



ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH NINH BÌNH
SỞ Y TẾ

KỶ YẾU

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC NGÀNH Y TẾ NINH BÌNH (GIAI ĐOẠN 2015 - 2024)



Ninh Bình, năm 2025

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH NINH BÌNH
SỞ Y TẾ

KỶ YẾU
CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
NGÀNH Y TẾ NINH BÌNH
GIẢI ĐOẠN 2015 - 2024

Ninh Bình, năm 2025

MỤC LỤC

1. Đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường tại tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Ninh Bình	Trang 3
<i>Chủ nhiệm đề tài: BS CKII. Phạm Thị Phương Hạnh, Thư ký: Ths. Nguyễn Thị Liên và cộng sự</i>	
2. Xây dựng chương trình phần mềm và cơ sở dữ liệu quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử trên địa bàn tỉnh Ninh Bình	11
<i>Chủ nhiệm đề tài: TS. Vũ Mạnh Dương, Thư ký: Ths Nguyễn Thị Nương và cộng sự</i>	
3. Đánh giá hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến chất lượng nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình	17
<i>Chủ nhiệm đề tài: Ths. Nguyễn Thị Hương, Thư ký: Ths Vũ Mạnh Dần và cộng sự</i>	
4. Đánh giá hiệu quả áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 tại Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm - Mỹ phẩm tỉnh Ninh Bình từ năm 2015 đến 2017	28
<i>Chủ nhiệm đề tài: DsCK2.. Đinh Thị Bảy, cộng sự: Đinh Đức Thiệp, Phùng Thị Thu Giang</i>	
5. Nghiên cứu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ làm mẹ an toàn tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình, năm 2019- 2020	34
<i>Chủ nhiệm đề tài: BSCK2.Phạm Văn Dậu, Cộng sự: Phạm Cẩm Kỳ, Bùi Thị Hương, Nguyễn Thị Hương, Đồng Thị Thuận, Trần Thị Thu Trang, Vũ Thị Phương Thảo, Hà Ngọc Sơn, Vũ Thị Trà My</i>	
6. Đánh giá thực trạng và đề xuất mô hình quản lý bệnh không lây nhiễm của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình	42
<i>Chủ nhiệm đề tài: Ths. Bs Lê Hoàng Nam, cộng sự: Ths.Bs Nguyễn Mai Thanh, Ths Đỗ Công Chiến, Ths Đỗ Thị Phương Dung</i>	
7. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2019-2020	56
<i>Chủ nhiệm đề tài: BSCK2. Chu Thị Giang, Cộng sự: Phạm Văn Hiệp, Văn Tiến Trường</i>	
8. Nghiên cứu một số bệnh đồng mắc ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Ninh Bình	63
<i>Chủ nhiệm đề tài: BSCK2. Đinh Thị Thu Hiền</i>	
9. Thực trạng sử dụng dịch vụ công trực tuyến của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh Ninh Bình trong năm 2022-2023	69
<i>Chủ nhiệm đề tài: Ths. Vũ Mạnh Dần, Cộng sự: Nguyễn Thị Hương, Đào Thị Kim Oanh</i>	
10.Đánh giá kết quả điều trị tổn thương đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2023	77
<i>Chủ nhiệm đề tài: BS. Đinh Ngọc Dương, Cộng sự: Nguyễn Thị Thương , Đinh Thị Phương</i>	

11. **Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của 2 nhóm ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính và âm tính tại Bệnh viện ĐK tỉnh Ninh Bình** 82
Chủ nhiệm đề tài: BSKKII. Phạm Tiến Lực, Cộng sự: BS.Trịnh Thị Yến, Ths.Bùi Như Huệ, BSKKII. Lê Chính Chuyên, BSKKII. Nguyễn Văn Tuyên, BSKKI. Đinh Công Hoan, BSKKII. Nguyễn Lê Hưng, BSKKI.Giang Mạnh Cường, BSKKI. Nguyễn Phương Hào, ĐD.Ngô Thị Thảo
12. **Đánh giá kết quả phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (IUI) trong điều trị vô sinh tại Bệnh viện Sản – Nhi Ninh Bình 2017 – 2019.** 89
Chủ nhiệm đề tài: Phạm Cẩm Kỳ, cộng sự: Đinh Ngọc Thơm, Nguyễn Thị Kim Ngọc, Phạm Mạnh Toàn, Nguyễn Thị Hương, Phạm Ngọc Hà, Bùi Thị Nguyễn, Bùi Thị Thu Hà, Phạm Thị Yến
13. **Khảo sát nguyên nhân chuyển tuyến. Tại khoa khám bệnh, khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu của trung tâm y tế huyện gia viễn năm 2024** 95
Chủ nhiệm đề tài: BSKK2. Đặng Tiến Hải, cộng sự: Trần Thị Hằng
14. **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ tại BVĐK tỉnh Ninh Bình từ 5/2016 đến 4/2019** 102
Chủ nhiệm đề tài: Đỗ Văn Mạnh, cộng sự: Nguyễn Thị Tuyết Thanh, Trần Thị Dung
15. **Đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại BVĐK tỉnh Ninh Bình năm 2019-2020** 108
Chủ nhiệm đề tài: BSKKII. Đào Thị Nhâm, cộng sự: BS. Nguyễn Thùy Anh Thư, BS. Phạm Thị Hồng Tinh
16. **Khảo sát thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại BVĐK tỉnh Ninh Bình năm 2020** 115
Chủ nhiệm đề tài: BS. Bùi Thị Liên, Cộng sự: ThS. Đặng Hồng Thanh, BSKKI. Ngô Xuân Núi
17. **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn tại BVĐK tỉnh Ninh Bình** 121
Chủ nhiệm đề tài: BSKKII. Lê Đức Nghị, Cộng sự: BSKKII. Nguyễn Hoàng Thanh, BSKKI. Đỗ Công Viên
18. **Khảo sát biến chứng đa dây thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại BVĐK tỉnh Ninh Bình** 128
Chủ nhiệm đề tài: Ths.Bs Ngô Thị Lua, Cộng sự: BSKKII. Phạm Văn Hiệp, BSKKII. Trần Thái Sơn
19. **Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền tại BVĐK tỉnh Ninh Bình năm 2021 – 2022.** 133
Chủ nhiệm đề tài: BS. Nguyễn Đức Tuyên, Cộng sự: BSKKI Hoàng Văn Khiêm
20. **Đánh giá việc áp dụng Lean để giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm hóa sinh, miễn dịch tại khoa Khám bệnh BVĐK tỉnh Ninh Bình năm 2020** 139
Chủ nhiệm đề tài: Ths. Vũ Xuân Huynh, Cộng sự: Ths. Hứa Thị Phương

21. **Nhận xét đặc điểm và các tổn thương thường gặp của nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ được giám định pháp y tại tỉnh Ninh Bình từ 2015 – 2019** 144
Chủ nhiệm đề tài: Bs. Nguyễn Thanh Hải; Cộng sự: BS. Đinh Thị Mùng; KTV. Trần Trung Tín
22. **Đánh giá tình hình nạo hút thai tại Trung tâm y tế thành phố Tam Điệp từ 01/9/2022 đến 30/08/2023** 150
Chủ nhiệm đề tài: BSCKI: Lương Thùy Dung
23. **Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm “Tam pháp đại chùy” kết hợp với thuốc y học cổ truyền trong điều trị Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Ninh Bình năm 2020** 158
Chủ nhiệm đề tài: Bs Đinh Thị Hòa
24. **Đánh giá tác dụng bài thuốc “Quy tỳ thang” gia giảm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị thất miên thể tâm tỳ hư tại khoa Khám bệnh-Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Ninh Bình năm 2023** 162
Chủ nhiệm đề tài: Bs. Phạm Thị Ninh; YS. Đinh Thị Thu Phương
25. **Đánh giá kết quả đình chỉ thai nghén đến 9 tuần bằng Mifepristone và Misoprostol tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2019-2020.** 167
Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Văn Quỳnh; cộng sự: Trịnh Công Doanh; Trần Thị Phương
26. **Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tinh hoàn ẩn không xuống bìu bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng tại BV Sản Nhi Ninh Bình từ 2018-2019** 173
Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Mạnh Hà; cộng sự: Phạm Cẩm Kỳ; Phạm Văn Thanh
27. **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị lỗ tiểu lệch thấp ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2020-2021** 178
Chủ nhiệm đề tài: Đinh Văn Duy; cộng sự: Phạm Cẩm Kỳ; Nguyễn Văn Tú
28. **Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rau cài răng lược sản phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trong 3 năm 2020-2022.** 183
Chủ nhiệm đề tài: Đinh Ngọc Thom; cộng sự: Nguyễn Văn Quỳnh
29. **Đánh giá tình hình nhiễm H.pylori ở bệnh nhân trẻ em bị viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2021.** 189
Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Thị Thu Hà; cộng sự: Nguyễn Thị An Trang; Lê Thị Nhiên
30. **Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2022** 194
Chủ nhiệm đề tài: Vũ Thị Tân Mùi ; cộng sự: Trần Thị Ánh Hồng; Nguyễn Thị Linh
31. **Kết quả điều trị ngoại khoa chữa vòi tử cung tại Bệnh viện sản nhi Ninh bình năm 2021 – 2023** 200
Chủ nhiệm đề tài: Trịnh Công Doanh
32. **Khảo sát mô hình bệnh tật tại bệnh viện Phục hồi chức năng năm 2022** 207
Chủ nhiệm đề tài: BSCKI Phạm Quốc Vương

33. **Đánh giá sự hài lòng người bệnh tới khám bệnh tại Phòng khám đa khoa – Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình năm 2023** 213
Chủ nhiệm đề tài: BSCKII. Đinh Thanh Bình, Cộng sự: ThS.Trần Thị Oanh
34. **Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022** 221
Chủ nhiệm đề tài: ĐD Nguyễn Thị Hạnh; Cộng sự: Nguyễn Đăng Nguyên, Tô Ngọc Lợi
35. **Khảo sát tình trạng sơ cứu, cấp cứu trước viện cho người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu, BVĐK tỉnh Ninh Bình năm 2021** 228
Chủ nhiệm đề tài: CNĐD. Nguyễn Văn Thứ; Cộng sự: ĐDCKI. Phan Sỹ Thược
36. **Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng của Điều dưỡng tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022-2023** 235
Chủ nhiệm đề tài: ThS. Quách Chí Đông; Cộng sự: CN. Hoàng Thị Vui; CN. Hoàng Thị Kim Thoan
37. **Đánh giá hiệu quả của âm nhạc trong giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Mắt Ninh Bình năm 2022** 242
Chủ nhiệm đề tài: ĐDCKI. Đinh Thị Lê Na ; Cộng sự: ĐD. Phạm Đắc Đông
38. **Kiến thức, thực hành quy trình hút ống Nội khí quản bằng catheten kín của điều dưỡng khoa Cấp cứu Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2021** 248
Chủ nhiệm đề tài: CNĐD. Phạm Đức Thắng
39. **Thực trạng tuân thủ điều trị và kết quả truyền thông cho bệnh nhân sau đặt stent động mạch vành tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình** 254
Chủ nhiệm đề tài: ĐDCKI. Đỗ Văn Tuấn; Cộng sự: ĐD Nguyễn Thị Dương; ĐD Nguyễn Thị Thủy Hà
40. **Kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ mang thai về xét nghiệm HIV tự nguyện tại 8 xã của huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2016** 261
Chủ nhiệm đề tài: Ths. Bs Phan Khắc Lưu
41. **Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phản ứng sau tiêm chủng của người chăm sóc trẻ dưới 01 tuổi trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2023** 268
Chủ nhiệm đề tài: Ths. Bs Nguyễn Mai Thanh, Cộng sự: Ths. Bs Nguyễn Thị Thu Phương; Bs. Đỗ Thị Thanh Thủy
42. **Kiến thức, thái độ, tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý điều trị tại trạm y tế thuộc huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2023** 274
Chủ nhiệm đề tài: CN. Phạm Thị Kim Nhung; Cộng sự: Ths. Bs Tống Hữu Phương; Bs. Nguyễn Thị Nhàn
43. **Kiến thức và thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 - 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023** 282
Chủ nhiệm đề tài: ThS. BS CK2. Lê Hữu Trường; Cộng sự: BS Phạm Thị Bích Ngọc; Hộ sinh Trịnh Thị Phương Thảo

44. **Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường týp 2 tại Trạm y tế xã, huyện Yên Khánh, Tỉnh Ninh Bình năm 2019** 290
Chủ nhiệm đề tài: BS. Phạm Giang Sơn
45. **Thực trạng lo âu của người cao tuổi tại xã Văn Phú, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình năm 2022** 296
Chủ nhiệm đề tài: CN. Nguyễn Thị Hồng Thu; Cộng sự: CKI YTCC. Đặng Thị Thu
46. **Thực trạng kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường tuyp 2 tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mô, tỉnh Ninh Bình năm 2023** 304
Chủ nhiệm đề tài: BS. Lê Trọng Tuân; Cộng sự: Lê Thị Kiều Oanh
47. **Thực trạng kiến thức, thái độ về sức khỏe sinh sản cho học sinh trường Trung học cơ sở xã Trường Yên, huyện Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình năm 2023** 309
Chủ nhiệm đề tài: CN. Đỗ Thị Hương Huyền
48. **Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức sử dụng kháng sinh của người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện đa khoa huyện nho quan năm 2022** 316
Chủ nhiệm đề tài: BSCKI. Nguyễn Hùng Ngân
49. **Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình giai đoạn từ 01/4/2018 - 31/03/2019** 323
Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Mai Lê; DSCK2. Đinh Thị Bẩy; Ths. Nghiêm Xuân Bách; DS. Lê Thu Mai
50. **Khảo sát sự hài lòng của Học sinh - Sinh viên về một số lĩnh vực phục vụ đào tạo của trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình năm học 2023 - 2024** 332
Chủ nhiệm đề tài: ThS. Nguyễn Thị Châu Giang; Cộng sự: ThS. Trần Đình Thanh, ThS. Tạ Thị Thu Thủy

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TUYẾN HUYỆN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NINH BÌNH

Phạm Thị Phương Hạnh^{1*}, Vũ Mạnh Dương, Ngô Ngọc Quang,
Nguyễn Thị Liên, Đoàn Ngọc Quý, Trần Thái Sơn

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng mắc bệnh đái tháo đường của người dân trong độ tuổi 30 - 69 tuổi, (2) Đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường tại cơ sở y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3000 đối tượng và can thiệp không đối chứng trên 141 bệnh nhân bị ĐTĐ. **Kết quả:** qua sàng lọc 3000 người dân trong độ tuổi từ 30-69 tuổi phát hiện 155 đối tượng nghi ngờ mắc ĐTĐ, các đối tượng này được phỏng vấn kiến thức, thái độ thực hành về phòng chống ĐTĐ, khám, chẩn đoán xác định và đưa vào điều trị (141 đối tượng mắc ĐTĐ) tại tuyến huyện, sau 3 tháng điều trị: Giá trị trung bình về các chỉ số glucose máu lúc đói, HbA1c, lipid máu và huyết áp sau 3 tháng điều trị có kết quả hiệu quả hơn so với thời điểm chưa điều trị. Mức kiểm soát glucose đạt mục tiêu chiếm 51,8% và HbA1c là 50,4% ($p < 0,05$). Sau 6 tháng điều trị: Giá trị trung bình của các chỉ số mục tiêu đều giảm xuống rõ rệt: glucose máu lúc đói từ $10,4 \pm 2,79\text{mmol/l}$ xuống còn $7,03 \pm 1,57\text{mmol/l}$, HbA1c từ $8,13 \pm 0,98\%$ xuống còn $6,73 \pm 0,51\%$; cholesterol TP từ $6,36 \pm 1,29\text{mmol/l}$ xuống còn $5,19 \pm 1,07\text{mmol/l}$; Triglycerid từ $2,95 \pm 1,72\text{mmol/l}$ xuống còn $2,06 \pm 0,91\text{mmol/l}$, ($p < 0,05$). Sau 6 tháng tỷ lệ kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu là 70,9% và chỉ số HbA1c đạt 77,3% ($p < 0,05$). **Kết luận:** bệnh nhân ĐTĐ cần được tư vấn thường xuyên về chế độ dinh dưỡng, tập luyện và điều trị để tăng hiệu quả điều trị. Những bệnh nhân được tư vấn sau 3 tháng và 6 tháng có sự giảm rõ rệt về giá trị glucose lúc đói và HbA1c, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Đái tháo đường; tỷ lệ mắc đái tháo đường, hiệu quả quản lý và điều trị, Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ĐTĐ đang trở thành gánh nặng bệnh tật trên thế giới cũng như ở Việt Nam do sự gia tăng nhanh số lượng người mắc, hậu quả nặng nề của bệnh đối với sức khỏe và tuổi thọ. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2015 toàn thế giới có 415 triệu người (trong độ tuổi 20-79) bị bệnh ĐTĐ, tương đương cứ 11 người có 1 người bị ĐTĐ, đến năm 2040 con số này sẽ là 642 triệu, tương đương cứ 10 người có 1 người bị ĐTĐ. Theo IDF, năm 2021 toàn thế giới có 537 triệu người (trong độ tuổi 20 - 79) bị bệnh ĐTĐ đến năm 2045 con số này sẽ là 783 triệu [1].

Ở Việt Nam, nghiên cứu năm 2012 của Bệnh viện Nội tiết trung ương cho thấy: tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ trên toàn quốc ở người trưởng thành là 5.42%, tỷ lệ đái tháo đường chưa được chẩn đoán trong cộng đồng là 63.6%. Nghiên cứu năm 2020 của Bệnh viện Nội tiết trung ương cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nhóm 30-69 tuổi trên toàn quốc là 7,3%, tiền đái tháo đường (TĐTĐ) là 17,8% [2, 3].

Năm 2017, Thủ tướng Chính phủ ký ban hành Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 phê duyệt Chương trình Mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020, trong đó có Dự án Phòng chống đái tháo đường với mục tiêu sau [4]:

- Không chế tỷ lệ ĐTĐ $< 10\%$ ở người 30 - 69 tuổi.
- Không chế tỷ lệ TĐTĐ $< 20\%$ ở người 30 - 69 tuổi.

Tại Ninh Bình, đến nay chưa có điều tra, nghiên cứu nào về thực trạng mắc đái tháo đường. Tuy nhiên, theo số liệu thống kê hàng năm, khi phân tích về mô hình bệnh tật trong 5 năm gần đây, ĐTĐ nằm trong số 10 bệnh mắc nhiều nhất và là 1 trong 10 bệnh gây tử vong hàng đầu trong số nhập viện tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh. Theo ước tính của Tổ chức Y

¹ Sở Y tế Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: Phạm Thị Phương Hạnh - Giám đốc Sở Y tế Ninh Bình;

Địa chỉ: 18 Kim Đồng, phường Phúc Thành, TP Ninh Bình;

SĐT: 0912272843, Email: ptphanh26@gmail.com.

tế thế giới (WHO), ĐTĐ chiếm khoảng 3% dân số, như vậy, với dân số tỉnh Ninh Bình khoảng 1 triệu dân, có khoảng 30.000 người mắc ĐTĐ, tuy nhiên theo số liệu báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật, đến tháng 10/2023 toàn tỉnh đang quản lý, điều trị là 15.254 bệnh nhân ĐTĐ, trong đó tuyến tỉnh quản lý 5.946 (39%) bệnh nhân, tuyến huyện quản lý 9.308 (61%) bệnh nhân. Như vậy có thể thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân được quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ tại tuyến huyện còn rất thấp chỉ như phần nổi của tảng băng. Tại tuyến xã, chỉ có một số xã triển khai quản lý bệnh Đái tháo đường một cách manh mún và chưa liên tục do được hỗ trợ của một số dự án.

Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường tại tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Ninh Bình”** với 2 mục tiêu:

- *Mục tiêu 1:* Mô tả thực trạng mắc bệnh đái tháo đường của người dân trong độ tuổi 30 - 69 tuổi trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2021.

- *Mục tiêu 2:* Đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường tại cơ sở y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 20 xã, phường, thị trấn của huyện Kim Sơn, Gia Viễn và thành phố Ninh Bình.

- Thời gian nghiên cứu: được thực hiện từ tháng 01/2021 đến tháng 2/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu là những người tuổi từ 30-69 tuổi thuộc 20 xã của 3 huyện Kim Sơn, Gia Viễn và Thành phố Ninh Bình.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính: Sốt cao, viêm phổi..

+ Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến glucose máu như: Corticoid, Salbutamol...

+ Người bệnh đang nằm điều trị tại các cơ sở y tế hoặc tại nhà, các trường hợp bệnh nặng, tật nguyên không thể tự đi đứng được, các trường hợp dị tật về chiều cao, các trường hợp không thể đo được vòng hông, chiều cao;

+ Người mất năng lực hành vi, tâm thần, bị giam giữ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng các phương pháp chính là mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng, cụ thể:

- Mục tiêu 1: sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang: áp dụng phương pháp điều tra thực địa, phỏng vấn trực tiếp người dân để đánh giá thực trạng mắc đái tháo đường trên địa bàn tỉnh.

- Mục tiêu 2: Can thiệp cộng đồng không đối chứng

Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa trên so sánh kết quả trước - sau can thiệp.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- *Cỡ mẫu cho mô tả cắt ngang:*

Được tính toán theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

p = 0,094 (tỷ lệ ĐTĐ theo nghiên cứu của Trần Minh Long năm 2010).

ϵ = 0,12 (giá trị sai số cho phép của nghiên cứu).

α : mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 2571$ đối tượng nghiên cứu. Để dự phòng bỏ cuộc, đảm bảo tính đại diện và chính xác lấy số người điều tra $n = 3000$.

- Đánh giá hiệu quả điều trị tại tuyến huyện: cỡ mẫu can thiệp $n = 141$ người

2.3.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Các biến số về giới, tuổi, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương.

- Các chỉ số về HbA1c, Cholesterol TP, Triglycerid.

2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp các đối tượng tham gia nghiên cứu qua bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn.

- Sàng lọc các đối tượng mắc đái tháo đường tại cộng đồng thông qua sàng lọc test mao mạch cho các đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Đánh giá hiệu quả điều trị ĐTĐ qua các chỉ số: Glucose máu, HbA1c, mỡ máu, huyết áp, men gan...

