/2025, tỉnh Thái Bình thực hiện sáp nhập địa giới hành chính. Toàn bộ các cơ sở y tế tuyến huyện và xã trong nghiên cứu này hiện nay do Sở Y tế Hưng Yên quản lý chuyên môn và điều hành).
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu, Z: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng α=0,05 ($Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96)

p: tỷ lệ hộ gia đình có người có vấn đề sức khỏe (chọn p = 0,79 theo tác giả Nguyễn Thị Thu Dung [4]4

ε: là hệ số tương đối so với p, chọn ε = 0,038

DE: Hệ số thiết kế mẫu, lấy DE=2.

Cỡ mẫu theo tính toán là n = 1415 hộ gia đình. Dự phòng 10% từ chối hoặc vắng nhà tại thời điểm điều tra và do nghiên cứu trên 16 xã/phường nên để đảm bảo cỡ mẫu theo tính toán, lựa chọn mỗi phường xã 100 hộ gia đình tương ứng với 1.600 hộ. Thực tế điều tra được 1542 hộ gia đình.

Tại mỗi huyện, lập danh sách tất cả các xã trong huyện, sau đó tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên để chọn ra 2 xã/phường cho mỗi huyện. Tại mỗi xã cần chọn ngẫu nhiên 1 thôn và chọn 100 hộ gia đình, sau đó điều tra tất cả thành viên có cùng quan hệ gia đình sống chung ít nhất 1 tháng trong hộ gia đình đó. Trong trường hợp không phỏng vấn được trực tiếp các thành viên trong hộ (vắng mặt, trẻ em<10 tuổi, bận) thông tin người dân đó sẽ được khai thác thông qua thành viên chủ hộ.

Áp dụng phương pháp cổng liền cổng để điều tra 100 hộ gia đình tại xã được chọn. Hộ đầu tiên được chọn ngẫu nhiên từ danh sách hộ trong thôn. Nếu hộ gia đình tại địa chỉ đã chọn từ chối cung cấp thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu, điều tra viên sẽ chọn hộ gia đình ở địa chỉ kế bên để thay thế

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên bảng mã ICPC-2 và bộ câu hỏi SAGE của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ghi nhận các vấn đề sức khỏe mà người dân mắc phải trong vòng

*Tác giả liên hệ
Email: hatm@tbump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 936432668 **DOI**: 10.52163/yhc.v67i9.6731

12 tháng gần nhất tính đến thời điểm phỏng vấn.
Việc xác định người mắc vấn đề sức khỏe được thực hiện thông qua phỏng vấn trực tiếp từng thành viên trong hộ gia đình (hoặc qua chủ hộ đối với người vắng mặt/trẻ em). Để đảm bảo tính chính xác và khắc phục sai số nhớ lại, điều tra viên (là các cán bộ y tế có chuyên môn) đã tiến hành đối chiếu lời khai với các bằng chứng thực tế như: sổ khám bệnh, đơn thuốc cũ hoặc hồ sơ quản lý bệnh mạn tính tại trạm y tế xã.

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của người dân được phỏng vấn gồm: tuổi, giới tính và tình trạng hôn nhân.
- Chỉ số về bảo hiểm y tế: tình trạng tham gia bảo hiểm y tế của người dân
- Tình trạng mắc vấn đề sức khỏe chung: có mắc hoặc không mắc vấn đề sức khỏe.
- Chỉ số mắc bệnh phối hợp (đồng mắc): Được đánh giá và phân loại theo số lượng bệnh mắc phải ở một người dân gồm: Không mắc bệnh, có 1 bệnh, có 2 bệnh, có 3 bệnh, có 4 bệnh, có 5 bệnh và từ 5 bệnh trở lên.
- Cơ cấu bệnh tật: Được phân bố và đánh giá tỷ lệ dựa trên hai tiêu chí là giới tính và nhóm tuổi.
- Tỷ lệ mắc các mã bệnh cụ thể: Đánh giá tình trạng có mắc hay không mắc đối với các mã bệnh thường gặp nhất bao gồm: Sốt (A03), Thiếu máu, thiếu sắt (B80), Loét dạ dày, khác (D86), Tật khúc xạ (F91), Hội chứng chóng mặt (H82), Tăng huyết áp không biến chứng (K86), Thoái hóa khớp khác (L91), Đau đầu (N01), Rối loạn giấc ngủ (P06), Viêm da/chàm dị ứng (S87), Ho (R05), Đái tháo đường không phụ thuộc insulin (T90), Sỏi đường tiểu (U95), Triệu chứng khác sau sinh (W18), U xơ tử cung (X78) và Viêm tiền liệt tuyến (Y73).