- Tư vấn cho bệnh nhân về chế độ ăn uống, luyện tập thể dục hàng ngày qua các lần khám bệnh. Sau mỗi lần khám định kỳ, cán bộ y tế căn cứ kết quả theo dõi điều trị tư vấn, hướng

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Epidata, SPSS 16.0. Kết quả được trình bày dưới dạng các bảng tần số và biểu đồ.

- Sử dụng các test thống kê để kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ với mức ý nghĩa 5%, Số liệu phân bố chuẩn được sử dụng các test thống kê tham số: test t gộp cặp cho so sánh trước sau, test t cho 2 nhóm độc lập, test ANOVA cho so sánh trên 2 nhóm.

- Tỷ suất chênh OR (Odds – Ratio) được tính để đánh giá mối liên quan giữa tiền ĐTĐ và các YTNC: tuổi, giới, BMI, vòng eo, tiền sử bệnh liên quan...

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin, mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành điều tra.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia, không bắt ép đối với người từ chối hoặc ngừng tham gia giữa chừng.

- Các đối tượng được giải thích về quy trình lấy máu mao mạch và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Máu mao mạch được lấy bằng kim chích máu riêng cho từng cá nhân, đảm bảo an toàn tuyệt đối cho người dân.

- Kết quả nghiên cứu phải đảm bảo tính khách quan và trung thực.

- Đảm bảo tính bí mật thông tin trong nghiên cứu.

- Phản hồi kết quả nghiên cứu cho cá nhân và địa phương để có kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3. 1. Thực trạng mắc bệnh đái tháo đường của người dân trong độ tuổi 30 - 69 tuổi trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	30 – 39	748	24,9
	40 – 49	726	24,2
	50 – 59	765	25,5
	60 – 69	760	25,4
	Tổng số	3000	100,0
Giới tính	Nam	1513	50,4
	Nữ	1487	49,6
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	389	12,9
	THCS	1372	45,7
	Phổ thông trung học	696	23,2
	Từ trung cấp trở lên	543	18,1
Tổng		3.000	100

Nhận xét: Sự khác biệt tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo các nhóm tuổi, giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trên 50% đối tượng nghiên cứu có trình độ văn hóa từ trung học cơ sở - trung học phổ thông trở lên.

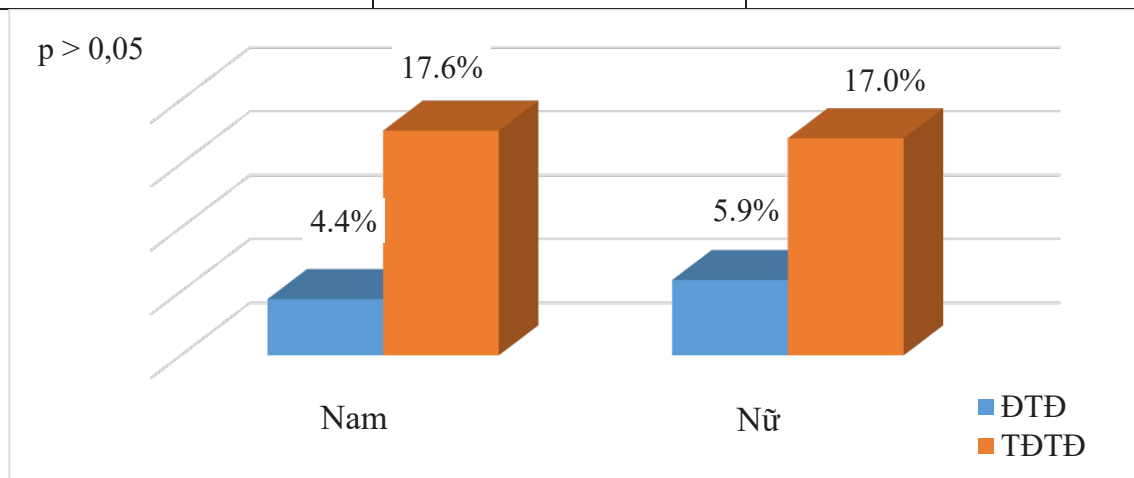
Bảng 2. Tiền sử và yếu tố nguy cơ bệnh ĐTD của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử (n=3000)	Tỷ lệ có yếu tố nguy cơ					
	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Tăng huyết áp	76	5,0	88	5,9	164	5,5
Đái tháo đường	41	2,7	56	3,8	98	3,3
Gia đình có người mắc ĐTD	159	10,5	143	9,6	302	10,1
Rối loạn mỡ máu	78	5,2	99	6,7	177	5,9
Thừa cân	636	42,0	460	30,9	1096	36,5

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có ít nhất một yếu tố nguy cơ liên quan tới bệnh đái tháo đường và tình trạng thừa cân là 36,5%, tăng huyết áp 5,5%, rối loạn chuyển hóa lipid 5,9%, gia đình có người mắc ĐTD 10,1%

Bảng 3. Tỷ lệ mắc ĐTD và tiền ĐTD ở đối tượng nghiên cứu thông qua sàng lọc

ĐTNC (n=3000)	Số lượng	Tỷ lệ
ĐTD	155	5,2%
TĐTD	519	17,3%
Bình thường	2326	77,5%



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc ĐTD và tiền ĐTD theo giới ở ĐTNC qua sàng lọc

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện bệnh nhân đái tháo đường là 5,2%, trong đó phân bố theo giới nam và nữ là 4,4% và 5,9%.

Tỷ lệ rối loạn đường máu lúc đói và rối loạn dung nạp glucose (tiền đái tháo đường) là 17,3% có phân bố theo giới nam và nữ lần lượt là 17,6% và 17%.

3.2. Hiệu quả quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường tại cơ sở y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

Bảng 4. Các chỉ số cơ bản của ĐTNC trước khi can thiệp (n=141)

Chỉ số	Giá trị của chỉ số		
	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	7,0	17,8	10,4 ± 2,79
HbA1c (%)	6,4	11,3	8,13 ± 0,98
Cholesterol TP (mmol/l)	3,7	10,2	6,36 ± 1,29
Triglycerid (mmol/l)	0,7	12	2,95 ± 1,72
Huyết áp tâm thu (mmHg)	110	160	132,6 ± 13,1
Huyết áp tâm trương (mmHg)	60	100	76,7 ± 8,3

Nhận xét: Chỉ số glucose lúc đói tại thời điểm chẩn đoán ở mức độ cao trung bình, giá trị trung bình (10,4 ± 2,79 mmol/l), bệnh nhân có glucose máu lúc đói cao nhất là 17,8 mmol/l; Chỉ số HbA1c cũng khá cao, trung bình (8,13 ± 0,98 %), bệnh nhân có chỉ số HbA1C cao nhất là 10,2 %; Giá trị trung bình chỉ số Lipid máu là cao, bệnh nhân có chỉ số lipid máu cao nhất cholesterol là 10,2 mmol/l và triglycerid là 12 mmol/l. Chỉ số huyết áp trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu không cao.

Bảng 5. So sánh các chỉ số mục tiêu trước và sau điều trị 3 tháng

Chỉ số	Trước ĐT	Sau 3 tháng	p
Glucose (mmol/l)	10,4 ± 2,79	7,75 ± 1,86	< 0,05
HbA1c (%)	8,13 ± 0,98	7,18 ± 0,72	< 0,05
Cholesterol TP (mmol/l)	6,36 ± 1,29	5,42 ± 1,08	< 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,95 ± 1,72	2,26 ± 1,19	< 0,05
HA TT (mmHg)	132,6 ± 13,1	125,2 ± 8,36	< 0,05
HA TTr (mmHg)	76,7 ± 8,35	73,9 ± 5,4	< 0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình về các chỉ số glucose máu lúc đói, HbA1c, Lipid máu và huyết áp sau 3 tháng điều trị có kết quả thấp hơn so với thời điểm chưa điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 6. Đặc điểm kiểm soát glucose máu, HbA1c so với mục tiêu điều trị

Chỉ số	Mục tiêu	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		p
		n	%	n	%	
Glucose máu	Đạt	73	51,8	100	70,9	< 0,05
	Không đạt	68	48,2	41	29,1	< 0,05
	Tổng	141	100	141	100	
HbA1c	Đạt	71	50,4	109	77,3	< 0,05
	Không đạt	70	49,6	32	22,7	< 0,05
	Tổng	141	100	141	100	

Nhận xét: Về hiệu quả sau 3 tháng điều trị bệnh nhân kiểm soát glucose đạt mục tiêu chiếm 51,8 % và HbA1c là 50,4 %. Sau 6 tháng tỷ lệ kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu là 70,9 % và chỉ số HbA1c đạt 77,3 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7. Đặc điểm kiểm soát huyết áp so với mục tiêu điều trị

Chỉ số	Mục tiêu	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		p
		n	%	n	%	
HA tâm thu	Đạt	46	80,7	56	98,2	< 0,05

	<i>Không đạt</i>	11	19,3	1	1,8	
	<i>Tổng</i>	57	100	57	100	
HA tâm trương	<i>Đạt</i>	24	96	25	100	< 0,05
	<i>Không đạt</i>	1	0,4	0	0	
	<i>Tổng</i>	25	100	25	100	

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp là khá cao đạt 98,2 % đối với huyết áp tâm thu và 100 % đối với huyết áp tâm trương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 8. Đặc điểm kiểm soát Lipid máu so với mục tiêu

Thông số	Mức độ	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		p
		n	%	n	%	
Cholesterol TP	Đạt	49	43,4	82	72,6	< 0,05
	Không đạt	64	56,6	31	27,4	< 0,05
	<i>Tổng</i>	113	100	113	100	
Triglycerid	Đạt	38	31,1	60	49,2	< 0,05
	Không đạt	84	68,9	62	50,8	< 0,05
	<i>Tổng</i>	122	100	122	100	

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát cholesterol máu là khá cao đạt 72,6 %, kiểm soát triglycerid còn thấp đạt 49,2 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường chiếm 5,2% trong đó phân bố theo giới nam 4,4% và nữ 5,9%. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ là 17,3%, trong đó nam chiếm 17,6% và nữ là 17%. Sàng lọc tiền đái tháo đường để phát hiện sớm những trường hợp đái tháo đường trong tương lai và làm giảm tỷ lệ mắc các biến chứng. Theo nghiên cứu của Tiến sĩ Phan Hương Dương năm 2020, tỷ lệ mắc Đái tháo đường tại Đồng bằng Sông Hồng là 7,1%, TĐTĐ là 17,1%. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ ĐTĐ thấp hơn so với nghiên cứu trên và có tỷ lệ TĐTĐ tương đương. [3] Đánh giá kết quả Dự án với mục tiêu của Dự án tại Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020 không chế tỉ lệ ĐTĐ < 10% và tiền ĐTĐ < 20% thì kết quả phòng chống ĐTĐ của tỉnh Ninh Bình đã đạt mục tiêu của Thủ tướng Chính phủ đề ra.[4]

Trong nghiên cứu chúng tôi, sau 6 tháng điều trị tích cực cho thấy giá trị trung bình của các chỉ số mục tiêu đều giảm xuống rõ rệt: glucose máu lúc đói từ $10,4 \pm 2,79$ mmol/l xuống còn $7,03 \pm 1,57$ mmol/l; HbA1a từ $8,13 \pm 0,98$ % xuống còn $6,73 \pm 0,51$ %; cholesterol TP từ $6,36 \pm 1,29$ mmol/l xuống còn $5,19 \pm 1,07$ mmol/l; triglycerid từ $2,95 \pm 1,72$ mmol/l xuống còn $2,06 \pm 0,91$ mmol/l, sự khác biệt của các chỉ số này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Thị Hồ Lan nghiên cứu tại bệnh viện Nội tiết Trung ương. Nhiều nghiên cứu kết luận rằng nếu HbA1c cao > 8% là yếu tố nguy cơ quan trọng của các biến chứng mạn tính, theo nghiên cứu của UKPDS cho thấy cứ giảm 1% HbA1c sẽ góp phần giảm 37% nguy cơ biến chứng thận và mắt, giảm 14% nhồi máu cơ tim, giảm 21% tử vong liên quan đến ĐTĐ do vậy để kiểm soát được cần có sự hợp tác tốt giữa bệnh nhân, thầy thuốc, các phương pháp điều trị được áp dụng một cách hợp lý sẽ hạn chế các biến chứng xuất hiện [5]. Phát hiện sớm bệnh ĐTĐ týp 2 và điều trị tích cực bệnh có vai trò đặc biệt quan trọng trong dự phòng các biến chứng nặng nề của căn bệnh này. Tuy nhiên thực tế cho thấy phần lớn bệnh nhân ĐTĐ týp 2 chỉ được phát hiện sau nhiều năm tiến triển âm thầm của bệnh, nhiều người trong số họ đã có biến chứng khi được chẩn đoán lần đầu. Trong điều trị bệnh nhân ĐTĐ, việc kiểm soát glucose máu luôn được quan tâm hàng đầu trong điều trị cho người bệnh. Để đánh

giá mục tiêu kiểm soát glucose máu và HbA1c, chúng tôi phân tích trên 141 bệnh nhân ĐTĐ týp 2 đưa vào quản lý điều trị.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận glucose máu lúc đói sau 3 tháng điều trị có 51,8% đạt mục tiêu và có 71,9% đạt mục tiêu sau 6 tháng, chỉ số HbA1c sau 3 tháng điều trị có 50,4% đạt mục tiêu và sau 6 tháng là 77,3%. Chỉ có 60 bệnh nhân chiếm 42,5% đạt được tất cả hai mục tiêu sau 3 tháng, đạt 66,7% sau 6 tháng. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Lương Huỳnh Thanh Hằng (2019) tỷ lệ HbA1c đạt mục tiêu là 73,29% [6]; nghiên cứu Nguyễn Thị Tô Uyên với 1560 bệnh nhân ĐTĐ điều trị ngoại trú tại bệnh viện huyện Phú Lương, kết quả mức độ kiểm soát HbA1c tổ chiếm 67,6%, kiểm soát glucose đói tốt đạt 77,2% [7] thấp hơn so với thời điểm chưa điều trị. Mức kiểm soát glucose đạt mục tiêu chiếm 51,8% và HbA1c là 50,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 6 tháng điều trị: Giá trị trung bình của các chỉ số mục tiêu đều giảm xuống rõ rệt: glucose máu lúc đói từ $10,4 \pm 2,79$ mmol/l xuống còn $7,03 \pm 1,57$ mmol/l; HbA1a từ $8,13 \pm 0,98\%$ xuống còn $6,73 \pm 0,51\%$; cholesterol TP từ $6,36 \pm 1,29$ mmol/l xuống còn $5,19 \pm 1,07$ mmol/l; Triglycerid từ $2,95 \pm 1,72$ mmol/l xuống còn $2,06 \pm 0,91$ mmol/l, sự khác biệt của các chỉ số này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 6 tháng tỷ lệ kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu là 70,9% và chỉ số HbA1c đạt 77,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng mắc ĐTĐ và rối loạn dung nạp glucose ở đối tượng 30-69 tuổi trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

- Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở độ tuổi 30 - 69 được thực hiện thông qua test đường huyết mao mạch là 5,2%.

- Tỷ lệ tiền đái tháo đường 17,3%.

5.2. Đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ tại cơ sở y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh

- Chỉ số glucose lúc đói tại thời điểm chẩn đoán $10,4 \pm 2,79$ mmol/l, Chỉ số HbA1c trung bình $8,13 \pm 0,98\%$, Giá trị trung bình chỉ số Lipid tương đối cao, bệnh nhân có chỉ số lipid máu cao nhất cholesterol là 10,2 mmol/l và triglycerid là 12 mmol/l.

- Sau 3 tháng điều trị: Giá trị trung bình về các chỉ số glucose máu lúc đói, HbA1c, Lipid máu và huyết áp sau 3 tháng điều trị đều có kết quả thấp hơn so với thời điểm chưa điều trị. Mức kiểm soát glucose đạt mục tiêu chiếm 51,8% và HbA1c là 50,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 6 tháng điều trị: giá trị trung bình của các chỉ số mục tiêu đều giảm xuống rõ rệt: glucose máu lúc đói từ $10,4 \pm 2,79$ mmol/l xuống còn $7,03 \pm 1,57$ mmol/l; HbA1a từ $8,13 \pm 0,98\%$ xuống còn $6,73 \pm 0,51\%$; Cholesterol TP từ $6,36 \pm 1,29$ mmol/l xuống còn $5,19 \pm 1,07$ mmol/l; Triglycerid từ $2,95 \pm 1,72$ mmol/l xuống còn $2,06 \pm 0,91$ mmol/l, sự khác biệt của các chỉ số này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số kiến nghị sau:

6.1. Đối với Ngành Y tế

- Tăng đường huyết cần sớm được nhìn nhận là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng, Ngành y tế cần quan tâm hơn nữa đến công tác sàng lọc bệnh ĐTĐ tại cộng đồng để phát hiện sớm những người mắc ĐTĐ để đưa vào quản lý, điều trị.

- Hỗ trợ cơ sở y tế tuyến xã về cơ sở vật chất, nhân lực, trang thiết bị để thực hiện sàng lọc bệnh ĐTĐ tại cộng đồng và thực hiện quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ tại tuyến xã theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Tăng cường tập huấn chuyên môn về công tác quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ và chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân ĐTĐ cho cán bộ y tế tại tuyến huyện và tuyến xã.

- Việc điều trị bệnh Đái tháo đường cần kết hợp cả 3 hình thức: dinh dưỡng + tập luyện + tuân thủ thuốc điều trị để kiểm soát tốt đường huyết.

- Đối với bệnh nhân đã kiểm soát đường huyết ổn định tại tuyến huyện, cần chuyển gửi về tuyến xã theo hướng dẫn của Bộ Y tế để thực hiện quản lý, điều trị và cấp phát thuốc tại

tuyến xã để giảm tải cho tuyến trên, định kỳ 3 tháng/lần bệnh nhân được xét nghiệm các chỉ số về Glucose, HbA1, Cholesterol... tại tuyến huyện.

- Tăng cường công tác tuyên truyền cho người dân bằng các hình thức để nâng cao kiến thức, thái độ, thay đổi thói quen sống theo hướng tích cực, định kỳ kiểm tra đường huyết tối thiểu 1 lần/năm trong phòng, chống đái tháo đường.

- Đối với các đối tượng tiền Đái tháo đường được phát hiện qua sàng lọc cần được tư vấn về chế độ ăn uống hợp lý, kiểm tra đường huyết tối thiểu 2 lần/năm để phòng tránh bệnh đái tháo đường.

6.2. Đối với các cấp chính quyền

- Hỗ trợ kinh phí cho cơ sở y tế tuyến huyện, xã để thực hiện sàng lọc phát hiện sớm bệnh ĐTĐ ở cộng đồng.

- Chỉ đạo các ban, ngành liên quan tăng cường phối hợp với ngành y tế trong công tác tuyên truyền, vận động người dân thực hiện quản lý, điều trị ĐTĐ tại tuyến y tế cơ sở.

- Tuyên truyền phổ biến những yếu tố nguy cơ gây bệnh, kiến thức về dự phòng biến chứng thường xuyên cho người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation, IDF Diabetes atlas. International Diabetes Federation, 2021.

2. Bệnh viện Nội tiết Trung ương, “*Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2012, triển khai kế hoạch năm 2013*”, Dự án Phòng chống Đái tháo đường Quốc gia, hoạt động phòng chống các rối loạn do thiếu hụt i-ốt, 2013.

3. Bệnh viện Nội tiết Trung ương “*Điều tra tỷ lệ đái tháo đường typ 2, tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan tại Việt Nam năm 2020*”, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa, 2020.

4. Thủ tướng Chính phủ “*Quyết định phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 -2020*”, Số 1125/QĐ-TTg, Văn phòng Chính phủ, chủ biên, 2017.

5. Nguyễn Thị Hồ Lan, Lê Đình Tuấn, “*Đánh giá mức độ kiểm soát Glucose máu và HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*” Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường, 2016, Tr74 - Tr81.

6. Lương Huỳnh Thanh Hằng, Đỗ Kim Quế, Trần Thị Thanh Hương, cộng sự, “*Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường typ 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại*

XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH PHẦN MỀM VÀ CƠ SỞ DỮ LIỆU QUẢN LÝ HỒ SƠ SỨC KHỎE CÁ NHÂN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NINH BÌNH

Vũ Mạnh Dương¹, Phạm Thị Phương Hạnh, Ngô Ngọc Quang, Nguyễn Thị Nương²,
Nguyễn Thị Tú Anh, Tạ Thị Lan Hương, Hoàng Huy Phương,
Bùi Thị Thu Hà, Hoàng Anh Tuấn, Phạm Ngọc Hải

TÓM TẮT

Là một đề tài cấp tỉnh được đánh giá xếp loại “xuất sắc”, do Sở Y tế chủ trì thực hiện trong thời gian từ 2018-2020 với tổng kinh phí là 1,12 tỷ đồng. Đề tài gồm 3 mục tiêu chính: Đánh giá thực trạng quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân tại các Trạm Y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh; phát triển phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân và xây dựng cơ sở dữ liệu hồ sơ sức khỏe cá nhân; áp dụng thí điểm và đánh giá kết quả ứng dụng phần mềm. Đối tượng nghiên cứu là công tác quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân tại các Trạm Y tế và phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử. Phương pháp nghiên cứu chính sử dụng là điều tra cắt ngang. Sau 3 năm triển khai, đã xây dựng được phần mềm và cơ sở dữ liệu quản lý hồ sơ sức khỏe người dân, đã tiến hành áp dụng thí điểm tại xã Phú Long và thị trấn Nho Quan thuộc huyện Nho Quan, lập được 6.000 hồ sơ sức khỏe điện tử cho người dân tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của đề tài đã cung cấp công cụ hữu ích, thiết thực, giúp quản lý đồng bộ, toàn diện sức khỏe người dân không chỉ đối với tuyến xã mà cả các cơ quan quản lý, cơ quan chuyên môn các tuyến trong hệ thống y tế của tỉnh.

Từ khóa: EHR, hồ sơ sức khỏe điện tử, hồ sơ sức khỏe cá nhân, quản lý sức khỏe người dân.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý sức khỏe người dân là một trong các mục tiêu quan trọng trong sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn từ nay đến năm 2030. Tại Chương trình hành động số 21-CTr/TU ngày 25/10/2017 của Tỉnh ủy về công tác bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới trên địa bàn tỉnh, Kế hoạch số 38/KH-UBND ngày 09/4/2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh đề ra chỉ tiêu: Đến năm 2025, phần đầu trên 90% dân số được quản lý sức khỏe và năm 2030 đạt 95% dân số được quản lý sức khỏe. Trong khi đó, giai đoạn vừa qua, việc quản lý hồ sơ sức khỏe còn bị động và chưa đồng bộ do các chương trình y tế trong giai đoạn vừa qua tập trung quản lý bệnh tật, chưa quan tâm theo dõi sức khỏe người dân từ khi còn khỏe mạnh. Theo ước tính, tỷ lệ người dân được quản lý hồ sơ sức khỏe chưa đạt 50%. Nếu không có giải pháp cụ thể, đột phá thì không thể thực hiện các mục tiêu đã đề ra. [1]. Trên thế giới bắt đầu nghiên cứu và ứng dụng về hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) từ năm 1960, Việt Nam tiếp cận và nhen nhóm ý tưởng từ năm 2008, tuy nhiên, chưa phát triển thành ứng dụng để áp dụng trên cả nước [2]. Bộ Y tế mới chỉ ban hành mẫu hồ sơ sức khỏe điện tử tại Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/3/2017, chưa có công cụ phục vụ quản lý các thông tin này [3]. Trước tình hình đó, Sở Y tế đã đề xuất UBND tỉnh triển khai thí điểm hồ sơ sức khỏe điện tử thí điểm thông qua đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh: “Xây dựng chương trình phần mềm và cơ sở dữ liệu quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử trên địa bàn tỉnh Ninh Bình” với 3 mục tiêu chính:

1. Đánh giá thực trạng quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân tại các Trạm Y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.
2. Phát triển phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân và xây dựng cơ sở dữ liệu hồ sơ sức khỏe cá nhân tập trung dành cho Trạm Y tế tuyến xã đảm bảo đáp ứng các tiêu chuẩn, quy chuẩn về kết nối liên thông và chia sẻ dữ liệu dùng chung của tỉnh và Bộ Y tế.
3. Áp dụng thí điểm và đánh giá kết quả ứng dụng phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe tại một xã và một phường trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.

¹ Tỉnh Ninh Bình, Sở Y tế tỉnh Ninh Bình, số 18 đường Kim Đồng, phường Phúc Thành, thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình, điện thoại di động: 0912 653 144, email: duongvmyt@yahoo.com.vn.

² Tỉnh Ninh Bình, Sở Y tế tỉnh Ninh Bình, số 18 đường Kim Đồng, phường Phúc Thành, thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình, điện thoại di động: 0912 994 698, email: nguyennuong15091988@gmail.com.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại các xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.
- Thời gian nghiên cứu: Từ năm 2018 đến năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Công tác quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân tại các Trạm Y tế xã phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.

- Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử của người dân.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin

- Đánh giá thực trạng quản lý hồ sơ sức khỏe: Sử dụng phương pháp khảo sát, nghiên cứu cắt ngang, kỹ thuật phỏng vấn, tổng hợp, phân tích thông tin, số liệu.

- Xây dựng và phát triển phần mềm: Sử dụng phương pháp chuyên gia, khảo sát, hội thảo, phương pháp thực nghiệm, nghiên cứu ngôn ngữ lập trình.

- Đánh giá hiệu quả quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử: Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang, có so sánh, sử dụng kỹ thuật phỏng vấn sâu các đối tượng có liên quan.

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Danh mục và số lượng các loại sổ đang sử dụng trong quản lý hồ sơ sức khỏe tại Trạm Y tế xã, phường, thị trấn.

- Tần suất sử dụng các loại sổ

- Số lượng đối tượng được quản lý.

- Thời gian lưu trữ của các loại sổ quản lý sức khỏe người dân

- Loại phần mềm sử dụng để quản lý sức khỏe người dân.

- Hiệu quả sau khi triển khai thí điểm phần mềm EHR: hiểu biết của người dân về hồ sơ sức khỏe điện tử, thời gian khi khám chữa bệnh, sự hài lòng của cán bộ y tế, sự thuận tiện khi chia sẻ thông tin sức khỏe, ...

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng ứng dụng tin học văn phòng MS.Excel.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Các thông tin thu thập trong phạm vi đề tài chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không dùng để đánh giá xếp loại, không dùng vào mục đích khác.

- Các thông tin của người dân được thu thập để tạo lập hồ sơ sức khỏe được bảo mật, chỉ phục vụ cho công tác quản lý. Cơ sở dữ liệu được bảo mật 04 lớp, sử dụng mật khẩu mạnh (8 ký tự, có ký tự dạng số và dạng chữ, có ký tự đặc biệt), phiên bản Oracle 12c, đảm bảo tính an toàn dữ liệu theo chuẩn quốc tế Tier 3.

- Đề tài được Hội đồng nghiệm thu cơ sở của Sở Y tế, Hội đồng nghiệm thu đề tài cấp tỉnh thông qua các vấn đề đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá thực trạng quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân tại các Trạm Y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

- Tính đến thời điểm khảo sát, chưa có 01 loại sổ theo dõi thông tin sức khỏe của người dân một cách đồng bộ từ khi sinh ra đến khi mất đi. Có 39 loại sổ đang được sử dụng tại Trạm Y tế, trong đó: sổ theo dõi đối tượng tiêm chủng và bà mẹ sau đẻ uống vitamin A được lập và sử dụng ở 100% các Trạm Y tế, các loại sổ còn lại được sử dụng với tỷ lệ dao động từ 33,8% - 99,3%. Hầu hết các loại sổ đều được sử dụng bằng ghi chép thủ công, ngoài ra, một số loại sổ được sử dụng bằng cả hình thức sổ giấy và quản lý trên phần mềm như: Sổ khám bệnh (118/145), sổ tiêm chủng trẻ em (145/145).

- Tần suất sử dụng các loại sổ khác nhau, tùy vào số lượng đối tượng sử dụng dịch vụ. Các sổ có tần suất sử dụng hàng ngày ở nhiều Trạm Y tế như: Sổ Khám chữa bệnh (94,4%), Sổ khám thai (72,2%), Sổ đẻ (77,8%), sổ theo dõi bảo hiểm y tế (100%), sổ khám thai và tư vấn xét nghiệm HIV (58,4%), sổ theo dõi các biện pháp tránh thai (70,2%) và sổ theo dõi thuốc

tiêm tránh thai (66,9%). Các sổ có tần suất sử dụng hàng tuần phổ biến ở các Trạm bao gồm: Sổ quản lý người cao tuổi (56%), Sổ quản lý bệnh tăng huyết áp (57,1%), sổ khám sàng lọc tiêm chủng trẻ em (55,5%). Các loại sổ có tần suất sử dụng hàng tháng ở nhiều trạm bao gồm: Sổ Tử vong (69,4%), Sổ theo dõi diễn biến điều trị ngoại trú bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh (71,3%), Sổ cấp phát thuốc bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh (66,4%), Sổ quản lý đối tượng HIV (62,7%), Sổ chăm sóc tư vấn người nhiễm HIV tại cộng đồng (70,3%), Sổ tiêm chủng trẻ em (vắc xin viêm não, tả, thương hàn) (82,1%). Loại sổ có tần suất sử dụng hàng quý là tương đối ít, bao gồm: Sổ quản lý sức khỏe của học sinh (3 nhà trường) (69,3%), Sổ theo dõi tai nạn thương tích (50%), Sổ quản lý đối tượng giao lưu với vùng sốt rét (56,2%), Sổ quản lý khám nghĩa vụ quân sự (79,2%); tương tự với tần suất sử dụng hàng năm, tỷ lệ các trạm sử dụng với tần suất trên 50% bao gồm các loại: Sổ theo dõi bệnh phong (66,9%), Sổ theo dõi bệnh mắt hột và mù lòa (50,4%).

- Đối tượng được quản lý, theo dõi khác nhau. Một số loại sổ sách có số lượng đối tượng ghi nhận cao hơn cả là: Sổ A1: Khám chữa bệnh (3.698 đối tượng/năm), Sổ theo dõi bảo hiểm y tế (1.561 đối tượng/năm), Sổ quản lý sức khỏe của học sinh (1.161 đối tượng/năm), Sổ theo dõi kết quả tiêm chủng trẻ em trước tiêm và sau tiêm (671 đối tượng/năm), Sổ khám sàng lọc tiêm chủng trẻ em (819 trẻ/năm). Tuy nhiên, một số loại có số đối tượng ghi nhận khá thấp như: Sổ A9 : Sổ theo dõi bệnh phong (0,3 đối tượng/năm), Sổ A12 : Sổ theo dõi bệnh bướu cổ (5,7 đối tượng/năm), Sổ A8 : Sổ theo dõi bệnh lao (3,6 đối tượng/năm), Sổ A7 : Sổ theo dõi bệnh sốt rét (6,2 đối tượng/năm), Sổ quản lý bệnh ung thư (7,1 đối tượng/năm), Sổ quản lý đối tượng HIV (9 đối tượng/năm).

- Số năm trung bình lưu trữ các sổ này trên thực tế khá dao động, loại sổ có thời gian lưu trữ lâu nhất hiện nay là Sổ khám chữa bệnh, và ít nhất là Sổ quản lý khám nghĩa vụ quân sự.

- Các cán bộ y tế đều cho rằng lập hồ sơ sức khỏe điện tử là cần thiết, giúp cho công tác theo dõi sức khỏe người dân toàn diện, liên tục và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc từ tuyến cơ sở.

3.2. Phát triển phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân và xây dựng cơ sở dữ liệu hồ sơ sức khỏe cá nhân tập trung dành cho Trạm Y tế tuyến xã đảm bảo đáp ứng các tiêu chuẩn, quy chuẩn về kết nối liên thông và chia sẻ dữ liệu dùng chung của tỉnh và Bộ Y tế

Sở Y tế đã xây dựng được phần mềm và cơ sở dữ liệu quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử đáp ứng các yêu cầu của đề tài cũng như hoạt động chuyên môn của các cơ sở y tế. Cụ thể như sau:

- Ứng dụng hồ sơ sức khỏe cho người dân sử dụng trên hệ điều hành Android và iOS với tên VNPT Health.

- Phần mềm hồ sơ sức khỏe điện tử: Có thể chạy tốt trên tất cả các trình duyệt web, sử dụng ngôn ngữ lập trình java, database sử dụng Oracle 12c, nền tảng Cloud, được tích hợp với phần mềm Y tế cơ sở, có đầy đủ các chức năng theo yêu cầu. Địa chỉ phần mềm: <https://yte-ninhbinh.vnptthis.vn>.

Để đảm bảo tính bảo mật của các dữ liệu trên không gian mạng, nhà cung cấp đã xây dựng chính sách bảo mật, giới hạn quyền phạm vi khai thác dữ liệu cho từng vai trò đối tượng tham gia; có chế độ sao lưu, backup dữ liệu thường xuyên theo quy định một cách tự động giảm thiểu sai sót khi thực hiện thủ công do có yếu tố con người; dữ liệu y tế của người dân chỉ được chính người dân đó chủ động khai thác và chia sẻ cho y, bác sĩ trong quá trình thăm khám chữa bệnh; quá trình thực hiện được xác thực, cho phép của người dân thông qua kỹ thuật của phần mềm; đồng thời, tuyên truyền, hướng dẫn người dân khi tham gia hiểu được giá trị thông tin và có trách nhiệm với thông tin về y tế của bản thân, biết cách phòng chống giảm thiểu rủi ro rò rỉ thông tin. Cổng dữ liệu hồ sơ sức khỏe có địa chỉ: <https://hssk.ninhbinh.gov.vn/hssk/ninhbinh/>

Công dữ liệu sử dụng ngôn ngữ lập trình là java, database sử dụng Oracle 12c, nền tảng Cloud, chạy trên môi trường Internet. CSDL được bảo mật 04 lớp, sử dụng mật khẩu mạnh (8 ký tự, có ký tự dạng số và dạng chữ, có ký tự đặc biệt), phiên bản Oracle 12c, đảm bảo tính an toàn dữ liệu theo chuẩn quốc tế Tier 3, máy chủ chứa cơ sở dữ liệu tập trung có cấu hình mạnh với CPU: 16 core, 16 GB RAM; máy chủ Database: CPU: 32 core, 32 GB RAM được đặt tại Trung tâm dữ liệu Data Center Nam Thăng Long - Hà Nội. Cơ sở dữ liệu tập trung bao gồm toàn bộ các trường dữ liệu theo Quyết định 831/QĐ-BYT của Bộ Y tế (trên 270 trường), cơ sở dữ liệu hồ sơ sức khỏe được xây dựng dựa trên nền tảng kết nối liên thông với Công dữ liệu Bộ Y tế, dữ liệu khám chữa bệnh bảo hiểm y tế từ phần mềm khám chữa bệnh của các cơ sở y tế sẽ được tập hợp toàn bộ trên Công dữ liệu của Bộ Y tế, từ đó, hệ thống sẽ chọn lọc, cập nhật thông tin vào hồ sơ sức khỏe của từng cá nhân.

3.3. Áp dụng thí điểm và đánh giá kết quả ứng dụng phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe tại một xã và một phường trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

- Việc triển khai lập hồ sơ sức khỏe điện tử được tiến hành tại 01 xã và 01 thị trấn của huyện Nho Quan (3 phố và 7 thôn, xóm), lập được 2.000 hồ sơ sức khỏe cho người dân của thị trấn Nho Quan và 4.000 hồ sơ sức khỏe cho người dân xã Đức Long. Đồng thời, 100% hồ sơ được cập nhật nếu người dân đến khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập và tư nhân.

- Đánh giá hiệu quả triển khai thí điểm:

Hiệu quả đối với người dân:

- + Nâng cao kiến thức, hiểu biết về việc lập hồ sơ sức khỏe điện tử:
- + Kết quả phỏng vấn sâu 20 người dân cho thấy tất cả 20/20 người dân đã biết được khái niệm hồ sơ sức khỏe, vai trò, lợi ích của hồ sơ sức khỏe điện tử. Trước thời điểm triển khai đây là một khái niệm hoàn toàn mới đối với người dân, họ mơ hồ về mục đích của việc lập hồ sơ sức khỏe điện tử.
- + Được theo dõi, cập nhật thông tin về sức khỏe của bản thân:
- + Tất cả các thông tin về cận lâm sàng, chẩn đoán, thuốc, .. của các lần đi khám đều được lưu vào hồ sơ sức khỏe điện tử, có thể mở xem ngay trên điện thoại di động ngay sau khi kết thúc đợt điều trị. Nhờ đó, người dân có thể xem thông tin bất kì lúc nào trên điện thoại cá nhân.
- + Dễ dàng chia sẻ thông tin cho người thân, bác sỹ:
- + Trước kia, muốn chia sẻ thông tin cho bác sỹ, người bệnh phải giữ các giấy tờ, sổ khám bệnh, ... bằng giấy nhưng khi có hồ sơ sức khỏe điện tử họ có thể mở điện thoại để chia sẻ thông tin qua điện thoại một cách dễ dàng, đầy đủ, trực diện.
- + Tiết kiệm thời gian trong quá trình khám, chữa bệnh:
- + Nhờ việc dễ dàng chia sẻ thông tin với bác sỹ mà thời gian khai thác thông tin, tiền sử bệnh tật trong mỗi lần khám đối với người bệnh giảm đi đáng kể. Trước đây họ mất khoảng 10 phút thì hiện nay chỉ mất khoảng 3 phút cho quy trình này.
- + Sự hài lòng đối với cán bộ y tế tăng lên

Hiệu quả đối với Trạm Y tế xã, thị trấn:

- + Giúp quản lý sức khỏe của người dân đầy đủ, toàn diện hơn:
- + Trước đây Trạm Y tế các xã, thị trấn chỉ quản lý một số nhóm đối tượng nhất định về một lĩnh vực sức khỏe nhất nhưng khi lập hồ sơ sức khỏe điện tử, các thông tin về sức khỏe của người dân đều được thu thập trong 1 hồ sơ, giúp Trạm Y tế quản lý bệnh tật một cách đầy đủ, toàn diện. Không chỉ có các thông tin về tiền sử bệnh tật mà kết quả khám chữa bệnh ở các tuyến đều được cập nhật giúp quản lý sức khỏe tốt hơn.
- + Giúp Trạm Y tế thực hiện công tác khám chữa bệnh ban đầu hiệu quả hơn: Trạm Y tế thực hiện quản lý của tất cả người dân có hộ khẩu thường trú trên địa bàn. Vì vậy, cán bộ y tế có thể khai thác, sử dụng thông tin về sức khỏe và bệnh tật trong quá trình khám bệnh, chăm

sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, giảm bớt thời gian khai thác các thông tin, tiền sử bệnh tật, tiền sử khác có liên quan; có thể tham khảo các chỉ số sức khỏe qua các lần khám bệnh tại các cơ sở y tế tuyến trên để có phương hướng điều trị tốt nhất cho người bệnh.

+ Giúp cán bộ y tế tích lũy kinh nghiệm, nâng cao tay nghề: Việc tham khảo các chẩn đoán, điều trị qua các lần khám bệnh tại cơ sở y tế tuyến trên được lưu lại trong hồ sơ sức khỏe của người dân giúp cán bộ y tế học hỏi kinh nghiệm điều trị, nghiên cứu áp dụng, nâng cao tay nghề của bản thân.

+ Giúp Trạm Y tế xã theo dõi xu hướng bệnh tật theo thời gian và dự báo xu hướng bệnh tật tại địa phương: Phần mềm có chức năng thống kê các bệnh tật phổ biến giúp Trạm Y tế có thể thống kê chính xác mô hình bệnh tật và theo dõi sự thay đổi của tình trạng mắc và chết do bệnh tật theo từng năm. Với thời gian theo dõi đủ dài, Trạm Y tế có thể phân tích và dự báo được xu hướng mắc và chết của địa phương mình một cách tương đối chính xác. Đồng thời, có thể dự báo xu hướng đó theo nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, ... để xây dựng kế hoạch can thiệp phòng chống bệnh tật hoặc nâng cao sức khỏe phù hợp với địa phương.

+ Hỗ trợ công tác thống kê, báo cáo: Phần mềm hồ sơ sức khỏe liên thông với phần mềm y tế cơ sở. Do vậy, có thể kết xuất các số liệu báo cáo, thống kê một cách nhanh chóng, tiện lợi, có độ chính xác cao, hạn chế nhầm lẫn, sai sót xảy ra nêu thống kê, tính toán thủ công.

Hiệu quả đối với các cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh và huyện

Hầu hết các đơn vị mới triển khai 01 hoạt động là cập nhật thông tin vào hồ sơ sức khỏe người dân thông qua chuyên dữ liệu khám chữa bệnh lên Cổng thông tin của Bộ Y tế, từ đó cập nhật thông tin vào hồ sơ sức khỏe; hoạt động còn lại là khai thác, sử dụng thông tin hồ sơ sức khỏe người dân còn ở mức độ khá hạn chế, do đối tượng người dân sử dụng hồ sơ sức khỏe cá nhân trên thiết bị di động còn khá ít, chưa chủ động cung cấp thông tin cho bác sỹ ở các tuyến trên. Tuy nhiên, qua tìm hiểu về phần mềm, cán bộ y tế tại các đơn vị cũng nhận xét phần mềm mang lại những hiệu quả sau cho đơn vị:

- Đối với Trung tâm Y tế huyện, thành phố:

+ Quản lý, thống kê, báo cáo tình hình bệnh tật đầy đủ, chính xác, nhanh chóng, kịp thời, chủ động.

+ Lãnh đạo, chỉ đạo công tác phòng, chống dịch bệnh tốt hơn. Dựa trên mô hình bệnh tật để đưa ra những ưu tiên cho các vấn đề sức khỏe phù hợp với từng địa bàn, chủ động trong công tác lập kế hoạch.

+ Là hệ thống dữ liệu đa dạng để phục vụ cho các nghiên cứu về sức khỏe của người dân trên địa bàn.

+ Khi dữ liệu ngày càng lớn về phạm vi và đầy đủ thông tin sẽ cung cấp thông tin tiền sử bệnh tật khá hữu ích cho các bác sỹ điều trị, giúp công tác điều trị hiệu quả hơn.

- Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh:

+ Giảm thời gian khám chữa bệnh do giảm thời gian cần thiết để khai thác các tiền sử bệnh tật của bệnh nhân trong quá trình khám bệnh, giảm thời gian giải thích các kết quả vì khi bệnh nhân có hồ sơ sức khỏe họ có xu hướng tìm hiểu, có kiến thức tốt hơn thông qua tìm kiếm thông tin một cách chủ động.

+ Giúp ra các y lệnh điều trị phù hợp với bệnh nhân, sẽ mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn.

+ Theo dõi được quá trình điều trị của các bệnh nhân mắc các bệnh không lây nhiễm theo dòng thời gian và những thay đổi theo từng phác đồ điều trị.

IV. KẾT LUẬN

- Đề tài đã hoàn thành đánh giá thực trạng công quản lý hồ sơ sức khỏe tại tuyến xã trên địa bàn tỉnh Ninh Bình. Kết quả khảo sát cho thấy việc quản lý hồ sơ sức khỏe còn mang tính cục bộ theo từng nhóm đối tượng, từng chương trình y tế, chưa xây dựng được hồ sơ quản lý sức khỏe toàn diện cho từng cá nhân và cần thiết phải triển khai lập hồ sơ sức khỏe điện tử để đạt được mục tiêu do Tỉnh ủy, UBND tỉnh giao.

- Hoàn thiện xây dựng phần mềm hồ sơ sức khỏe và cơ sở dữ liệu (*Cổng dữ liệu*) quản lý hồ sơ sức khỏe của người dân đảm bảo các yêu cầu về khoa học như: Hệ quản trị Oracle 12c, chạy trên môi trường web, tính năng bảo mật cao, đáp ứng mô hình chức năng theo tiêu chuẩn HL7, đáp ứng yêu cầu về liên thông và tích hợp theo yêu cầu của Bộ Y tế. Phần mềm có đầy đủ chức năng dành cho người dân, các phòng khám tư nhân, Sở Y tế, các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh, Trung tâm Y tế huyện, thành phố và Trạm Y tế các xã, phường, thị trấn.