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi data và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS với các kỹ thuật thống kê sử dụng trong y sinh học.

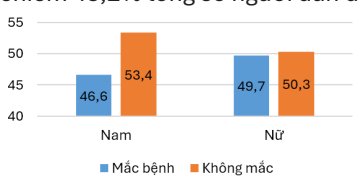
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được Ủy ban nhân dân tỉnh Thái Bình (cũ) phê duyệt và thực hiện dựa trên sự tự nguyện của đối tượng. Tuyệt đối giữ bí mật thông tin của người bệnh cũng như được nhấn mạnh trong toàn bộ quá trình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người dân được phỏng vấn (n = 5882)

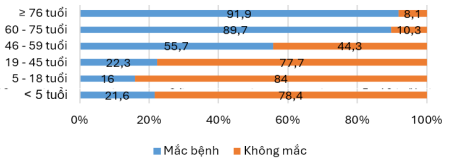
Thông tin		n	%
Số người được khảo sát		5882	
Số hộ gia đình được khảo sát		1542	
Độ tuổi trung bình	Nam	43,28 ± 22,72	
	Nữ	44,76 ± 22,71	
Giới tính	Nam	2865	48,7
	Nữ	3017	51,3
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	3705	63,0
	Độc thân	1756	29,9
	Ly hôn	52	0,9
	Góa	369	6,3
Số người có bảo hiểm y tế		5841	99,3
Số người mắc vấn đề sức khỏe		2833	48,2

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 1542 hộ gia đình với tổng số 5882 người dân gồm 2865 nam giới và 3017 nữ giới. Tỉ lệ người dân được phỏng vấn đã kết hôn chiếm 63,0% và phần lớn đều có bảo hiểm y tế (99,3%). Số người mắc vấn đề sức khỏe chiếm 48,2% tổng số người dân được điều tra.



Biểu đồ 1. Cơ cấu bệnh tật của người dân mắc bệnh theo giới

Nhận xét: Trong số 5882 người dân tham gia nghiên cứu có 1335 nam giới và 1498 nữ giới mắc vấn đề sức khỏe. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới là 46,6%, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 49,6%.



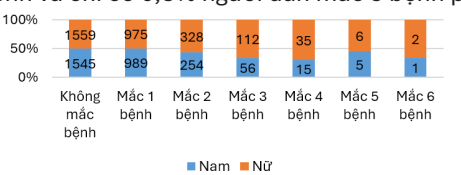
Biểu đồ 2. Cơ cấu bệnh tật của người dân mắc bệnh theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi. Ở nhóm <5 tuổi có 21,6% mắc bệnh, nhóm 5–18 tuổi là 16,0% và nhóm 19–45 tuổi là 22,3%. Sang nhóm 46–59 tuổi tỷ lệ đã vượt quá nửa với 55,7%, trong khi nhóm 60–75 tuổi là 89,7% và nhóm ≥ 76 tuổi cao nhất với 91,9%.

Bảng 2. Tỉ lệ mắc các bệnh phối hợp của người dân (n = 5882)

Tình trạng	n	%
Không mắc bệnh	3104	52,8
Có 1 bệnh	1964	33,4
Có 2 bệnh	582	9,9
Có 3 bệnh	168	2,9
Có 4 bệnh	50	0,9
Từ 5 bệnh	14	0,3
Tổng	5882	100

Nhận xét: Trong số những người mắc bệnh, phần lớn người dân mắc 1 bệnh chiếm 33,4%, tiếp đến là 9,9% người dân mắc 2 bệnh và chỉ có 0,3% người dân mắc 5 bệnh phối hợp trở lên.



Biểu đồ 3. Phân bố cơ cấu mắc bệnh phối hợp của người dân theo giới

Nhận xét: Số người dân là nam giới mắc bệnh phối hợp thấp hơn so với nữ giới.