- Hoàn thiện đánh giá hiệu quả triển khai thí điểm lập hồ sơ sức khỏe điện tử. Kết quả đánh giá cho thấy việc triển khai thí điểm lập hồ sơ sức khỏe điện tử mang lại những lợi ích cho người dân, các cơ sở y tế và các cơ quan quản lý y tế. Người dân được theo dõi, cập nhật tình hình sức khỏe thường xuyên, liên tục; chia sẻ thông tin dễ dàng giúp bảo vệ, nâng cao sức khỏe, phòng, chống bệnh tật. Trạm Y tế tuyến xã quản lý sức khỏe người dân đầy đủ, toàn diện, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trung tâm Y tế tuyến huyện tăng cường công tác quản lý sức khỏe người dân, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh nâng cao hiệu quả khám, chữa bệnh và sự hài lòng của người dân. Sở Y tế nâng cao hiệu quả công tác quản lý, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người dân trên toàn tỉnh.

V. KHUYẾN NGHỊ

Để kết quả của đề tài được duy trì, nhân rộng, có tính bền vững sau khi kết thúc, Ban chủ nhiệm đề tài kiến nghị Sở Khoa học và Công nghệ tiếp tục quan tâm, tạo điều kiện và tham mưu Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Bình bố trí kinh phí để triển khai rộng rãi việc lập hồ sơ sức khỏe điện tử trên toàn tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chương trình hành động số 21-CTr/TU ngày 26/02/2018 của Tỉnh ủy Ninh Bình** thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, Tỉnh ủy Ninh Bình, Ninh Bình, 2018.

2. **Kế hoạch số 38/KH-UBND ngày 09/4/2018 thực hiện Chương trình hành động số 21-CTr/TU ngày 26/02/2018 của Tỉnh ủy Ninh Bình.**

3. **Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/3/2017 về việc ban hành mẫu hồ sơ sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, Bộ Y tế, Hà Nội, 2017.**

4. **Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Hà Nội, 2018; Khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật, lập hồ sơ sức khỏe cá nhân, Lương Ngọc Khuê, Hội nghị tập huấn và triển khai mô hình 26 xã điểm.**

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA MÔ HÌNH TRUYỀN THÔNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG NƯỚC UỐNG ĐÓNG CHAI TẠI CÁC CƠ SỞ SẢN XUẤT TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NINH BÌNH

Nguyễn Thị Hương^{1*}, Lê Hữu Trường², Vũ Mạnh Dân³,
Trần Thị Diệu Huế, Vũ Hồng Hạnh, Đoàn Thị Kiều Oanh.

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm, kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm, chất lượng nước uống đóng chai; (2) Xây dựng mô hình truyền thông; (3) Đánh giá hiệu quả mô hình truyền thông nâng cao chất lượng nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu là các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai và sản phẩm nước uống đóng chai. Phương pháp nghiên cứu chính được sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu can thiệp cộng đồng. **Kết quả** sau hơn 02 năm triển khai: tỷ lệ người sản xuất có kiến thức đúng về ATTP sau can thiệp (đạt 84,9%) cao hơn trước can thiệp (đạt 68,8%); tỷ lệ người sản xuất có thực hành đúng về ATTP sau can thiệp (đạt 94,6%), cao hơn trước can thiệp (đạt 76,3%); cơ sở đạt về điều kiện ATTP sau can thiệp tăng từ 63,3% lên 86,7%; tỷ lệ mẫu NUĐC bị ô nhiễm VSV sau can thiệp giảm chỉ còn là 6/30 mẫu (chiếm 20%) so với 14/30 mẫu (chiếm 43,3%) trước khi can thiệp. **Kết luận:** Qua 12 tháng triển khai áp dụng mô hình truyền thông với các kênh truyền thông (trực tiếp, gián tiếp) phù hợp; thông điệp truyền thông ngắn gọn, đầy đủ, dễ hiểu, dễ thực hiện là phù hợp, khả thi áp dụng đối với cơ sở sản xuất NUĐC tại tỉnh Ninh Bình góp phần nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC nhằm bảo vệ, chăm sóc và nâng cao hơn nữa sức khỏe nhân dân trong tình hình mới

Từ khóa: Nước uống đóng chai, vi sinh vật, mô hình truyền thông, Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bên cạnh sự bùng nổ nhanh chóng số lượng các cơ sở sản xuất NUĐC, chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai (NUĐC) cũng là vấn đề cần được quan tâm và kiểm soát. Theo số liệu thống kê hiện nay, trên toàn quốc có hơn 4.956 cơ sở sản xuất NUĐC; kết quả kiểm tra năm 2013 cho thấy, trong tổng số 3.569 cơ sở được kiểm tra, có đến 40,4% cơ sở vi phạm về điều kiện an toàn thực phẩm (ATTP); trong số 849 mẫu, phát hiện 119 mẫu không đạt (14%), trong đó có 107 mẫu (12,6%) không đạt chỉ tiêu về vi sinh như *E.Coli* hay *Pseudomonas aeruginosa* – trực khuẩn mũ xanh – một loại vi khuẩn có thể gây nhiễm trùng huyết, viêm phổi, nhiễm trùng hô hấp đã kháng nhiều loại thuốc kháng sinh phẩm [2]. Tại tỉnh Ninh Bình, số cơ sở sản xuất NUĐC không ngừng tăng lên qua các năm: năm 2009 có 12 cơ sở (4/8 huyện, thành phố) và đến năm 2019 có 30 cơ sở (08/08 huyện, thành phố). Xác định vấn đề đảm bảo chất lượng NUĐC là vấn đề hết sức quan trọng. Tuy vậy hiện nay tại tỉnh Ninh Bình chưa có nghiên cứu can thiệp đến chất lượng sản phẩm NUĐC của cơ sở sản xuất. Trước tình hình đó, Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm đã đề xuất triển khai đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh: “**Đánh giá hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến chất lượng nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình**” với 03 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng điều kiện ATTP; kiến thức, thực hành về ATTP; chất lượng NUĐC tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình và một số yếu tố liên quan

2. Xây dựng khung lý thuyết, mô hình truyền thông và triển khai các hoạt động truyền thông nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.

3. Đánh giá hiệu quả mô hình truyền thông nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC. Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC cho các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.

^{1*} Tỉnh Ninh Bình, Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm - Sở Y tế;
Tác giả chính/liên hệ: Nguyễn Thị Hương – Phó Giám đốc Sở Y tế Ninh Bình;
Địa chỉ: 18 Kim Đồng, phường Phúc Thành, TP Ninh Bình;
Số điện thoại: 0915178185, Email: huongattp@gmail.com.

² Trung tâm Y tế huyện Kim Sơn;

³ Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Ninh Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: tại các cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

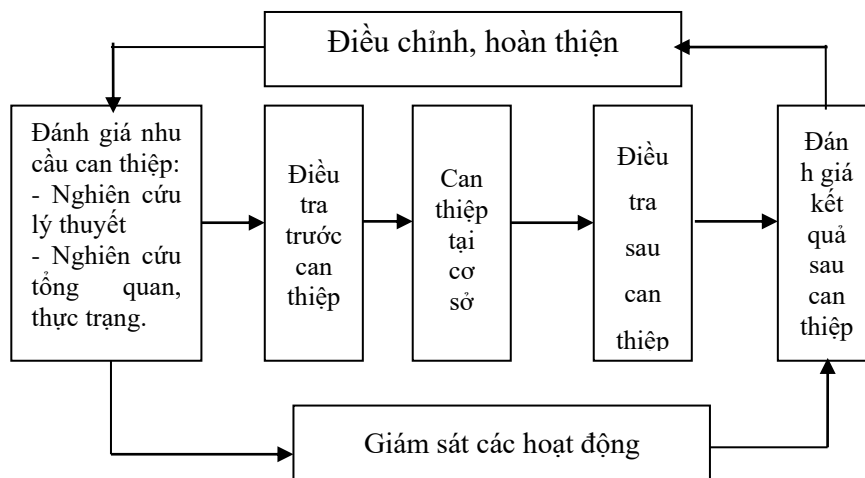
- Toàn bộ các cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh hiện đang sản xuất đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất NUĐC được lựa chọn vào nghiên cứu; tham gia vào sản xuất NUĐC; tình nguyện tham gia nghiên cứu; có thể trả lời được các câu hỏi của nghiên cứu.

- Mẫu nước nguồn trước khi đưa vào máy sản xuất, được cán bộ Chi cục trực tiếp lấy và niêm phong và mẫu sản phẩm NUĐC: loại đóng bình 19 lít hoặc 20 lít đã được đóng gói hoàn chỉnh và được lấy tại cơ sở sản xuất.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu can thiệp cộng đồng.



Biểu đồ 1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

- Đánh giá thực trạng điều kiện ATTP; kiến thức, thực hành về ATTP; chất lượng sản phẩm NUĐC tại các cơ sở sản xuất: sử dụng phương pháp cắt ngang.

- Xây dựng và áp dụng mô hình truyền thông: sử dụng phương pháp chuyên gia, khảo sát, triển khai áp dụng.

- Đánh giá hiệu quả mô hình truyền thông đến chất lượng NUĐC: sử dụng phương pháp cắt ngang, có so sánh, sử dụng kỹ thuật phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan.

2.3.2. Phương pháp thu thập thu thập thông tin

a) Đối với việc đánh giá thực trạng điều kiện ATTP tại cơ sở sản xuất NUĐC

Điều tra viên điều tra đến cơ sở sản xuất NUĐC để xem xét hồ sơ hành chính pháp lý và quan sát điều kiện ATTP của cơ sở sản xuất, ghi nhận vào bảng kiểm đã được thiết kế sẵn.

b) Đánh giá kiến thức, thực hành về ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất NUĐC

Điều tra viên trực tiếp phỏng vấn và đánh giá kiến thức của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất.

c) Đánh giá chất lượng nước nguồn phục vụ sản xuất, sản phẩm NUĐC tại các cơ sở sản xuất NUĐC

Sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đánh giá thực trạng điều kiện ATTP tại cơ sở sản xuất NUĐC: Thủ tục hành chính; điều kiện cơ sở vật chất; điều kiện trang thiết bị, dụng cụ phục vụ sản xuất; điều kiện nơi vệ

sinh vô bình tái sử dụng; thực hành vệ sinh tại cơ sở sản xuất; điều kiện đối với người trực tiếp sản xuất.

- Đánh giá kiến thức, thực hành về ATTP của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất NUĐC: hiểu biết về các quy định, kiến thức chung về ATTP; thực hành về khám sức khỏe, bảo hộ lao động và thực hành trong quá trình sản xuất.

- Đánh giá chất lượng nước nguồn phục vụ sản xuất, sản phẩm NUĐC tại các cơ sở sản xuất: so sánh các chỉ tiêu hóa học, vi sinh vật theo Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia QCVN 01:2009/BYT và Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia QCVN 6-1:2010/BYT [1].

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích. Sử dụng phép kiểm χ^2 để xác định mối liên quan; sử dụng kiểm định Mc Nemar để xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau khi can thiệp.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo Quyết định số 965/QĐ-UBND ngày 07/8/2019 của Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Bình và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của Sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Ninh Bình thông qua, cho phép thực hiện. Các thông tin thu thập được đảm bảo tính bí mật, tên và thông tin cá nhân của các đối tượng được mã hóa để giữ bí mật, những số liệu sử dụng trong đề tài chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng điều kiện ATTP; kiến thức, thực hành về ATTP; chất lượng NUĐC tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình và một số yếu tố liên quan

a) Thực trạng điều kiện ATTP tại các cơ sở sản xuất

Đánh giá chung việc chấp hành 03 nhóm quy định điều kiện về ATTP tại 30 cơ sở sản xuất NUĐC đạt 63,3%, trong đó: 76,7% cơ sở đáp ứng về điều kiện cơ sở vật chất; 73,3% cơ sở đáp ứng về điều kiện trang thiết bị, dụng cụ và 86,7% cơ sở đáp ứng về điều kiện vệ sinh cá nhân.

b) Kiến thức, thực hành về ATTP của người sản xuất tại các cơ sở sản xuất NUĐC

Có 68,8% chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất có kiến thức đúng về ATTP và 76,3% chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất thực hành đúng về ATTP.

c) Thực trạng chất lượng sản phẩm nước NUĐC tại các cơ sở sản xuất

- Mức độ ô nhiễm vi sinh vật: có 43,3% số mẫu bị ô nhiễm VSV, trong đó: Có 05 mẫu không đạt về 01 chỉ tiêu vi khuẩn *Coliform* tổng số (chiếm 16,7%) và 05 mẫu không đạt về 01 chỉ tiêu vi khuẩn *P.seudomonas aeruginosa* (chiếm 16,7%). Có 03 mẫu không đạt về cả 02 VSV nêu trên.

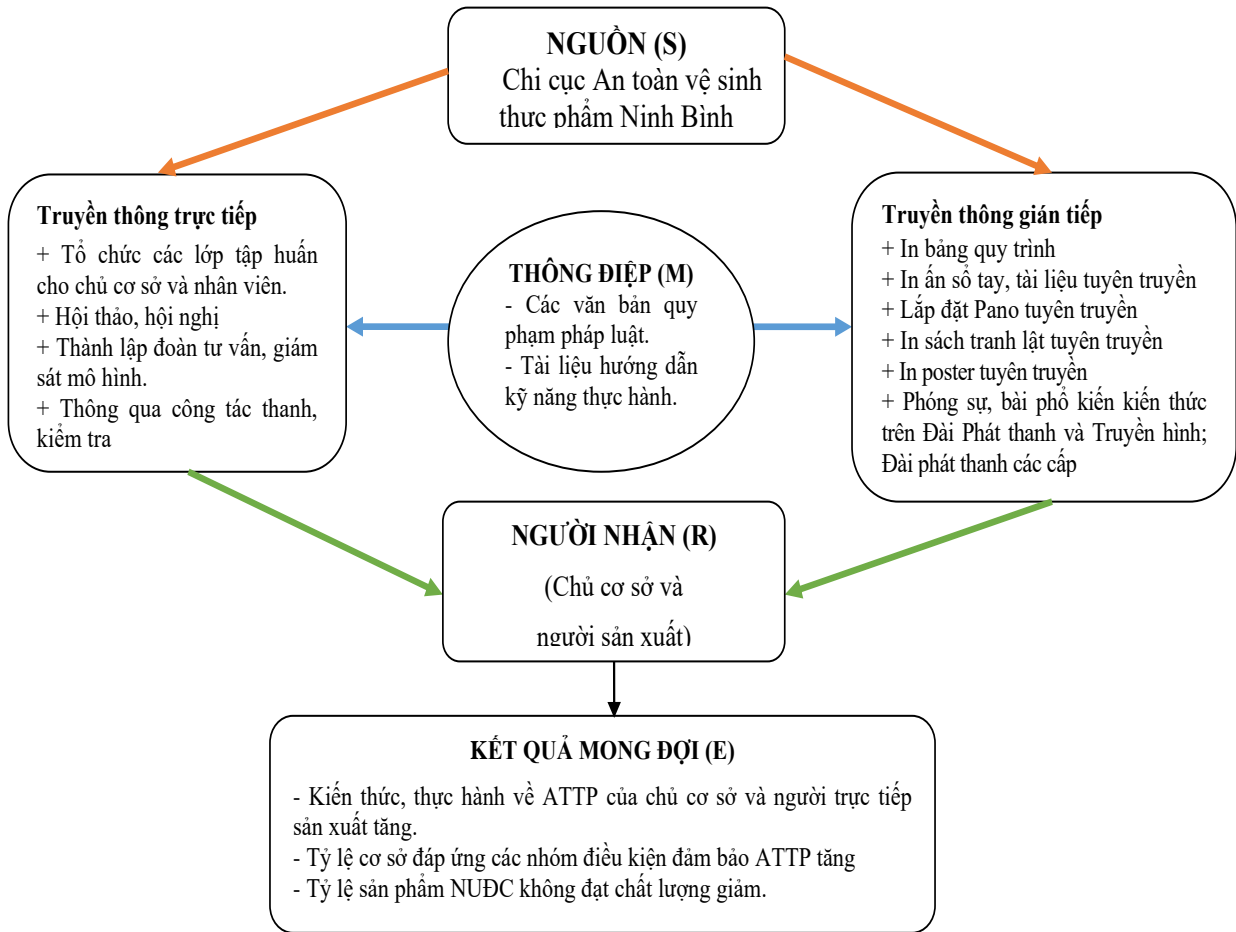
- Mức độ ô nhiễm hóa học: 30/30 mẫu đạt về chỉ tiêu hóa học.

d) Xác định mối liên quan giữa việc chấp hành các điều kiện về ATTP với chất lượng sản phẩm NUĐC

Xác định được 02 mối liên quan có ý nghĩa thống kê: điều kiện trang thiết bị với chất lượng sản phẩm NUĐC và việc vệ sinh chai/bình với chất lượng sản phẩm NUĐC

3.2. Xây dựng khung lý thuyết mô hình truyền thông và triển khai các hoạt động truyền thông nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

**MÔ HÌNH TRUYỀN THÔNG ĐẢM BẢO
CHẤT LƯỢNG SẢN PHẨM NƯỚC UỐNG ĐÓNG CHAI**



Biểu đồ 2. Sơ đồ mô hình truyền thông can thiệp tại các cơ sở nước uống đóng chai

- Thời gian áp dụng: từ tháng 12/2020 đến tháng 12/2021.
- Địa điểm áp dụng: tại 30 cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.
- Nội dung triển khai: triển khai các hoạt động truyền thông trực tiếp và gián tiếp theo mô hình đã được phê duyệt.
- Chủ thể triển khai: Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Ninh Bình
- Đối tượng thụ hưởng mô hình: các cơ sở sản xuất NUĐC tham gia nghiên cứu trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

3.3. Đánh giá hiệu quả mô hình truyền thông nâng cao chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai

a) Hiệu quả của mô hình truyền thông đến thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất NUĐC

**Bảng 1. Hiệu quả can thiệp đến các nhóm điều kiện
tại các cơ sở sản xuất NUĐC**

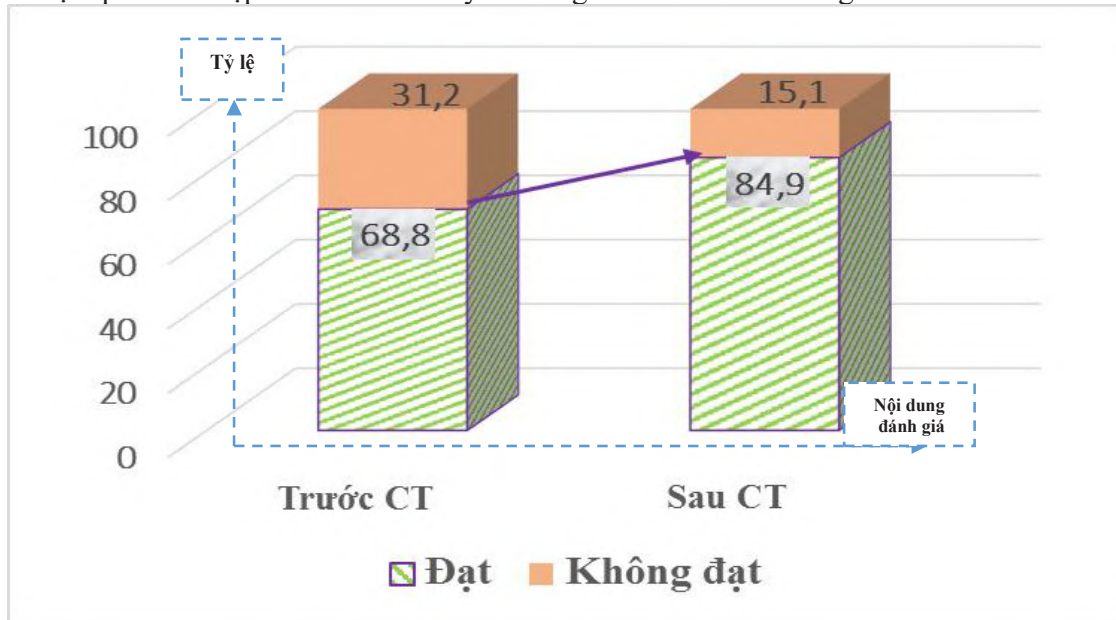
TT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Trước can thiệp (n=30)		Sau can thiệp (n=30)		CSHQ (%)
		Đạt	Tỷ lệ (%)	Đạt	Tỷ lệ (%)	
1	Điều kiện về cơ sở vật chất	23	76,7	29	96,7	26,1
2	Điều kiện trang thiết bị, dụng cụ phục vụ sản xuất	22	73,3	26	86,7	18,2

3	Điều kiện con người	26	86,7	28	93,3	7,6
	Đánh giá chung về các điều kiện cơ sở	19	63,3	26	86,7	36,9

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ các cơ sở sản xuất NUĐC đảm bảo tuân thủ 03 nhóm điều kiện đảm bảo ATTP theo quy định sau can thiệp tăng từ 63,3% lên 86,7% (chỉ số hiệu quả đạt 36,9).

b) Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến kiến thức, thực hành về ATTP của người sản xuất

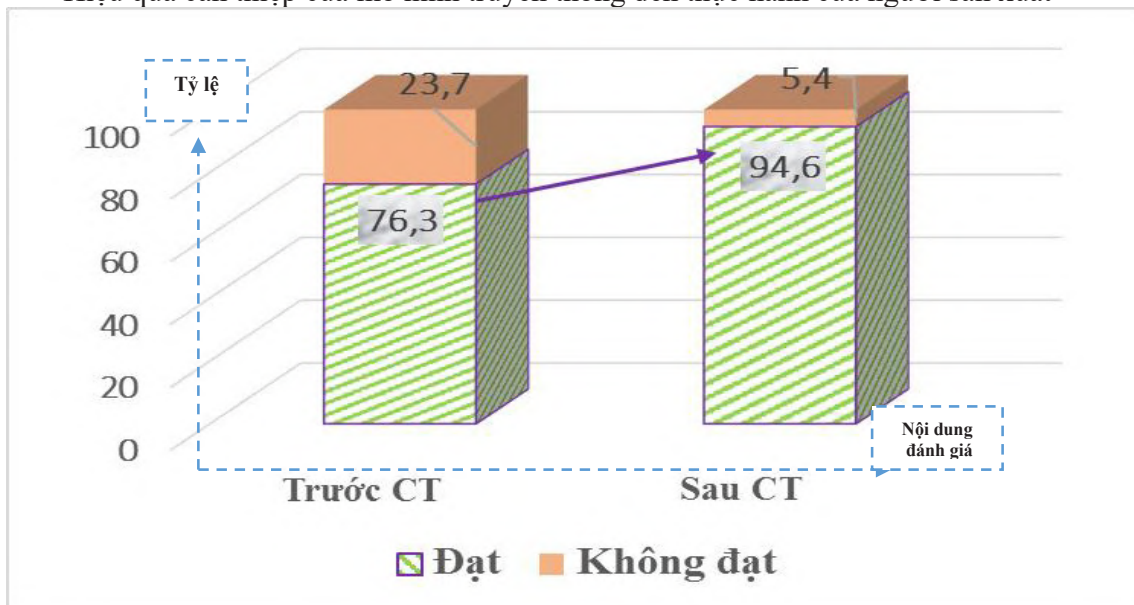
- Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến kiến thức của người sản xuất



Biểu đồ 3. Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến kiến thức đúng về ATTP của người sản xuất

Quan sát tại biểu đồ trên cho thấy kết quả đánh giá chung về kiến thức về ATTP của người sản xuất sau can thiệp (đạt 84,9%) cao hơn trước can thiệp (đạt 68,8%), sự khác biệt giữa hai lần đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 23,4.

- Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến thực hành của người sản xuất



Biểu đồ 4. Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến thực hành về ATTP chung của người sản xuất

c) Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến chất lượng nước nguồn và chất lượng sản phẩm NUĐC

- Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến chất lượng nước nguồn phục vụ sản xuất

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp của mô hình truyền thông đến mức độ ô nhiễm VSV trong nước nguồn phục vụ sản xuất (n=30)

TT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Trước can thiệp (lần I) Tháng 07/2020				Sau can thiệp (lần II) Tháng 10/2021				CSHQ (%) Tỷ lệ mẫu nhiễm VSV
		Không nhiễm VSV		Nhiễm VSV		Không nhiễm VSV		Nhiễm VSV		
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
1	Số mẫu chỉ nhiễm 01 loại vi khuẩn <i>E.Coli</i>	30	100	0	0	30	0	0	0	0
2	Số mẫu chỉ nhiễm 01 loại vi khuẩn <i>Coliforms</i>	19	63,3	11	36,7	28	93,3	02	6,7	81,7
3	Số mẫu nhiễm cả hai chỉ tiêu VSV	27	90,0	03	10,0	28	93,3	02	6,7	33,0
	Tổng số mẫu nhiễm VSV	16	53,3	14	46,7	26	86,7	04	13,3	71,5

Đánh giá chung, tỷ lệ mẫu nhiễm VSV của mẫu nước nguồn sau can thiệp lấy trong năm 2021 đã giảm rõ rệt so với lần mẫu trong năm 2020: trước can thiệp có 14/30 mẫu (chiếm 46,7%) bị ô nhiễm, sau can thiệp đã giảm chỉ còn 04/30 mẫu (chiếm 13,3%) bị ô nhiễm. Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 71,5.

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp đến tỷ lệ nhiễm vi sinh vật trong nước uống đóng chai xét nghiệm tại Labo kiểm nghiệm (n=30)

TT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Trước can thiệp (lần 1) Tháng 07/2020		Sau can thiệp (lần 2) Tháng 10/2021		CSHQ (%)
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
1	Vi khuẩn <i>Coliform</i> tổng số (CFU/250ml)	8	26,7	03	10,0	62,5
2	Vi khuẩn <i>E. Coli</i> (CFU/250ml)	0	0	0	0	0
3	Vi khuẩn <i>Streptococci feacal</i> (CFU/250ml)	0	0	0	0	0
4	Vi khuẩn <i>P.pseudomonas aeruginosa</i> (CFU/250ml)	8	26,7	05	16,7	37,5
5	Vi khuẩn Bào tử vi khuẩn kỵ khí khử sulfit (CFU/250ml)	0	0	0	0	0
	Kết quả xét nghiệm vi sinh vật chung	13	43,3	06	20,0	53,8

Kết quả tại bảng trên cho thấy, trong số 30 mẫu sản phẩm NUĐC trước và sau can thiệp gửi xét nghiệm tại labo kiểm nghiệm thì mức độ ô nhiễm VSV giảm đáng kể giữa hai năm: Trước can thiệp phát hiện 13/30 mẫu (chiếm 43,3%) bị ô nhiễm VSV, sau can thiệp con số này giảm còn 06/30 mẫu (chiếm 20%), chỉ số hiệu quả can thiệp là 53,8. Trong số 05 chỉ tiêu VSV quy định tại QCVN 6-1:2010/BYT được đưa vào đánh giá (tháng 7/2020 và tháng 10/2021) thì có 2 chỉ tiêu được phát hiện không đạt, đó là vi khuẩn *Coliforms* tổng số và *P.seudomonas aeruginosa*. Trong cả hai năm không có mẫu nào bị ô nhiễm vi khuẩn *E.Coli*, *Streptococci feacal* và bào tử vi khuẩn kỵ khí khử sulfit.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm; kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm; chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

4.1.1. Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

a) Yêu cầu về điều kiện thủ tục hành chính

Qua kết quả nghiên cứu, tỷ lệ đạt các cơ sở đạt về điều kiện thủ tục hành chính là 76,7%, trong đó tỷ lệ đạt về giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP còn hiệu lực là 100%, tỷ lệ đạt về thực hiện tự công bố sản phẩm là 90%. Với kết quả nghiên cứu này, nhận thấy đa số chủ cơ sở ý thức, hiểu biết đúng yêu cầu loại hình cơ sở sản xuất NUĐC là loại hình sản xuất có điều kiện, có nghĩa là các cơ sở phải chấp hành đầy đủ các thủ tục hành chính trước khi vào sản xuất, điều này cũng thể hiện vai trò, trách nhiệm của các chủ cơ sở đối với người tiêu dùng. Điều này càng được minh chứng khi kết quả PVS CCS1 “*Tôi đã sản xuất NUĐC gần 10 năm nên biết các loại giấy tờ, thủ tục hành chính là bắt buộc phải thực hiện trước khi cơ sở đi vào hoạt động, nếu không thực hiện là vi phạm. Đồng thời tìm hiểu về các loại giấy tờ, thủ tục hành chính sẽ giúp tôi nắm được đầy đủ các quy định của nhà nước về bảo đảm ATTP và làm thực hiện cho đúng*”. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ cơ sở sản xuất NUĐC đạt về các yêu cầu điều kiện thủ tục hành chính cao hơn 22,7% so với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hương năm 2017 tại Cà Mau là 54%; tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Thân Ngọc Hà năm 2020 tại Cần Thơ là 79,5% [5].

b) Về điều kiện cơ sở vật chất

b) Về điều kiện cơ sở vật chất

Cũng theo kết quả nghiên cứu, có 73,3% cơ sở sản xuất NUĐC đạt về điều kiện cơ sở vật chất, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Thân Ngọc Hà tại Cần Thơ năm 2020 là 66,4% [27] và cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Diệu Huế cũng nghiên cứu tại Ninh Bình năm 2016 là 54,3% [4]. Chứng tỏ các cơ sở sản xuất NUĐC đã từng bước có quan tâm, đầu tư, nâng cấp, cải tạo các điều kiện về cơ sở vật chất theo đúng quy định của pháp luật và theo đúng hướng dẫn của các cơ quan chức năng.

c) Về điều kiện trang thiết bị dụng cụ phục vụ sản xuất NUĐC

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ đạt về điều kiện trang thiết bị dụng cụ sản xuất NUĐC tại Ninh Bình là 73,3%, cao hơn so với kết quả của tác giả Thân Ngọc Hà năm 2020 tại Cần Thơ là 59,5% [5].

“*Sau khi lắp đặt và đi vào sản xuất, định kỳ cứ sau khoảng mấy tháng tôi lại gọi thợ về thay thế, súc rửa. Sau này tôi tìm hiểu, tự mua thiết bị về để thay thế, súc rửa, coi như là việc làm bình thường của cơ sở để đảm bảo chất lượng sản phẩm. Chính vì vậy tôi không thực hiện ghi chép, cũng như lưu giữ giấy tờ chứng minh thay thế*” (PVS CCS5).

d) Về điều kiện con người

Tuy nhiên qua khảo sát thực tế tại cơ sở, còn 13,3% người sản xuất chưa thực hành dùng vệ sinh cá nhân khi tham gia sản xuất, trong đó 10% người sản xuất để quần áo, đồ dùng cá nhân trong khu vực sản xuất; 6,7% người sản xuất không có đầy đủ trang phục riêng, vẫn còn đeo đồ trang sức khi tham gia sản xuất và thiếu ủng hộ lao động khi tham gia sản

xuất. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Thân Ngọc Hà tại Cần Thơ năm 2020 là 9,9% [5]; thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hương tại Cà Mau năm 2016 là 30% [6].

4.1.2. Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người sản xuất tại các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai

a) Kiến thức về an toàn thực phẩm của người sản xuất nước uống đóng chai

Kết quả đáng giá kiến thức chung về ATTP của người sản xuất tại các cơ sở sản xuất NUĐC mới đạt tỷ lệ 68,8%, kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Minh tại Long An năm 2016 là 83,3% [3].

b) Thực hành về an toàn thực phẩm của người sản xuất nước uống đóng chai

Theo kết quả điều tra cho thấy 76,3% cơ sở có người sản xuất đạt yêu cầu thực hành về ATTP. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hương tại Cà Mau năm 2017 là 30% [6]. Lý do là những năm gần đây công tác truyền thông, thanh kiểm tra về ATTP ngày càng được đẩy mạnh, chế tài xử phạt mạnh mẽ hơn, vì vậy ý thức chấp hành các quy định của pháp luật về ATTP của người sản xuất thực phẩm tại cơ sở ngày càng được nâng cao.

4.1.3. Thực trạng chất lượng nguồn nước phục vụ sản xuất và sản phẩm nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất

Theo kết quả nghiên cứu thì tỷ lệ ô nhiễm VSV trong sản phẩm NUĐC được xét nghiệm tại Labo kiểm nghiệm là 43,3%. Tỷ lệ mẫu NUĐC bị nhiễm VSV cao có thể do nhiều nguyên nhân như hệ thống lọc nước không được xử lý triệt để nhằm tiêu diệt hoàn toàn các loại VSV; hoặc do vỏ bình không được vệ sinh đúng quy trình gây ô nhiễm chéo vào NUĐC; hoặc do phòng chiết rót không đảm bảo kín và không được diệt khuẩn không khí; hay người trực tiếp sản xuất thực hiện chiết rót không đúng kỹ thuật; hoặc người trực tiếp sản xuất không mang đầy đủ bảo hộ lao động, vệ sinh cá nhân không đúng cũng gây ô nhiễm cho sản phẩm; không thường xuyên vệ sinh khu vực sản xuất, bảo dưỡng trang thiết bị dụng cụ sản xuất NUĐC; hoặc không súc rửa các cột lọc định kỳ, thay màng lọc RO, đèn UV khử khuẩn bị hỏng,... Với những lý do nêu trên có thể làm ảnh hưởng tiêu cực đến việc mẫu NUĐC bị nhiễm VSV với tỷ lệ cao (43,3%). Kết quả của nghiên cứu cao hơn kết quả của Thân Ngọc Hà năm 2020 tại Cần Thơ (39,7%) [5].

4.2. Hiệu quả mô hình truyền thông nâng cao chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai

4.2.1. Hiệu quả can thiệp đến thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm

Về thủ tục hành chính: sau can thiệp bằng mô hình truyền thông thì việc chấp hành quy định về thủ tục hành chính tại 30 cơ sở tăng từ 76,7% lên 96,7%. Trong đó có chỉ số đạt cao như: 100% cơ sở đã được tập huấn kiến thức về ATTP; 96,7% chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất được khám sức khỏe theo quy định. Như vậy về cơ bản các cơ sở sản xuất NUĐC đã nhận thức rõ vai trò, trách nhiệm của cơ sở; thủ tục hành chính là điều kiện cần có của mỗi cơ sở, việc chấp hành tốt các quy định về thủ tục hành chính là tiền đề để các cơ sở sản xuất NUĐC thực hiện tốt các quy định về điều kiện sản xuất cũng như chất lượng sản phẩm NUĐC tại cơ sở; đây cũng là một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng sản phẩm và thể hiện rõ ý thức, trách nhiệm của cơ sở đối với người tiêu dùng.

Về điều kiện trang thiết bị, dụng cụ: sau can thiệp có 93,3% cơ sở đạt về điều kiện trang thiết bị xử lý vỏ bình, chiết rót sản phẩm NUĐC và chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 27,2. Trong đó đặc biệt là sau can thiệp đã có 96,7% cơ sở trang bị đầy đủ hóa chất diệt khuẩn và hóa chất còn hạn theo quy định; 100% cơ sở bố trí giá kệ/ dây treo vỏ chai/bình sau khi được xử lý và chỉ số hiệu quả can thiệp lần lượt đạt 31,9 và 11,1. Thực tế thử nghiệm và thực tế sản xuất đã chứng minh rất rõ ràng, cơ sở sản xuất NUĐC nào mà thực hiện đúng và đầy đủ các quy định về điều kiện trang thiết bị xử lý vỏ bình, hướng dẫn thực hành trong việc sử dụng hóa chất diệt khuẩn thì nguy cơ sản phẩm NUĐC đó càng thấp.

Về điều kiện con người: Nhân tố con người là nhân tố quyết định đến sự thành công của việc nâng cao chất lượng sản phẩm NUĐC, cũng là nhân tố đóng góp quan trọng đến sự thành công của việc áp dụng mô hình truyền thông tại các cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh Ninh Bình. Việc có đến 90% cơ sở đạt về điều kiện vệ sinh cá nhân của người sản xuất

sau can thiệp, chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 3,8 là cơ sở quan trọng để chúng tôi tin tưởng rằng mô hình truyền thông mà chúng tôi đã và đang áp dụng tại các cơ sở sản xuất NUĐC đi đúng hướng, đúng mục tiêu đã đề ra.

4.2.2. Hiệu quả can thiệp đến kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm

Kết quả đánh giá chung về kiến thức của người sản xuất sau can thiệp (đạt 84,9%) cao hơn trước can thiệp (đạt 68,8%), sự khác biệt giữa hai lần đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 23,4. Điều này minh chứng cho việc nội dung truyền thông được biên soạn và tổng hợp cô đọng, dễ hiểu đã chuyển được các quy định tường chừng khô khan, máy móc đến người sản xuất; đồng thời người sản xuất cũng đã có ý thức tập trung lắng nghe và hiểu rõ về các quy định.

Theo kết quả đánh giá ở trên cho thấy hiệu quả can thiệp sau khi triển khai các hoạt động của mô hình truyền thông đến thực hành chung của người sản xuất tăng từ 76,3% lên 94,6%, sự khác biệt giữa hai lần đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 23,9. Các yêu cầu về thực hành trên vừa giúp cho các cơ sở sản xuất NUĐC đáp ứng điều kiện về thủ tục giấy tờ đối với con người, vừa bước đầu đáp ứng quy định ban đầu của người sản xuất, là cơ sở cho việc thực vận dụng đúng các kiến thức trong thực hành sản xuất đảm bảo ATTP.

4.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng nước nguồn phục vụ sản xuất và sản phẩm nước uống đóng chai

Xét nghiệm nhanh 30 mẫu nước nguồn dùng phục vụ sản xuất NUĐC để đánh giá mức độ ô nhiễm đối với 02 chỉ tiêu VSV (vi khuẩn *E.Coli* và vi khuẩn *Coliforms*), kết quả mẫu lấy trước can thiệp có 14/30 mẫu (chiếm 46,7%) ô nhiễm, sau can thiệp đã giảm chỉ còn 04/30 mẫu (chiếm 13,3%) bị ô nhiễm. Chất lượng mẫu nước nguồn sau can thiệp lấy trong năm 2021 cho thấy tỷ lệ mẫu nhiễm vi sinh đã giảm rõ rệt so với lần lấy mẫu trong năm 2020. Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 71,5. Sự cải thiện đáng kể mức độ ô nhiễm VSV trong nước nguồn giúp một phần quan trọng việc duy trì tính ổn định của hệ thống các cột lọc, giảm nguy cơ ngay từ bước đầu việc sản phẩm NUĐC có thể bị ô nhiễm.

Đặc biệt sau can thiệp mức độ ô nhiễm các loại VSV đều giảm đáng kể: Trước can thiệp 05 mẫu không đạt về 01 chỉ tiêu vi khuẩn *Coliform* tổng số (chiếm 16,7%), sau can thiệp 01 mẫu không đạt về chỉ tiêu vi khuẩn *Coliform* tổng số (chiếm 3,33%). Trước can thiệp 05 mẫu không đạt về 01 chỉ tiêu vi khuẩn *P.seudomonas aeruginosa* (chiếm 16,7%), sau can thiệp 03 mẫu không đạt về chỉ tiêu vi khuẩn *P.seudomonas aeruginosa* (chiếm 10%).

Có thể nói được sự quan tâm chỉ đạo của Lãnh đạo Chi cục, sự phối hợp của các phòng chức năng Chi cục và sự tham gia tích cực của các cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh. Mô hình truyền thông đã tiếp cận được toàn bộ các cơ sở sản xuất NUĐC và người sản xuất; các hoạt động triển khai mô hình truyền thông được triển khai bài bản, chất lượng, từ đó góp phần làm nên hiệu quả can thiệp

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng điều kiện ATTP; kiến thức, thực hành về ATTP; chất lượng NUĐC tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình và một số yếu tố liên quan

- 63,3% cơ sở sản xuất NUĐC đảm bảo các điều kiện về ATTP.
- 68,8% chủ cơ sở và người sản xuất có kiến thức đúng; 76,3% chủ cơ sở và người sản xuất có thực hành đúng về ATTP.
- 43,3% mẫu NUĐC bị ô nhiễm VSV (vi khuẩn *Coliform* tổng số, *P.seudomonas aeruginosa*); 100% mẫu NUĐC đạt về chỉ tiêu hóa học.
- 46,7 % mẫu nước nguồn phục vụ sản xuất ô nhiễm VSV vi khuẩn *Coliforms* và vi khuẩn *E.Coli*); 3,3% mẫu ô nhiễm hóa học (chỉ tiêu hàm lượng Clorua).
- Xác định được 02 mối liên quan có ý nghĩa thống kê: điều kiện trang thiết bị với chất lượng sản phẩm NUĐC; việc vệ sinh chai/bình với chất lượng sản phẩm NUĐC.

2. Xây dựng khung lý thuyết mô hình truyền thông và triển khai các hoạt động truyền thông nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

- Đã xây dựng hoàn chỉnh 01 mô hình truyền thông và tiến hành áp dụng 12 tháng tại 30 cơ sở sản xuất NUĐC

- Triển khai đa dạng và đầy đủ các hoạt động truyền thông: Truyền thông trực tiếp (tổ chức 01 lớp tập huấn và 03 đợt tư vấn, giám sát); Truyền thông gián tiếp (lắp đặt 09 cụm pano; 30 bảng quy trình sản xuất NUĐC; xây dựng 30 góc truyền thông (30 quyển sổ tay, 30 quyển sách trang lật và 90 poster tuyên truyền).

3. Hiệu quả mô hình truyền thông nâng cao chất lượng sản phẩm nước uống đóng chai

- Sau can thiệp tỷ lệ số cơ sở đảm bảo các điều kiện về ATTP tăng từ 63,3% lên 80%, chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 26,4.

- Sau can thiệp: kiến thức về ATTP của người sản xuất (đạt 84,9%) so với (đạt 68,8%) trước can thiệp, sự khác biệt giữa hai lần đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 23,4. Thực hành về ATTP của người sản xuất (đạt 94,6%) cao hơn trước can thiệp (đạt 76,3%), sự khác biệt giữa hai lần đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 23,9.

- Sau can thiệp mức độ ô nhiễm VSV trong nước nguồn phục vụ sản xuất giảm chỉ còn 13,3% so với trước can thiệp 46,7%, chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 71,5; mức độ ô nhiễm VSV sản phẩm NUĐC giảm chỉ còn 20% so với 43,3%, chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 53,8.

V. KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với cơ quan quản lý

- Tiếp tục đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phổ biến các quy định về ATTP trong sản xuất, kinh doanh thực phẩm cho các cơ sở sản xuất NUĐC.

- Tăng cường kiểm tra đột xuất, giám sát việc chấp hành các quy định của nhà nước về ATTP đối với các cơ sở sản xuất NUĐC, đặc biệt chú trọng hơn tới kiểm tra việc tuân thủ yêu cầu về điều kiện nơi xử lý vỏ chai/bình, trang thiết bị dụng cụ xử lý chai/bình; kiểm tra hóa chất sử dụng để diệt khuẩn (còn hạn, sử dụng đúng liều lượng). Xử lý nghiêm đối với các cơ sở có hành vi vi phạm.

- Duy trì tính hiệu quả của các biện pháp truyền thông ATTP đến các cơ sở sản xuất NUĐC (chú trọng hoạt động truyền thông thông qua các tổ tư vấn, giám sát) nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng sản phẩm được sản xuất, kinh doanh trên địa bàn tỉnh trong thời gian tới.

2. Đối với cơ sở sản xuất nước uống đóng chai

- Chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất NUĐC cần chủ động tìm hiểu, cập nhật các kiến thức, quy định của pháp luật về ATTP phù hợp với loại hình sản xuất, kinh doanh; nghiêm chỉnh chấp hành các quy định về thực hành đảm bảo vệ sinh khi tham gia sản xuất.

- Chủ các cơ sở sản xuất NUĐC tăng cường giám sát nhân viên trong suốt quá trình sản xuất, đặc biệt lưu ý các công đoạn có nguy cơ ô nhiễm đến chất lượng sản phẩm NUĐC như công đoạn ngâm, rửa vỏ bình, chiết rót...;

- Người sản xuất tuân thủ đúng các quy định về thực hành đảm bảo ATTP, chú trọng trong quá trình sử dụng hóa chất, xử lý, diệt khuẩn vỏ chai/bình; bảo quản vỏ chai/bình sau khi diệt khuẩn; tuyệt đối không tham gia sản xuất hoặc làm ở công đoạn tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm khi bị mắc một trong các bệnh: tả, lỵ, thương hàn, viêm gan A, E, viêm da nhiễm trùng, lao phổi, tiêu chảy cấp; loại bỏ các bình cũ, đã tái sử dụng nhiều lần, có thể nghiên cứu sử dụng vỏ bình có chất lượng cao hơn, an toàn hơn.