Bảng 3. Tỉ lệ các mã bệnh mắc cao nhất của người dân

Mã bệnh	Có mắc bệnh		Không mắc bệnh	
	n	%	n	%
Sốt (A03)	32	0,5	5850	99,5
Thiếu máu, thiếu sắt (B80)	5	0,09	5877	99,9
Loét dạ dày, khác (D86)	148	2,5	5734	97,5
Tật khúc xạ (F91)	30	0,5	5852	99,5
Hội chứng chóng mặt (H82)	48	0,8	5834	99,2
Tăng huyết áp không biến chứng (K86)	1283	21,8	4599	78,2
Thoái hóa khớp khác (L91)	168	2,9	5714	97,1
Đau đầu (N01)	115	1,96	5767	98,0
Rối loạn giấc ngủ (P06)	108	1,8	5774	98,2
Viêm da/chàm dị ứng (S87)	6	0,1	5876	99,9
Ho (R05)	78	1,3	5804	98,7
Đái tháo đường không phụ thuộc insulin (T90)	70	1,2	5812	98,8
Sỏi đường tiểu (U95)	57	0,97	5825	99,0
Triệu chứng khác sau sinh (W18)	2	0,03	5880	99,97

Mã bệnh	Có mắc bệnh		Không mắc bệnh	
	n	%	n	%
U xơ tử cung (X78)	6	0,1	5876	99,9
Viêm tiền liệt tuyến (Y73)	10	0,2	5872	99,8

Nhận xét: Trong các mã bệnh chia theo ICPC-2, tỉ lệ người dân mắc tăng huyết áp không biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất là 21,81%, tiếp theo là thoái hóa khớp khác (2,9%) và loét dạ dày (2,5%); thấp nhất là thiếu máu, thiếu sắt với 0,09% người dân mắc.

4. BÀN LUẬN

Thực hiện điều tra về cơ cấu bệnh tật của người dân trên 16 xã trong 8 huyện/thành phố với 1542 hộ gia đình và tổng số 5882 người. Số người mắc các vấn đề sức khỏe chiếm 48,2% đối tượng điều tra, kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hưng (2018) về đặc điểm bệnh tật của cộng đồng khu vực biên giới Tây Nguyên với tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người bị bệnh trong tháng là 28,5% [5]. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Thục (2020) tại 5 tỉnh ven biển miền Bắc có tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người bị bệnh trong tháng là 76,7% [6]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Dung cho thấy có 79% số hộ gia đình có người mắc bệnh năm 2018 [4]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng, cỡ mẫu cũng như vùng địa lý là khác nhau.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới là 46,6%, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 49,6%. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu tại biên giới Tây Nguyên khi tỷ lệ ốm ở nữ giới chiếm 53,2%, cao hơn nam giới (chiếm 46,80%) [5]. Một khảo sát tại vùng nông thôn Việt Nam cho số liệu bệnh cấp tính và bệnh mãn tính đều cho thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ ở nhóm 15-59 tuổi và ở cả ba vùng miền Việt Nam, tỷ lệ bệnh tật của nữ đều cao hơn nam [7]. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó tại Hoa Kỳ, nghiên cứu này được xem xét hơn 208 triệu bệnh nhân trên hơn một trăm bệnh cấp tính và mãn tính trong đặc điểm toàn dân số, phụ nữ được quan sát thấy có nguy cơ cao hơn khi được chẩn đoán đối với hầu hết các tình trạng trong dân số nói chung [8].

Nghiên cứu ghi nhận nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ghi nhận ở nhóm từ 60 tuổi trở lên (Biểu đồ 2). Điều này cho thấy gánh nặng bệnh tật tăng cao và tập trung phần lớn ở nhóm người cao tuổi. Điều này là do sự suy giảm khả năng tái tạo mô, mất ổn định bộ gen và rối loạn chức năng ty thể dẫn đến tích tụ các bệnh mạn tính.

Trong số những người mắc bệnh, phần lớn người dân mắc 1 bệnh chiếm 33,4%, tiếp đến là 9,9% người dân mắc 2 bệnh và chỉ có 0,3% người dân mắc 5 bệnh phối hợp trở lên. (Bảng 2). Đa bệnh hiện nay là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trên thế giới và cả ở Việt Nam do dân số già hóa, thay đổi lối sống, điều kiện kinh tế xã hội được cải thiện và khả năng chẩn đoán của các dịch vụ y tế được nâng cao. Do thiếu dữ liệu từ các quốc gia có thu nhập thấp và sử dụng các định nghĩa khác nhau về bệnh đa bệnh, một đánh giá có hệ thống gần đây đã nhấn mạnh đến nhu cầu ước tính tỷ lệ mắc bệnh đa bệnh và các mô hình bệnh đa bệnh [9].