- Thực hiện duy trì đầy đủ các nội dung trong quy trình sản xuất đã được hướng tại các tài liệu truyền thông được cấp phát; duy trì các biện pháp kiểm soát quy trình sản xuất và chất lượng sản phẩm bảo đảm ATTP; nghiên cứu thay thế chất liệu vỏ bình (PET) bằng các vật liệu có tính an toàn hơn và sử dụng được trong thời gian dài hơn như PE, PP; tiến hành chọn lọc, thay thế, loại bỏ các bình cũ, đã được tái sử dụng nhiều lần; tự giác kiểm tra chất lượng sản phẩm (kiểm nghiệm nguồn nước và thành phẩm) định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2010), *QCVN 6-1:2010/BYT Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với nước khoáng thiên nhiên và NUĐC ban hành kèm theo Thông tư 34/2010/TT-BYT ngày 02/6/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.*
2. **Cục An toàn thực phẩm** (2013), *Báo cáo kết quả thanh tra, kiểm tra ATTP tại cơ sở sản xuất nước uống đóng chai năm 2013*, Hà Nội
3. **Lê Thanh Minh** (2016), “*Đánh giá việc tuân thủ các quy định ATTP và kiến thức, thực hành của người tham gia sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016*”, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng
4. **Trần Thị Diệu Huế** (2016), “*Đánh giá việc tuân thủ quy định về điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm và công tác thanh tra, kiểm tra tại cơ sở sản xuất nước uống đóng chai tỉnh Ninh Bình năm 2016*”. Trường Đại học Y tế công cộng; 2016.
5. **Thân Ngọc Hà** (2016), “*Đánh giá điều kiện an toàn thực phẩm của cơ sở sản xuất nước uống đóng chai tại thành phố Cần Thơ năm 2020 và một số yếu tố ảnh hưởng*”, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng.
6. **Võ Thị Hường** (2017), “*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến ô nhiễm vi sinh vật trong nước uống đóng chai của các cơ sở sản xuất tại tỉnh Cà Mau năm 2017*”, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ÁP DỤNG TIÊU CHUẨN ISO/IEC 17025:2005 TẠI TRUNG TÂM KIỂM NGHIỆM DƯỢC PHẨM – MỸ PHẨM NINH BÌNH TỪ NĂM 2015 ĐẾN 2017

Ds. Đinh Thị Bảy, Ds. Đinh Đức Thiệp, Ks. Phùng Thị Thu Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 tại Trung tâm từ năm 2015 đến 2017. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu hoạt động của Trung tâm trước và sau khi áp dụng tiêu chuẩn ISO. **Kết quả:** sau khi áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025 cơ cấu tổ chức, nhân sự của Trung tâm đã phân định rõ trách nhiệm và quyền hạn của từng bộ phận, trình độ nhân lực được cải thiện, thường xuyên được đào tạo nâng cao. Hệ thống chất lượng mới xây dựng bao trùm mọi hoạt động của đơn vị gồm 21 thủ tục, 4 hướng dẫn, 61 biểu mẫu. Cơ sở vật chất bố trí hợp lý, tránh nhiễm chéo, các thiết bị được hiệu chuẩn hàng năm, quản lý và bảo quản hoá chất thuốc thử đúng quy định. Trung tâm được công nhận đạt tiêu chuẩn ISO/IEC từ tháng 11/2014 với 27 phép thử với 104 hoạt chất tân dược và 51 dược liệu. Đến năm 2017 đăng ký công nhận lại 27 phép thử trên và mở rộng thêm 4 phương pháp thử mới với 110 hoạt chất, 51 dược liệu. **Kết luận:** Sau 3 năm áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 đã nâng cao chất lượng kiểm nghiệm tại đơn vị, đảm bảo kết quả thử nghiệm là tin cậy và chính xác. Các kỹ thuật kiểm nghiệm tham gia so sánh liên phòng thí nghiệm do VKNTTW hay VKNT TPHCM đều nằm trong top đầu so với các phòng thí nghiệm khác.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, cùng với việc mở cửa thị trường nên các doanh nghiệp Việt Nam ngày càng có nhiều hợp đồng xuất khẩu, thông thường mỗi lô hàng xuất khẩu đều phải kèm theo một kết quả thử nghiệm mẫu sản phẩm lấy từ lô hàng đó, kết quả thử nghiệm này thường được yêu cầu là “được chấp nhận toàn cầu”, vì vậy nhu cầu gửi mẫu thử nghiệm cho phòng thử nghiệm (PTN) được Quốc tế công nhận năng lực để có được “kết quả kiểm tra/thử nghiệm được chấp nhận toàn cầu” ngày càng tăng cao. Vì vậy, việc phấn đấu trở thành PTN được công nhận là một xu hướng tất yếu đối với các PTN nói chung và đối với các PTN ở Việt Nam nói riêng, khi mà nền kinh tế thế giới đang “toàn cầu hoá” ngày càng mạnh mẽ. Căn cứ để một PTN được Quốc tế công nhận về năng lực khi PTN đó phải được một tổ chức (như là VILAS) công nhận là phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế ISO/IEC 17025:2005.

Một PTN muốn tồn tại và phát triển trong tương lai, thì việc được công nhận PTN đó phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế ISO/IEC 17025:2005 là một yêu cầu bắt buộc, cho dù đó là PTN của một doanh nghiệp tư nhân hay là PTN của một tập đoàn đa quốc gia lâu đời trên thế giới.

Do vậy việc thực hiện ISO 17025: 2005 là một yêu cầu bắt buộc đối với Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm – Mỹ phẩm tỉnh Ninh Bình. Ngày 20 tháng 11 năm 2014, cùng với sự nỗ lực phấn đấu Trung tâm đã được văn phòng công nhận chất lượng công nhận là phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế ISO/IEC 17025 với mã số VILAS 785.

Xuất phát từ những lý do trên, nhóm tác giả xin thực hiện đề tài này nhằm:

- *Đánh giá hiệu quả áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 tại Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm - Mỹ phẩm Ninh Bình năm 2015 đến năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2016 đến 11/2017

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm - Mỹ phẩm Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Hoạt động của Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm Mỹ phẩm Ninh Bình khi chưa áp dụng theo Tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005.

- Hoạt động của Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm Mỹ phẩm Ninh Bình khi áp dụng theo Tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu hoạt động của Trung tâm khi chưa áp dụng Tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005.

- Nghiên cứu tiến cứu hoạt động và kết quả áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 trong 2 năm 2016 – 2017:

2.3.2. Phương pháp thu thập số liệu, thông tin

Quan sát kết hợp với thu thập, xem xét hồ sơ tài liệu phản ánh hoạt động quản lý, thử nghiệm của Trung tâm kiểm nghiệm Dược phẩm – Mỹ phẩm.

2.3.3. Biến số nghiên cứu

Đề tài tập trung nghiên cứu một số biến số cơ bản sau:

- *Cơ cấu tổ chức, nhân sự, đào tạo nhân lực*
- + Cơ cấu tổ chức;
- + Nhân sự;
- + Đào tạo nhân lực.
- *Hệ thống chất lượng.*
- + Sổ tay chất lượng;
- + Các SOP (các thủ tục, quy trình thao tác chuẩn);
- + Các hướng dẫn, phương pháp;
- + Hồ sơ, tài liệu.
- *Cơ sở hạ tầng, thiết bị phân tích, hóa chất thuốc thử*
- + Cơ sở hạ tầng;
- + Thiết bị phân tích;
- + Hóa chất, thuốc thử.
- *Chất lượng thử nghiệm*
- + Phép thử và hoạt chất thử nghiệm;
- + Thử nghiệm thành thạo và so sánh liên phòng.

2.3.4. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu, dữ liệu, thông tin được đảm bảo chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

2.3.5. Phân tích và xử lý số liệu: Xử lý số liệu thống kê bằng excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Cơ cấu tổ chức, nhân sự

* Cơ cấu tổ chức

Nhân sự trung tâm trước khi áp dụng tiêu chuẩn được sắp xếp, tổ chức lại theo Quyết định số 53/QĐ-SYT ngày 11/01/2013 của Sở Y tế Ninh Bình bao gồm: Giám đốc; 01 Phó Giám đốc; Phòng Kế hoạch Tài chính - Tổ chức Hành chính; Khoa Kiểm nghiệm thuốc; Khoa Kiểm nghiệm Đông dược - Dược liệu; Khoa Kiểm nghiệm Dược lý - Vi sinh - Thực phẩm chức năng.

* Nhân sự

Trình độ nhân lực tại Trung tâm đã được cải thiện đáng kể so với trước khi đạt ISO, Trung tâm đã có thêm các cán bộ viên chức có trình độ cao đẳng và dược sĩ chuyên khoa 1. Để tiếp tục nâng cao trình độ chuyên môn cho từng cán bộ trong đơn vị, Trung tâm đã tiếp tục cử 2 cán bộ đang học ĐH, 1 cán bộ học CKI, 8 cán bộ học Cao đẳng Dược.

* Đào tạo nhân lực

Sau khi đạt ISO/IEC 17025 đến năm 2017 để nâng cao trình độ nhân lực và kỹ thuật kiểm nghiệm của đơn vị, Trung tâm đã tăng cường đào tạo cho cán bộ cả đơn vị ngoài việc cử cán bộ đào tạo bên ngoài và Trung tâm còn nỗ lực đào tạo nội bộ tại đơn vị. Ngoài ra hàng năm kiểm nghiệm viên của Trung tâm đều được kiểm tra đánh giá tay nghề, thông qua chương trình thử nghiệm thành thạo nội bộ, độ lặp lại để kiểm tra tay nghề của từng KNV trong đơn vị. Thông qua chương trình, tay nghề của kỹ thuật viên, kiểm nghiệm viên được nâng cao một cách rõ rệt. Các lượt đào tạo được thống kê theo bảng 3.1

Bảng 1. Số lượng cán bộ được đào tạo các kỹ thuật kiểm nghiệm trước và sau khi áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025

TT	Trước áp dụng		Sau áp dụng	
	Đào tạo bên ngoài		Đào tạo nội bộ	
1	21		58	

3.2. Hệ thống chất lượng

Sau khi áp dụng Trung tâm đã xây dựng Sổ tay chất lượng là cấp cao nhất, công bố chính sách chất lượng, mục tiêu chất lượng và cam kết chất lượng phòng thử nghiệm của lãnh đạo. Trong đó nêu rõ các yêu cầu về quản lý và các yêu cầu về kỹ thuật với 5 chương theo đúng chuẩn mực của ISO/IEC 17025. Sau 3 năm áp dụng và cải tiến, hiện nay Trung tâm đã xây dựng 21 thủ tục trong đó có 10 thủ tục yêu cầu về quản lý và 11 thủ tục yêu cầu về kỹ thuật; 38 phương pháp thử và 4 hướng dẫn.

3.3. Cơ sở hạ tầng, thiết bị phân tích, hoá chất thuốc thử

* Cơ sở hạ tầng

Dựa trên cơ sở hạ tầng có sẵn sau khi áp dụng tiêu chuẩn, Trung tâm bố trí riêng khu xử lý mẫu, phân tích mẫu và hoạt động hành chính. Các thiết bị được lắp đặt và bảo quản phù hợp theo yêu cầu hạn chế sự ảnh hưởng đến nhau, đến kết quả thử nghiệm.

* Thiết bị phân tích

Với kinh phí được cấp, Trung tâm đã đầu tư thêm một số thiết bị thiết yếu như Máy chuẩn độ điện thế Metrohm-848-TITRINO PLUS, Lò nung mẫu Nabertherm LE 6/11/B150 - LE060K1BN,... và thực hiện hiệu chuẩn hàng năm, bảo dưỡng theo định kỳ để đảm bảo độ chính xác và tin cậy của kết quả thử nghiệm.

* Hóa chất, thuốc thử

Kết quả khảo sát thực trạng quản lý, sử dụng hoá chất, thuốc thử và chất đối chiếu của Trung tâm so với yêu cầu ISO/IEC 17025:2005 được trình bày ở bảng 3.2

Bảng 2. Thực trạng thuốc thử và chất đối chiếu của Trung tâm KNNB trước và sau khi áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025

STT	Nội dung	Yêu cầu ISO/IEC 17025:2005	Trước khi Trung tâm áp dụng tiêu chuẩn ISO	Sau khi Trung tâm áp dụng tiêu chuẩn ISO
1	Hóa chất, thuốc thử	- Pha chế thuốc thử giao cho người có trình độ thích hợp và thực hiện theo quy trình	- Giao cho DSDH, thực hiện theo ĐDVN	- Giao cho DSDH, thực hiện theo ĐDVN
		- Có dán nhãn đúng quy định	- Đúng quy định	- Đúng quy định
		- Dung dịch chuẩn độ: Xác định hiệu chỉnh hệ số K khi sử dụng	- Có xác định nhưng chưa thường xuyên	- Xác định hệ số K khi sử dụng
		- Thuốc thử: Phải kiểm tra đưa ra hạn sử dụng.	- Chưa đưa ra được hạn sử dụng	- Đã xác định được hạn sử dụng của thuốc thử.
		- Có sổ pha chế thuốc thử	- Có	- Có
		- Định kỳ kiểm tra nước cất	- Chưa thường xuyên	- Thường xuyên kiểm tra định kỳ
		- Có khu vực bảo quản hóa chất, thuốc thử, đặt ở vị trí có thể ngăn ngừa được hỏa hoạn và được trang bị các phương tiện phòng cháy, chữa cháy thích hợp.	- Chưa có khu vực bảo quản riêng. Hóa chất, thuốc thử bảo quản ở nhiệt độ, độ ẩm chưa phù hợp. Chưa có tủ đựng hóa chất chuyên dụng.	- Đã có khu vực bảo quản riêng, có tủ hóa chất chuyên dụng. Đã lắp đặt điều hòa để đảm bảo điều kiện bảo quản hóa chất, thuốc thử.
2	Chất đối chiếu	- Có người quản lý và mở sổ theo dõi	- Chưa có sổ theo dõi	- Có cán bộ quản lý và thường xuyên theo dõi chất đối chiếu tại các khoa phòng của đơn vị.

	- Có nguồn gốc xuất xứ, chứng chỉ phân tích	- Có, nhưng chưa đủ.	- Chất đối chiếu thường xuyên được mua tại Viện kiểm nghiệm thuốc TW và Viện kiểm nghiệm thuốc TP HCM, có chứng chỉ phân tích rõ ràng và các cán bộ quản lý theo dõi chất đối chiếu lưu tại khoa thí nghiệm.
--	---	----------------------	--

3.4. Chất lượng thử nghiệm

* Phép thử và hoạt chất thử nghiệm

Trước khi áp dụng ISO Trung tâm chỉ thực hiện 11 phép thử như: Xác định độ hoà tan; độ rã; Định lượng, định tính, xác định độ đồng đều hàm lượng các hoạt chất chính bằng phương pháp: Quang phổ tử ngoại khả kiến; Chuẩn độ thể tích; Chuẩn độ điện thế; Sắc ký lỏng hiệu năng cao ở mức độ đơn giản.

Sau khi áp dụng ISO, Trung tâm đã tăng cường rà soát về hóa chất thuốc thử, về kỹ thuật kiểm nghiệm, được BOA công nhận 27 phép thử (17 phép thử đối với thuốc, 10 phép thử đối với thực phẩm chức năng); 110 hoạt chất đạt tiêu chuẩn ISO/IEC 17025.

* Thử nghiệm thành thạo và so sánh liên phòng

Sau khi áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 Trung tâm đã thường xuyên tham gia các chương trình thử nghiệm thành thạo và so sánh liên phòng thử nghiệm do Viện Kiểm nghiệm thuốc và hệ thống EQAS tổ chức. Các các phép thử nghiệm tham gia so sánh liên phòng với các phòng thí nghiệm khác đều đạt độ chính xác, tin cậy nằm trong TOP đầu với giá trị Z - core thấp so với giá trị ấn định ($|Z| = 1,73 - 0,03$), tương ứng với đó là giá trị RSZ, RSSZ thấp chứng tỏ kết quả thử nghiệm của Trung tâm gần trùng với giá trị ấn định do Viện kiểm nghiệm thuốc TW hoặc Viện kiểm nghiệm thuốc TP HCM đưa ra nhất. Khẳng định kết quả thử nghiệm của kiểm nghiệm viên Trung tâm có độ chính xác và tin cậy cao so với các PTN khác như bảng 3.3.

Bảng 3. Kết quả tham gia thử nghiệm thành thạo và so sánh liên phòng của Trung tâm từ 2014 - 2017

TT	Nhà cung cấp	Thời gian	Tên chỉ tiêu	Kết quả	Z- core	RSZ	RSSZ
01	VKN Thuốc TP HCM	Tháng 8/2014	Xác định hàm lượng nước bằng Karl Fischer	Đạt	Z _A = -0,12 Z _B = -0,12	-0,18	0,02
			Xác định chỉ số pH		Z _A = 0,09 Z _B = 0,12	0,12	0,01
02	Hệ thống EQAS	Tháng 01/2015	Định lượng bằng phương pháp HPLC	Đạt	Z= 1,73		
			Xác định tạp chất liên quan bằng phương pháp HPLC		Z= -0,46		
			Xác định độ hòa tan bằng phương pháp UV - VIS		Z= 0,38		
			Định lượng bằng phương pháp chuẩn độ thể tích		Z= 0,83		
			Xác định hàm lượng nước bằng phương pháp Karl fischer		Z= -1,06		

03	VKN Thuốc TW	Tháng 9/2015	Xác định độ đồng đều hàm lượng bằng phương pháp UV - VIS	Đạt	Z= 0,59		
			Định lượng bằng Vi sinh vật		Z _A = -0,03 Z _B = 0,07	0,03	0,00
04	Hệ thống EQAS	Năm 2016	Định lượng bằng phương pháp HPLC	Đạt	Z= -0,62		
			Xác định tạp chất liên quan bằng phương pháp HPLC		Z= -0,51		
			Định lượng bằng phương pháp chuẩn độ thể tích		Z _A = -0,55 Z _B = - 1,18	-1,23	0,85
05	VKN Thuốc TW		Định lượng bằng phương pháp HPLC	Đạt	Z _A = 0,228 Z _B = -0,092		
			Xác định độ hòa tan bằng phương pháp quang phổ hấp thụ tử ngoại		Z ₁₅ = -0,68 Z ₄₅ = 0,491		
06	VKN Thuốc TW	Tháng 8/2017	Xác định độ hòa tan bằng phương pháp HPLC				
			Mất khối lượng do làm khô				

IV. BÀN LUẬN

* Cơ cấu tổ chức, nhân sự

- Trình độ, nhân lực của Trung tâm đã được cải thiện đáng kể so với trước đây, có thêm các cán bộ có trình độ cao đẳng và được sĩ chuyên khoa 1; Để tiếp tục nâng cao năng lực và trình độ chuyên môn cho cán bộ trong đơn vị, trung tâm tiếp tục cử 2 cán bộ học ĐH; 1 cán bộ học CKI và 8 cán bộ tiếp tục học lên CĐ. Ngoài ra, Trung tâm thường xuyên cử cán bộ tham gia đào tạo nâng cao năng lực và kỹ thuật kiểm nghiệm do Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương và Văn phòng công nhận chất lượng tổ chức;

- Hàng năm, Trung tâm thường xuyên đào tạo nội bộ và đào tạo lại các kỹ thuật kiểm nghiệm nhằm nâng cao năng lực cho từng cán bộ. Đặc biệt là các cán bộ có trình độ đại học trở lên đã thuần thục các kỹ thuật kiểm nghiệm mới và hiện đại tại đơn vị, tạo điều kiện thuận lợi để triển khai các kỹ thuật kiểm nghiệm mới và trao đổi chuyên môn nghiệp vụ.

* Hệ thống chất lượng

Sau 3 năm áp dụng và cải tiến, Hệ thống chất lượng thường xuyên được sửa đổi, bổ sung cho phù hợp với thực tiễn của đơn vị và đến năm 2017 Trung tâm đã ban hành thêm 8 phương pháp thử mới đã được thẩm định, phê duyệt, áp dụng tại đơn vị.

* Cơ sở hạ tầng, thiết bị phân tích, hóa chất thuốc thử

- Các thiết bị này định kỳ được hiệu chuẩn hàng năm, thường xuyên được kiểm tra, bảo dưỡng đảm bảo kết quả thử nghiệm có độ chính xác và tin cậy cao nhất.

- Các loại hoá chất, thuốc thử, chất chuẩn, chất đối chiếu được bổ sung phục vụ đầy đủ cho việc mở rộng danh mục phép thử và hoạt chất kiểm nghiệm và được mã hoá thuận lợi cho việc quản lý, truy tìm. Chất đối chiếu và hóa chất thuốc thử được bảo quản ở điều kiện đúng quy định. Việc quản lý, bảo quản đúng theo quy định của ISO/IEC 17025 đảm bảo cho các kết quả thử nghiệm được chính xác, tin cậy;

* Chất lượng thử nghiệm

- Từ năm 2014 Trung tâm đã được công nhận 27 phép thử đạt tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 trong đó có 17 phép thử đối với thuốc và 10 phép thử đối với thực phẩm chức năng; Với 104 hoạt chất tân dược và 51 dược liệu kiểm nghiệm được. Đến năm 2017, Trung tâm đang tiếp tục xin đăng ký công nhận lại 27 phép thử trên và đăng ký mở rộng thêm 4 phương pháp thử mới bao gồm phương pháp định lượng vitamin B2; phương pháp định lượng vitamin PP;

phương pháp định lượng Glucosamin và phương pháp định lượng vitamin B1, B2 và B6 trong các chế phẩm thực phẩm chức năng. Các phương pháp thử này đã được thẩm định và phê duyệt áp dụng tại đơn vị và mở rộng thêm 6 hoạt chất tân dược mới so với năm 2014 bao gồm: Losartan, Celecoxib, Flunarizin, Enalapril, Glimepirid, Glibenclamid.

- Trung tâm thường xuyên tham gia các chương trình thử nghiệm thành thạo và so sánh liên phòng cho viện kiểm nghiệm thuốc và hệ thống EQAS tổ chức. Các kỹ thuật kiểm nghiệm tham gia so sánh đều nằm trong TOP đầu so với các phòng thí nghiệm khác với giá trị Z - core, RSZ, RSSZ thấp so với giá trị ấn định do Viện kiểm nghiệm thuốc TW hay Viện kiểm nghiệm thuốc TP HCM đưa ra.

V. KẾT LUẬN

Sau 3 năm triển khai áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 tại phòng thử nghiệm Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm-Mỹ phẩm Ninh Bình, đã đạt được hiệu quả như sau:

- Áp dụng Hệ thống QLCL theo tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005: Phòng thử nghiệm đã thành lập ban Quản lý chất lượng kỹ thuật giúp Giám đốc trung tâm quản lý và điều hành phòng thử nghiệm, nhân viên phòng thử nghiệm xác định rõ hơn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của các phòng/ban và trách nhiệm cụ thể của mình trong phòng thử nghiệm.

- Trung tâm đã xây dựng, chỉnh sửa, cải tiến và bổ sung hoàn thiện Hệ thống quản lý chất lượng, bao gồm: Sổ tay chất lượng, các thủ tục, hướng dẫn thao tác chuẩn, các phương pháp thử và các biểu mẫu của thủ tục liên quan. Các chính sách chất lượng, mục tiêu chất lượng, các thủ tục, các yêu cầu kỹ thuật của phương pháp phân tích, các thiết bị, hoá chất, các hướng dẫn công việc được xây dựng thành văn bản rõ ràng, đầy đủ.

- Cơ sở vật chất và việc bố trí các khu vực hoạt động thử nghiệm cũng như việc cung cấp, quản lý, sử dụng thiết bị phân tích, dung môi, hoá chất, chất chuẩn, thuốc thử được quản lý chặt chẽ đảm bảo cho kết quả thử nghiệm

- Các kỹ thuật kiểm nghiệm mới được phát triển, đặc biệt là kỹ thuật hiện đại, như: HPLC, UV-VIS, Kalrfischer... triển khai một cách đồng bộ và hiệu quả, danh mục kỹ thuật và hoạt chất kiểm nghiệm được mở rộng. chất lượng kiểm nghiệm ngày càng nâng cao đảm bảo tin cậy và chính xác cao.

Có thể khẳng định sau khi triển khai áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 tại phòng thử nghiệm Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm-Mỹ phẩm Ninh Bình, đã đạt được hiệu quả tốt, một cách toàn diện, góp phần tích cực trong việc hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao. Mặt khác, nhờ áp dụng HTQLCL theo tiêu chuẩn quốc tế đã kích thích được tính năng động, sáng tạo của người lao động trong hoạt động của mình; phát huy nhiều sáng kiến cải tiến kỹ thuật, làm lợi cho Trung tâm và tạo điều kiện làm hài lòng nhu cầu của khách hàng, cũng như phục vụ công tác quản lý. Theo đó cũng khẳng định Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm-Mỹ phẩm Ninh Bình phải tiếp tục duy trì áp dụng tiêu chuẩn ISO/IEC 17025:2005 và tiếp tục cải tiến để phát triển hoàn thiện hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tiêu chuẩn Quốc gia** (2007), *Yêu cầu chung về năng lực của phòng thử nghiệm và hiệu chuẩn tiêu chuẩn ISO/IEC 17025*.

2. **Văn phòng công nhận chất lượng** (2016), *Yêu cầu bổ sung để công nhận các phòng thử nghiệm lĩnh vực Dược (Mã số - Code: AGL09)*.

3. **Văn phòng công nhận chất lượng** (2016), *Yêu cầu bổ sung để công nhận các phòng thử nghiệm lĩnh vực Hóa (Mã số - Code: AGL03)*.

4. **Báo cáo kết quả hoạt động của Trung tâm các năm từ 2008 – 2017**.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CUNG CẤP VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ LÀM MẸ AN TOÀN TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG TỈNH NINH BÌNH, NĂM 2019-2020

**Phạm Văn Dậu^{1*}, Phạm Cẩm Kỳ, Bùi Thị Hương, Nguyễn Thị Hương,
Đông Thị Thuận, Trần Thị Thu Trang, Vũ Thị Phương Thảo,
Hà Ngọc Sơn, Vũ Thị Trà My**

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Nhận xét thực trạng kiến thức và thực hành làm mẹ an toàn của các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2019. (2) Đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ làm mẹ an toàn của các cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2019. **Đối tượng và Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1665 bà mẹ và 157 Nhân viên y tế (NVYT). **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ bà mẹ hiểu đúng về làm mẹ an toàn (LMAT) chiếm 38.4%; có 97.5% bà mẹ cho rằng cần phải kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai; có 86.1% bà mẹ cho rằng cần thiết phải tiêm phòng trước khi mang thai; có 60.2% bà mẹ có kiến thức đúng về việc khám thai cần thực hiện đầy đủ cả Siêu âm, xét nghiệm máu và xét nghiệm nước tiểu; có 19.5% bà mẹ thực hiện khám thai dưới 3 lần, 80.5% bà mẹ thực hiện khám thai trên 4 lần. Có 95.0% bà mẹ thực hiện khám thai ba tháng đầu; việc thực hiện khám thai trong lần mang thai này, bà mẹ thực hiện đầy đủ siêu âm, xét nghiệm máu, nước tiểu chiếm 49.7%; tỷ lệ bà mẹ gặp các dấu hiệu bất thường chung trong khi mang thai là 5.2%. Bà mẹ cảm thấy hài lòng khi sinh tại Bệnh viện/TTYT chiếm tỷ lệ 69.6%. Kiến thức NVYT có 89.2% NVYT trả lời đúng dấu hiệu nước ối, dấu hiệu về Huyết áp đạt 85.4%. Có 78.3% NVYT trả lời đúng dấu hiệu Tim thai, thấp nhất là dấu hiệu mạch với 33.8%; thực hành đúng các bước khám thai, tỷ lệ thực hành đúng bước hỏi bệnh đạt từ 68.2% đến 94.3%. Số giường bệnh thực kê tại các đơn vị có tổng 445 giường, tổng nhân lực phục vụ cho công tác LMAT là 178 NVYT. Lưu lượng BN khám sản năm 2019 có tổng là 54.562 lượt, tổng số lượt đẻ là 19.619 lượt, trong đó BV Sản nhi là 14.432 lượt chiếm 73.6%, TTYT Hoa lưu thấp nhất với 94 lượt chiếm 0.5%. **Kết luận:** bà mẹ hiểu đúng về LMAT còn chưa cao, kiến thức của NVYT chưa cao và chưa đồng đều, đặc biệt nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ. Các danh mục trang thiết bị thiết yếu cơ bản các bệnh viện đều trang bị đủ. Trang thiết bị cận lâm sàng phục vụ chuyên môn tại các bệnh viện/TTYT tuyến huyện đáp ứng ở mức độ cơ bản. Nhân lực có trình độ chuyên môn còn rất thiếu đặc biệt tại các BV/TTYT tuyến huyện.

Từ khóa: Làm mẹ an toàn; Ninh Bình; Bà mẹ; Nhân viên y tế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra khuyến cáo sức khỏe, bệnh tật của bà mẹ trong thời kỳ mang thai, thời kỳ cho con bú đều ảnh hưởng đến sự phát triển và sức khỏe của đứa trẻ. Điều đáng lưu ý là hầu hết các vấn đề sức khỏe trên có thể phòng ngừa hay điều trị được bằng những biện pháp cơ bản, có thể ngăn chặn phần lớn các ca tử vong ở bà mẹ nếu họ được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sản phụ thiết yếu và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Ở Việt Nam, theo công bố của Bộ Y tế trong Niên giám thống kê y tế năm 2018, trong 5 tai biến sản khoa đáng chú ý là số trường hợp băng huyết còn ở mức cao 5,848 ca; sản giật 562 ca; nhiễm trùng hậu sản 633 ca; số ca tử vong do tai biến sản khoa cũng còn ở mức cao.

Tại tỉnh Ninh Bình, đến nay chưa có số liệu cụ thể về thực trạng làm mẹ an toàn ở các bà mẹ trong độ tuổi sinh sản và khả năng cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế. Mặc dù đã có những thay đổi phù hợp với sự phát triển và xu hướng tiếp cận dịch vụ y tế, song vẫn còn nhiều hạn chế, thách thức trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em nói riêng. Để có cơ sở dữ liệu chính xác giúp đề ra các biện pháp hiệu quả khắc phục được những tồn tại, hạn chế nêu trên, cần có những thông tin, dữ liệu, kết quả nghiên cứu khoa học xác thực làm cơ sở thiết lập, xây dựng các kế hoạch can thiệp góp phần nâng cao, cải thiện tình hình sức khỏe thai sản tại tỉnh nhà. Với tên đề tài “**Nghiên cứu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ làm mẹ an toàn tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình, năm 2019- 2020**”

¹Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình

Tác giả chính liên hệ: BSCKII. Phạm Văn Dậu

Điện thoại: 0912129565

Email: drdau70@gmail.com

Mục tiêu nghiên cứu

1) Nhận xét thực trạng kiến thức và thực hành làm mẹ an toàn của các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2019.

2) Đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ làm mẹ an toàn của các cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2019.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu****2.1.2. Địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện tại 8 cơ sở y tế công thuộc tỉnh Ninh Bình, được lựa chọn có chủ định, bao gồm: Bệnh viện Sản Nhi; Bệnh viện huyện Kim Sơn; Bệnh viện huyện Nho Quan; Trung tâm y tế huyện Yên Mô; Trung tâm y tế huyện Yên Khánh; Trung tâm y tế huyện Tam Điệp; Trung tâm y tế Huyện Hoa Lư; Trung tâm y tế huyện Gia Viễn.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020.

- Thời gian thu thập số liệu tại các cơ sở y tế: Tháng 1 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Bà mẹ sinh con tại bệnh viện Sản Nhi và 07 bệnh viện, TTYT tuyến huyện

- Nhân viên y tế tham gia trực tiếp cung cấp dịch vụ và cán bộ quản lý tại đơn vị

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu tại các cơ sở y tế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu

+ Cỡ mẫu tính số bà mẹ mang thai đến sinh con tại Bệnh viện:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỉ lệ trong một quần thể

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

Thực tế nghiên cứu tổng số cỡ mẫu bà mẹ tham gia là **1.665 bà mẹ**.

+ Cỡ mẫu là NVYT trực tiếp tham gia cung cấp dịch vụ LMAT: **157 người**

+ Cỡ mẫu NVYT cho phỏng vấn sâu: **32 người**

2.3.3. Các biến số, chỉ số

- Chỉ số đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành làm mẹ an toàn của các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình

+ Tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình hình kinh tế gia đình của bà mẹ

+ Số lần sinh con, Số lần khám thai, thời điểm khám, nơi khám thai, nội dung tư vấn khi khám thai...

- Chỉ số đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ LMAT của các cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình.

+ Thông tin chung về NVYT; kiến thức chuyên môn của NVYT; thực hành chuyên môn của NVYT: Kỹ năng thực hành 9 bước khám thai, Kỹ năng đọc biểu đồ chuyển dạ (đọc tình trạng của sản phụ qua biểu đồ chuyển dạ mẫu)

- Khả năng cung cấp dịch vụ LMAT tại các cơ sở y tế công thuộc tỉnh Ninh Bình: Cơ sở vật chất, nhân lực, thiết bị...

2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp các đối tượng bằng bộ công cụ điều tra đã chuẩn bị sẵn.

- Nếu đối tượng từ chối hợp tác trả lời thì điều tra viên chuyển sang đối tượng khác để phỏng vấn.

- Trong quá trình phỏng vấn chỉ có hai người (điều tra viên và đối tượng phỏng vấn), ngồi đối diện nhau, không có người thứ ba.

2.4. Xử lý số liệu

- Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập, được nhập liệu qua phần mềm

Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

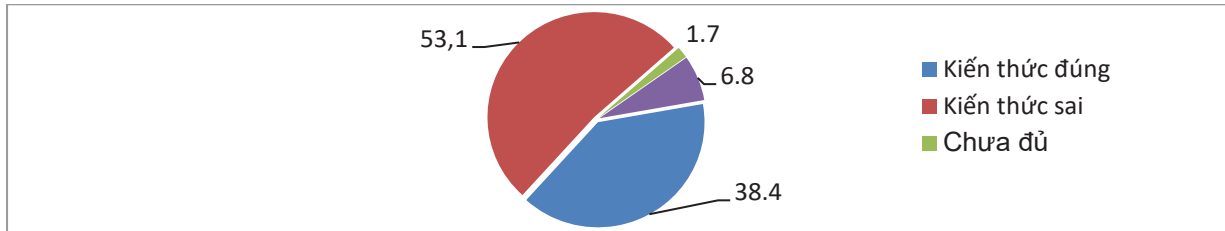
- Sử dụng các thông số thống kê, tính toán trong nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức nghiên cứu y sinh học, mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và tuân thủ quy định lưu giữ thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng LMAT của bà mẹ tới sinh con tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kiến thức đúng của bà mẹ về LMAT

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ hiểu đúng về LMAT chiếm 38.4% với 639 bà mẹ; Kiến thức sai chiếm 53.1% với 883 bà mẹ, tỷ lệ bà mẹ không biết đến nội dung LMAT và chưa từng nghe nói đến là 6.8% với 114 bà mẹ. Có 1.7% bà mẹ nêu kiến thức chưa đầy đủ.

Bảng 3.1. Tổng hợp kiến thức LMAT của bà mẹ

Nội dung LMAT	Số lượng	Tỷ lệ
Kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai		
Có	1624	97,5
Không	41	2,4
Tiêm phòng trước khi mang thai		
Có	1434	86,1
Không	231	13,9
Khám thai cơ bản		
Siêu âm đơn thuần	114	6,8
Siêu âm và XN máu	463	27,8
Siêu âm và XN nước tiểu	85	5,1
Siêu âm, XN máu và nước tiểu	1003	60,2
Số lần khám thai		
Khám 1 lần	35	2,1
Khám 2 lần	108	6,5
Khám trên 3 lần	1512	90,8
Không khám	10	0,6
Số lần tiêm vaccin uốn ván		
Tiêm 1 lần	353	21,2
Tiêm 2 lần	1242	74,6
Không rõ	70	4,2
Thời điểm uống bổ xung viên sắt		
Ngay từ khi có thai	1392	83,6
Tháng thứ 4	258	15,5
Tháng thứ 7	10	0,6
Sau khi sinh	5	0,1
Thời điểm uống bổ xung canxi		
Ngay từ khi có thai	654	39,3
Tháng thứ 4	970	58,3
Tháng thứ 7	34	2,0
Sau khi sinh	7	0,5
Tổng	1665	100

Nhận xét: Có 97,5% bà mẹ cho rằng cần phải kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai; 86,1% bà mẹ cho rằng cần thiết phải tiêm phòng trước khi mang thai; 60,2% bà mẹ có kiến thức đúng về việc khám thai cần thực hiện đầy đủ cả Siêu âm, xét nghiệm máu và xét nghiệm nước tiểu; 90,8% cho rằng số lần khám thai cần thiết là 3 lần; 74,6% bà mẹ có kiến thức về việc tiêm phòng vaccin uốn ván là 02 lần, có 83,6% bà mẹ cho rằng việc uống viên sắt cần phải thực hiện ngay từ khi có thai, 58,3% bà mẹ cho rằng uống canxi bổ sung từ khi có thai chiếm 39,3%.

Bảng 3.2. Những dấu hiệu bất thường bà mẹ gặp phải trong lần sinh vừa qua

Những dấu hiệu bất thường	Số lượng	Tỷ lệ chung (n=1665)
Băng huyết chảy máu	16	0,96
Rách tầng sinh môn bị động	9	0,54
Rách cổ tử cung phải kiểm soát	16	0,96
Nhiễm khuẩn hậu sản	26	1,56
Mưng mủ vết cắt khâu	20	1,18
Tổng	87	5,2

Nhận xét: Trong tổng số 87 bà mẹ có dấu hiệu bất thường trong lần sinh vừa qua thì có 26 bà mẹ có sốt hậu sản, chiếm 1,56%. Có 20 bà mẹ bị mưng mủ vết cắt khâu, chiếm 1,18%, băng huyết và rách cổ tử cung đều có 0,96% với 16 bà mẹ, rách tầng sinh môn bị động là 9 bà mẹ với 0,54%.

3.2. Kiến thức thực hành của NVYT về LMAT

Bảng 3.3. Kiến thức của NVYT về các dấu hiệu bất thường phải xử trí trong chuyển dạ

Đơn vị	Mạch	Huyết áp	Tim thai	Nước ối
Sản Nhi	28 (28,0)	84 (84,0)	76 (76,0)	91 (91,0)
Kim Sơn	6 (40,0)	14 (93,3)	14 (93,3)	11 (73,3)
Yên Mô	2 (25,0)	6 (75,0)	7 (75,5)	8 (100)
Yên Khánh	4 (66,7)	6 (100)	2 (33,3)	4 (66,7)
Tam Điệp	3 (37,5)	8 (100)	5 (62,5)	7 (87,5)
Hoa Lư	2 (33,3)	5 (83,3)	6 (100)	6 (100)
Gia Viễn	6 (85,7)	6 (85,7)	7 (100)	6 (85,7)
Nho Quan	2 (28,6)	5 (71,1)	6 (85,7)	7 (100)
Tổng	53 (33,8)	134 (85,4)	123 (78,3)	140 (89,2)

Nhận xét: Khi được hỏi về các dấu hiệu bất thường cần phải xử trí trong chuyển dạ, có 89.2% NVYT trả lời đúng dấu hiệu nước ối, dấu hiệu về Huyết áp đạt 85.4%, Có 78.3% NVYT trả lời đúng dấu hiệu Tim thai, thấp nhất là dấu hiệu Mạch với 33.8%.

• **Thực hành của NVYT về LMAT**

Bảng 3.4. Tỷ lệ NVYT đánh giá đúng biểu đồ chuyển dạ mẫu

Đơn vị	BV Sản Nhi	BV/TTYT các huyện	Tổng
Biểu đồ chuyển dạ mẫu			
Đúng	37 (37,0)	7 (12,3)	44 (28,0)
Sai	63 (63,0)	50 (87,7)	113 (72,0)
P	<0,05		

Nhận xét: Có 44 cán bộ trả lời đúng đạt tỷ lệ 28,0%, Trong đó BV Sản Nhi là 37,0%, BV/TTYT huyện là 12,3%. Sự khác biệt giữa tỷ lệ trả lời đúng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với P<0,05.

Bảng 3.5. Tỷ lệ NVYT thực hành đúng 9 bước khám thai

Thực hành đúng bước hỏi bệnh	BV Sản Nhi (N=100)	BV/TTYT các huyện (N=57)	Tổng (N=157)	P
Hỏi thông tin	99 (99,0)	49 (86,0)	148 (94,3)	>0,05
Khám toàn thân	82 (82,0)	42 (73,7)	124 (79,0)	>0,05
Khám sản khoa	90 (90,0)	45 (78,9)	135 (86,0)	<0,05
Chỉ định xét nghiệm đúng	88 (88,0)	47 (82,5)	135 (86,0)	>0,05
Hướng dẫn tiêm phòng UV	86 (86,0)	32 (56,1)	118 (75,2)	<0,05
Hướng dẫn dùng Canxi, sắt	85 (85,0)	22 (38,6)	107 (68,2)	<0,05
Khám thai	91 (91,0)	50 (87,7)	141 (89,8)	>0,05
Ghi chép, hẹn khám lại	89 (89,0)	45 (78,9)	134 (85,4)	>0,05

Nhận xét: Cán bộ y tế thực hành đúng các bước khám thai, tỷ lệ thực hành đúng bước hỏi bệnh đạt 94,3%; Tuy nhiên tỷ lệ hỏi các thông tin còn thấp như: Hướng dẫn dùng canxi, sắt (68,2%); Hướng dẫn tiêm phòng UV (75,2%); Tỷ lệ khám toàn thân đạt 79,0%. Có sự khác biệt giữa hai nhóm BV Sản Nhi và BV/TTYT huyện ở nội dung khám sản khoa, hướng dẫn tiêm UV, hướng dẫn dùng canxi, sắt.

3.3. Khả năng cung cấp dịch vụ LMAT tại các đơn vị y tế công tỉnh Ninh Bình

Bảng 3.6. Tình hình hoạt động chuyên môn tại các đơn vị năm 2019

Đơn vị	Giường bệnh thực kê lĩnh vực sản phụ N (%)	Nhân lực làm việc lĩnh vực sản phụ N (%)	Lưu lượng BN khám sản năm 2019 N (%)	Số lượt mổ đẻ năm 2019 N (%)	Tổng Số lượt sinh đẻ năm 2019 N (%)
Sản Nhi	296 (66,5)	111 (62,4)	34509 (63,2)	4710 (78,2)	14432 (73,6)
Kim Sơn	25 (5,6)	17 (9,6)	3843 (7,0)	491 (8,2)	1444 (7,4)
Yên Mô	30 (6,8)	11 (6,2)	1239 (2,3)	420 (7,0)	1229 (6,3)
Yên Khánh	10 (2,2)	7 (3,9)	2820 (5,2)	2 (0,03)	422 (2,2)
Tam Điệp	32 (7,2)	10 (5,6)	5468 (10,0)	83 (1,4)	929 (4,7)
Hoa Lư	6 (1,3)	5 (2,8)	950 (1,7)	0 (0,0)	94 (0,5)
Gia Viễn	16 (3,6)	7 (3,9)	2358 (4,4)	20 (0,3)	242 (1,2)
Nho Quan	30 (6,8)	10 (5,6)	3375 (6,2)	294 (4,87)	827 (4,1)
Tổng	445 (100)	178 (100)	54562 (100)	6020 (100)	19619 (100)

Nhận xét: số giường bệnh đáp ứng dịch vụ LMAT thực kê tại các đơn vị có tổng 445 giường, Nhân lực làm việc trong lĩnh vực sản phụ là 178 cán bộ; lưu lượng BN khám sản năm 2019 có tổng là 54562 lượt; tổng số lượt đẻ mổ là 6,020 lượt; tổng số lượt đẻ thường là 19,619 lượt;

Bảng 3.7. Tình hình nhân lực y tế hiện cung cấp dịch vụ tại các đơn vị

Đơn vị	Sau Đại học	Đại học	Bác sỹ	Hộ sinh	Điều dưỡng/ Y sỹ	Được đào tạo LMAT	Tổng CBYT
Sản Nhi	25(21,5)	45 (38,7)	29 (26,2)	40(36,0)	42(37,8)	32 (27,5)	111
Kim Sơn	1 (5,8)	6 (35,2)	4 (23,5)	12(70,5)	1 (5,9)	0 (0,0)	17
Yên Mô	0 (0,0)	6 (50,0)	4 (33,3)	6 (54,5)	1 (9,0)	0 (0,0)	11
Yên Khánh	0 (0,0)	2 (28,5)	2 (28,5)	4 (57,1)	1 (14,3)	0 (0,0)	7
Tam Điệp	2 (20,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	10
Hoa Lư	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	5
Gia Viễn	1 (14,2)	3 (42,8)	3 (42,8)	4 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
Nho Quan	2 (20,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Tổng	31 (16,9)	66 (36,1)	52 (28,4)	79 (43,2)	52 (28,4)	32 (17,5)	178

Nhận xét: Tổng số nhân lực hiện đang cung cấp dịch vụ LMAT trong toàn tỉnh là 178 cán bộ y tế. Trong đó có 52 bác sỹ chiếm tỷ lệ 28,4%, Có 79 Nữ hộ sinh chiếm tỷ lệ 43,2%, thấp nhất là Điều dưỡng/ Y sỹ có 52 người chiếm 28,4%. Trong 183 cán bộ có 31 cán bộ đã đào tạo sau đại học chiếm 16,9%. Có 66 cán bộ có trình độ đại học chiếm 36,1%. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo chuyên sâu về LMAT là 32 cán bộ chiếm 17,5%.