Sự tập trung gánh nặng bệnh tật ở nhóm người cao tuổi dẫn đến hệ quả tất yếu về cơ cấu bệnh lý chuyên biệt. Trong các mã bệnh phân loại theo ICPC-2, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ người dân mắc tăng huyết áp không biến chứng (K86) chiếm tỉ lệ cao nhất (21,8%), kế đến là thoái hóa khớp (2,9%) và loét dạ dày (2,5%) (bảng 3). Các thực thể bệnh lý này được lựa chọn dựa trên tần suất xuất hiện cao nhất trong cộng đồng, phản ánh gánh nặng triệu chứng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu thực tế tại địa phương. Kết quả này tương đồng với các xu hướng dịch tễ học hiện đại khi bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân chính gây gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới, trong đó lão hóa là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự mất cân bằng hệ thống tim mạch [10]. Sự chiếm ưu thế tuyệt đối của mã bệnh K86 củng cố quan điểm cho rằng kiểm soát huyết áp là một trong những chiến lược can thiệp hiệu quả nhất nhằm giảm thiểu gánh nặng bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong trong cộng đồng [10].

Hạn chế của nghiên cứu: Do thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu chỉ phản ánh gánh nặng bệnh tật trong một thời gian nhất định. Việc thu thập thông tin qua tự khai báo và phỏng vấn chủ hộ cũng có thể gây ra sai số nhớ lại. Điều này đặc biệt dễ xảy ra đối với các bệnh nhẹ, nhạy cảm hoặc những vấn đề sức khỏe chưa được chẩn đoán chính thức tại cơ sở y tế.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người dân mắc các vấn đề sức khỏe trong vòng 12 tháng là khá cao (48,2%), trong đó nữ giới (49,7%) cao hơn nam giới (46,6%). Gánh nặng bệnh tật tập trung chủ yếu ở nhóm người cao tuổi. Theo phân loại ICPC-2, bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (24,6%), trong đó mã bệnh tăng huyết áp không biến chứng (K86) chiếm ưu thế tuyệt đối với 21,8%. Tình trạng đa bệnh lý (mắc từ 2 bệnh trở lên) chiếm 13,8% dân số. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu can thiệp thử nghiệm về mô hình quản lý lồng ghép bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã. Đồng thời đánh giá tính khả thi và hiệu quả can thiệp của việc ứng dụng bảng mã ICPC-2 vào hồ sơ sức khỏe điện tử tại tuyến cơ sở trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Trọng Bài and Bùi Văn Chín (2010), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006 – 2009 ", Tạp chí Y học Cần Thơ

[2] Vos Theo, Stephen S. Lim, Cristiana Abbafati, et al. (2020), "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", The Lancet, 396(10258), pp. 1204-1222.

[3] Organization. World Health. (2021). Noncommunicable diseases country profiles 2021: Viet Nam. WHO: Geneva.

[4] Nguyễn Thị Thu Dung (2020), "Mô hình bệnh tật của người dân tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 2015 đến 2018", Tạp chí Nghiên cứu y học, 123(7), pp. 181-191.

[5] Nguyễn Minh Hưng, Trịnh Thanh Hùng, Nguyễn Văn Bằng, et al. (2018), "Đặc điểm bệnh tật của cộng đồng khu vực biên giới Tây Nguyên", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 13(4).

[6] Vũ Thị Minh Thục, Nguyễn Văn Ba and Nguyễn Văn Chuyên (2020), "Một số đặc điểm bệnh tật cộng đồng dân cư 5 tỉnh ven biển miền Bắc", Tạp chí Y học cộng đồng, 56(3), pp. 24-30.

[7] Nguyễn Thị Nhung (2020), "Bệnh tật và khác biệt giới của cư dân nông thôn Việt Nam", Tạp chí khoa học xã hội, 261(5), pp. 15-30.

[8] Sun T. Y., J. Hardin, H. R. Nieva, et al. (2023), "Large-scale characterization of gender differences in diagnosis prevalence and time to diagnosis", medRxiv.

[9] Zhang X., A. Padhi, T. Wei, et al. (2022), "Community prevalence and dyad disease pattern of multimorbidity in China and India: a systematic review", BMJ Glob Health, 7(9).

[10] Qu C., S. Liao, J. Zhang, et al. (2024), "Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the Global Burden of Disease Study 2019", Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes, 10(2), pp. 143-153.