Bảng 3.8. Trang thiết bị thiết yếu cơ bản tại các đơn vị

Đơn vị	Bộ khám thai	Bộ đỡ đẻ Và cắt khâu TSM	Bộ kiểm tra CTC	Bộ HSSS	Bộ khám phụ khoa	Bộ bơm hút thai
Sản Nhi	15 (34,9)	70 (52,6)	20 (54,0)	10 (50,0)	35 (31,8)	5 (31,3)
Kim Sơn	2 (4,7)	5 (3,7)	1 (2,7)	3 (15,0)	5 (4,5)	3 (18,8)
Yên Mô	5 (11,6)	20 (15,0)	5 (13,5)	1 (5,0)	15 (13,6)	3 (18,8)
Yên Khánh	1 (2,3)	3 (2,3)	2 (5,4)	1 (5,0)	15 (13,6)	1 (6,2)
Tam Điệp	10 (23,2)	10 (7,5)	3 (8,1)	1 (5,0)	20 (18,2)	1 (6,2)
Hoa Lư	3 (6,9)	15 (11,3)	2 (5,4)	2 (10,0)	10 (9,1)	1 (6,2)
Gia Viễn	2 (4,6)	5 (3,7)	2 (5,4)	1 (5,0)	9 (8,2)	1 (6,2)
Nho Quan	5 (11,6)	5 (3,7)	2 (5,4)	1 (5,0)	1 (0,9)	1 (6,2)
Tổng	43 (100)	133 (100)	37 (100)	20 (100)	110 (100)	16 (100)

Nhận xét: Danh mục trang thiết bị thiết yếu cơ bản các bệnh viện đều trang bị ở mức cơ bản, đủ danh mục số lượng tối thiểu. Thấp nhất là TTYT Yên Khánh với 01 bộ khám thai (2.3%); 01 bộ HSSS (5.0%); 01 bộ bơm hút thai (6.2%).

Bảng 3.9. Trang bị cận lâm sàng CDHA cung cấp cho dịch vụ LMAT

Đơn vị	Máy SÂ 2D	Máy SÂ 3D	Máy SÂ 4D	Máy chụp XQ	Máy chụp CT, CHT	Tổng
Sản Nhi	4 (30,8)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (15,0)	1 (100)	9
Kim Sơn	1 (7,7)	1 (20,0)	1 (14,3)	3 (15,0)	0	6
Yên Mô	1 (7,7)	1 (20,0)	1 (14,3)	2 (10,0)	0	5
Yên Khánh	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	0	3
Tam Điệp	4 (30,8)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (15,0)	0	8
Hoa Lư	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	2 (10,0)	0	3
Gia Viễn	1 (7,7)	2 (40,0)	1 (14,3)	2 (10,0)	0	6
Nho Quan	2 (15,3)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (15,0)	0	6
Tổng	13 (100)	5 (100)	7 (100)	20 (100)	1 (100)	46

Nhận xét: Có tổng 13 máy SÂ 2D, trong đó tại BV Sản Nhi và TTYT Tam Điệp là 4 máy (30.8%), TTYT Yên Khánh và TTYT Hoa Lư không có máy siêu âm 2D.

Bảng 3.10. Trang thiết bị cận lâm sàng Xét nghiệm cung cấp dịch vụ LMAT

Đơn vị	Máy XN sinh hóa	Máy XN miễn dịch	Máy XN huyết học	Nuôi cấy vi sinh	Làm GPB	Tổng
Sản Nhi	3 (37,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	8
Kim Sơn	3 (37,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
Yên Mô	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Yên Khánh	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3
Tam Điệp	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Hoa Lư	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4
Gia Viễn	3 (60,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5
Nho Quan	3 (60,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5

Nhận xét: Hầu hết tất cả các đơn vị đều chỉ được trang bị máy XN sinh hóa và máy XN huyết học, Không có máy XN miễn dịch, không thực hiện nuôi cấy vi sinh, không làm giải phẫu bệnh.

IV. BÀN LUẬN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Nhận xét thực trạng LMAT của bà mẹ đến sinh con tại các cơ sở y tế công lập

Có 38,4% bà mẹ hiểu đúng về LMAT khi được hỏi, tỷ lệ hiểu sai khá cao với 61,6%.

Kiến thức của bà mẹ về việc khám thai cơ bản đạt 60,2% tỷ lệ còn thấp, điều đó cho thấy bà mẹ nhận thức còn thiếu về kiến thức chăm sóc sức khỏe thai kỳ. Kiến thức của bà mẹ về số lần khám thai, có 90,8% bà mẹ cho rằng cần phải thực hiện việc khám thai từ 3 lần trở lên. Con số này khá cao, phản ánh kiến thức bà mẹ về việc khám thai định kỳ là rất tốt. Hiện nay, kiến thức của bà mẹ và sự nhìn nhận về việc thực hiện khám thai định kỳ đã được nâng lên rõ rệt, theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng- Vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em, năm 2011 tiến hành trên diện rộng toàn miền bắc, thì tỷ lệ phụ nữ biết về việc khám thai trên 3 lần là 81,9%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. [3]

Tỷ lệ bà mẹ gặp các dấu hiệu bất thường chung là 5,2% với 87 bà mẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Phạm Hương Lan (2011) thì tỷ lệ bà mẹ gặp các dấu hiệu bất thường dao động từ 10-20%, trong đó hay gặp nhất là các dấu hiệu về ra máu, nhiễm khuẩn hậu sản. [5] Trong tổng số 87 bà mẹ có bất thường trong lần sinh vừa qua thì có 26 bà mẹ sót hậu sản, chiếm tỷ lệ 1,56%. Có 20 bà mẹ bị mưng mủ vết cắt khâu, chiếm tỷ lệ 1,18%, băng huyết và rách cổ tử cung đều có 0,96% với 16 bà mẹ, rách tầng sinh môn bị động là 9 bà mẹ với 0,54%. Hiện nay để giảm thiểu những biến chứng trong quá trình chuyển dạ, Bộ y tế đã ban hành Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, trong đó có những chương trình tập huấn và đào tạo toàn diện về quy trình Đảm bảo an toàn cho tất cả các đơn vị bệnh viện và trung tâm y tế trong toàn tỉnh. Để hạn chế những biến chứng, chỉ định cắt tầng sinh môn chủ động đã trở thành thường quy đối với hầu hết bà mẹ đẻ đường dưới.

4.2. Khả năng cung cấp dịch vụ LMAT tại các cơ sở y tế

Tỷ lệ NVYT có kiến thức đầy đủ về các dấu hiệu bất thường cần phải xử trí trong chuyển dạ chưa đồng đều và cũng chưa cao. Dấu hiệu mạch với 33,8% NVYT trả lời đúng, con số này có thể nói là rất thấp. Như vậy chúng ta cần củng cố hơn nữa những kiến thức về mạch, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung... và những dấu hiệu bất thường cần xử trí trong chuyển dạ. Trên thực tế, khi phát hiện có dấu hiệu bất thường, NHS thường sẽ báo ngay Bác sĩ để xử trí. Vì vậy, người nhận ra được dấu hiệu bất thường của sản phụ để tránh những sự cố y khoa đáng tiếc xảy ra chính là NHS. Đòi hỏi NHS cần phải củng cố kiến thức nhiều hơn nữa.

Khi được xem biểu đồ chuyển dạ mẫu, tỷ lệ 28,0% trả lời đúng tình trạng biểu đồ chuyển dạ mẫu, Trong đó NVYT tại BV Sản- Nhi trả lời đúng là 37,0%, tại các đơn vị tuyến huyện là 12,3%. Đây được xem là tỷ lệ trả lời đúng rất thấp. chúng tôi mong đợi một con số cao hơn thế, điều này phụ thuộc vào việc phát triển năng lực thực hành của NVYT làm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản. Khi quan sát thực hành 9 bước khám thai cơ bản, chúng ta thấy tỷ lệ thực hành đủ 9 bước khám thai chưa cao.

Tổng lưu lượng bệnh nhân khám sản trong năm 2019 là 54,562 lượt, trong đó chủ yếu vẫn là số lượng lượt khám chiếm tỷ lệ cao tại bệnh viện Sản Nhi với 34,509 lượt chiếm 63,2%, TTYT Hoa Lư chỉ có 950 lượt khám sản trong năm 2019 chiếm tỷ lệ 1,7%. Cùng với lưu lượng bệnh nhân khám sản, thì lưu lượng sản phụ sinh đẻ tại các bệnh viện cũng tương ứng, điển hình như tại TTYT huyện Hoa Lư chỉ có 94 ca đẻ thường trong năm 2019 (0,5%) và không có đẻ mổ. Đây là một con số hoạt động chuyên môn thấp so với một đơn vị tuyến huyện. Tuy nhiên đối với TTYT huyện Hoa Lư lại chịu sự ảnh hưởng rất lớn từ phía vị trí địa lý, do là đơn vị gần kề bệnh viện tuyến tỉnh, chỉ cách 5km nên việc thu dung bệnh nhân sẽ gặp nhiều khó khăn. Như vậy, bên cạnh việc thiếu về số lượng nhân lực, thì chất lượng nhân lực cũng còn nhiều hạn chế, trình độ cán bộ y tế còn yếu cũng được xác định là một trong những rào cản khi triển khai các dịch vụ y tế tại cơ sở. Đại đa số bác sỹ tuyến dưới là cán bộ trẻ, chưa có nhiều kinh nghiệm chuyên môn về Sản và Nhi đặc biệt là Nhi Sơ sinh, do đó gặp nhiều hạn chế trong công tác cung cấp dịch vụ LMAT tại cơ sở (như TTYT Hoa Lư, TTYT Yên Khánh). Nhân lực thiếu và yếu là lý do khiến nhiều đơn vị chưa triển khai được chăm sóc Sản khoa toàn diện theo đúng

Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016. Mới chỉ dừng lại ở chăm sóc sản khoa cơ bản.

V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thực hành của bà mẹ về LMAT: Tỷ lệ bà mẹ hiểu đúng về LMAT khi được hỏi chiếm 38,4%; Có 97,5% bà mẹ cho rằng cần phải kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai; Có 86,1% bà mẹ cho rằng cần thiết phải tiêm phòng trước khi mang thai; Có 60,2% bà mẹ có kiến thức đúng về việc khám thai cần thực hiện đầy đủ cả Siêu âm, xét nghiệm máu và xét nghiệm nước tiểu; Có 19,5% bà mẹ thực hiện khám thai dưới 3 lần, có 80,5% bà mẹ thực hiện khám thai trên 4 lần. 95,0% bà mẹ thực hiện khám thai ba tháng đầu; địa điểm khám thai bà mẹ thực hiện nhiều nhất là cơ sở y tế tư nhân chiếm 47,0%; việc thực hiện khám thai trong lần mang thai này, bà mẹ thực hiện đầy đủ siêu âm, xét nghiệm máu, nước tiểu chiếm 49,7%; tỷ lệ bà mẹ gặp các dấu hiệu bất thường chung trong khi mang thai là 5,2%. Bà mẹ cảm thấy hài lòng khi sinh tại Bệnh viện/TTYT chiếm tỷ lệ 69,6%.

2. Khả năng cung cấp dịch vụ LMAT tại các cơ sở y tế:

Kiến thức về các dấu hiệu bất thường cần phải xử trí trong chuyên dạ, có 89,2% NVYT trả lời đúng dấu hiệu nước ối, dấu hiệu về Huyết áp đạt 85,4%, Có 78,3% NVYT trả lời đúng dấu hiệu Tim thai, thấp nhất là dấu hiệu mạch với 33,8%; thực hành đúng các bước khám thai, tỷ lệ thực hành đúng bước hỏi bệnh đạt từ 68,2% đến 94,3%;

Số giường bệnh thực kê tại các đơn vị có tổng 445 giường, tổng nhân lực phục vụ cho công tác LMAT là 178 cán bộ. Lưu lượng BN khám sản năm 2019 có tổng là 54562 lượt, tổng số lượt đẻ là 19619 lượt, trong đó BV Sản nhi là 14432 lượt chiếm 73,6%, TTYT Hoa lư thấp nhất với 94 lượt chiếm 0,5%; các danh mục trang thiết bị thiết yếu cơ bản các bệnh viện đều trang bị đầy đủ. Trang thiết bị cận lâm sàng phục vụ chuyên môn tại các bệnh viện/ TTYT tuyến huyện đáp ứng ở mức độ cơ bản.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Hỗ trợ các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ LMAT nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị y tế cần thiết và thuốc thiết yếu nhằm nâng cao chất lượng LMAT.

- Đảm bảo nguồn nhân lực chuyên ngành và nâng cao năng lực chuyên môn Sản phụ khoa và Nhi sơ sinh cho các đơn vị y tế tuyến huyện.

- Đào tạo chuyên sâu cho Nhân viên y tế cung cấp dịch vụ LMAT và CSSKSS.

- Nâng cao kiến thức cho chính người sử dụng dịch vụ là bà mẹ. Truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về LMAT và SKSS cùng các loại hình dịch vụ y tế cung cấp tại cơ sở y tế trong địa bàn người dân sinh sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr.31-44, 52-65, 191 - 193, 261 - 262, 374 - 375

2. Bùi Thị Thu Hà, Nguyễn Công Nghĩa và Ngô Thị Khánh (2011), *Báo cáo Đánh giá kết quả thực hiện can thiệp về LMAT, chú trọng vào cấp cứu sản khoa và chăm sóc trẻ sơ sinh giai đoạn 2006 -2010*

3. Nguyễn Tuấn Hưng, Nguyễn Đức Vinh, “Một số nhận xét công tác làm mẹ an toàn trong toàn quốc năm 2011”. Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

4. Khamphanh Prabosone, “Kiến thức thực hành về LMAT của phụ nữ có con dưới 2 tuổi và hiệu quả can thiệp truyền thông tại tỉnh Bolikhamxay, năm 2010- 2011”.

5. Phạm Hương Lan, “Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà Nội và đánh giá mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà”, năm 2011, Luận án Tiến sĩ

6. WHO (2011), *Role of Primary Health- Care Providers in Sexual and Reproductive Health: Results from and Intercontry Survy.*

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM CỦA Y TẾ TUYẾN XÃ TỈNH NINH BÌNH

Lê Hoàng Nam^{1*}, Nguyễn Mai Thanh¹, Đỗ Công Chiến¹, Đỗ Thị Phương Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá thực trạng, xác định các yếu tố liên quan và đề xuất, đánh giá hiệu quả mô hình quản lý BKLN của tuyến xã tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang và can thiệp cộng đồng có đối chứng tại 20 xã/phường/thị trấn thuộc Hoa Lư và Tam Điệp. **Kết quả:** trước khi triển khai mô hình, kiến thức về BKLN của CBYT còn hạn chế, chưa có nhiều kinh nghiệm trong thực hành quản lý, đặc biệt là HPQ và UT; Hầu hết các trạm mới được trang bị các trang thiết bị cơ bản, còn thiếu thuốc điều trị và trang thiết bị chuyên sâu; Các hoạt động truyền thông, khám, điều trị, báo cáo... được thực hiện rời rạc. Sau khi đánh giá yếu tố liên quan, xây dựng và thí điểm mô hình quản lý BKLN, qua so sánh trước – sau và đối chứng, nhận thấy kiến thức, thực hành về quản lý BKLN của CBYT ở những xã thí điểm có cải thiện rõ rệt, đặc biệt với THA, ĐTD, HPQ; Người dân ở các xã thí điểm có KAP về phòng chống BKLN cao hơn các xã còn lại. Về quản lý chung: THA đáp ứng được mục tiêu mô hình, ĐTD và HPQ gặp khó khăn trong khâu chẩn đoán, điều trị, UT là hoạt động chưa thấy rõ hiệu quả nhất trong 4 nhóm bệnh. **Kết luận:** thực trạng quản lý BKLN tại tuyến xã tỉnh Ninh Bình còn nhiều bất cập, mô hình đề xuất có tính hiệu quả và khả thi.

Từ khóa: bệnh không lây nhiễm, y tế xã, mô hình quản lý, tỉnh Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO), các bệnh không lây nhiễm (BKLN) giết chết 41 triệu người mỗi năm tương đương với 71% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Điều đáng nói là hơn 85% trường hợp tử vong sớm (tử vong trong độ tuổi từ 30 đến 69 tuổi) xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình trong đó có Việt Nam [1]. Chiến lược quốc gia về phòng chống BKLN giai đoạn 2015 – 2025 đã đặt ra mục tiêu khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các BKLN, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư (UT), tim mạch, đái tháo đường (ĐTD), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và hen phế quản (HPQ) nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước. [2] Cũng như thực trạng chung của cả nước, tỉnh Ninh Bình hiện nay đang gánh chịu mô hình bệnh tật kép. [3] Việc tiến hành đánh giá khả năng quản lý BKLN của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình và xây dựng đề xuất mô hình quản lý BKLN tại tuyến xã là vô cùng cần thiết và cấp bách. Kết quả nghiên cứu (KQNC) sẽ là cơ sở để ngành y tế nói riêng và UBND tỉnh Ninh Bình nói chung đề ra các phương án hoạt động nâng cao hiệu quả công tác phòng chống BKLN, giảm thiểu gánh nặng bệnh tật do BKLN gây ra cho cộng đồng và xã hội. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu:

- Đánh giá thực trạng quản lý BKLN của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình.
- Xác định một số yếu tố liên quan đến công tác quản lý BKLN của y tế tuyến xã.
- Đề xuất và đánh giá hiệu quả mô hình quản lý của y tế tuyến xã với BKLN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 20 xã, phường, thị trấn của huyện Hoa Lư và thành phố Tam Điệp trong 03 năm, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

- **Đối tượng điều tra định lượng:** toàn bộ trạm trưởng và cán bộ chuyên trách BKLN; cơ sở vật chất, trang thiết bị, vật tư y tế liên quan đến công tác quản lý BKLN tại 20 TYT xã/phường/thị trấn. 1920 người dân trên 18 tuổi sinh sống tại huyện Hoa Lư và thành phố Tam Điệp.

¹ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

(*) Tác giả chính/liên hệ: Lê Hoàng Nam

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình, Nam Thành, thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình

Điện thoại: 0913895995

Email: lehoangnam06@gmail.com

- Đối tượng điều tra định tính:

+ Đối tượng phỏng vấn sâu là 30 lãnh đạo ngành y tế từ tuyến tỉnh đến tuyến xã, lãnh đạo ban quản lý các dự án về BKLN tuyến tỉnh.

+ Đối tượng thảo luận nhóm là 20 cán bộ y tế (CBYT) trực tiếp làm công tác quản lý BKLN tại 20 trạm y tế (TYT) xã/phường/thị trấn.

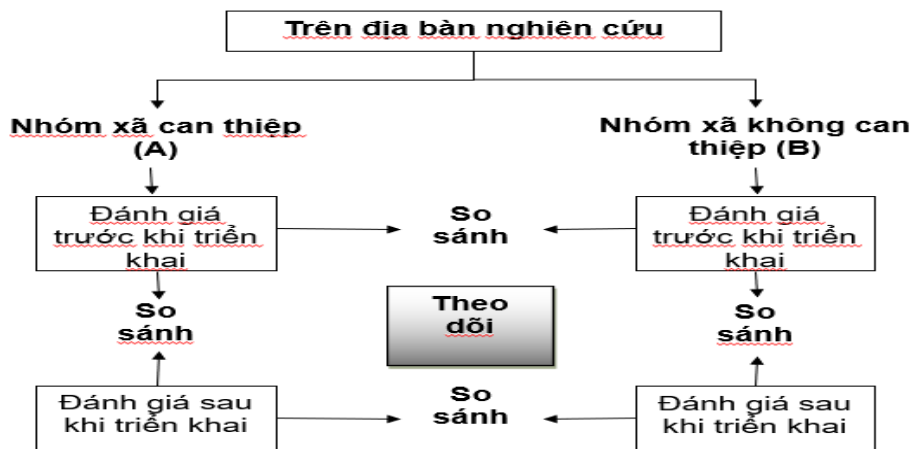
- Đối tượng hồi cứu là hồ sơ, sổ sách, kế hoạch, báo cáo thống kê liên quan đến công tác quản lý BKLN trong 3 năm (từ 2015 đến 2017) tại 20 TYT xã/phường/thị trấn.

- Đối tượng can thiệp là các CBYT tại trạm, trang thiết bị, vật tư y tế tại trạm và người dân tại 10 xã, phường, thị trấn được chọn thí điểm mô hình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng các phương pháp chính là mô tả cắt ngang (*phối hợp định tính và định lượng*), nghiên cứu mô tả hồi cứu và can thiệp cộng đồng có đối chứng.



2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- **Đối với mục tiêu 1:** Nhóm biến đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành quản lý BKLN của CBYT tuyến xã; Nhóm biến về thực trạng trang thiết bị, thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh và truyền thông về BKLN; Nhóm biến thực trạng công tác quản lý BKLN.

- **Đối với mục tiêu 2:** Gồm 10 nhóm biến số (1) Thông tin cơ bản của ĐTNC; (2) Diễn biến của BKLN trên địa bàn tỉnh 3 năm gần đây; (3) Quan điểm về hoạt động quản lý BKLN; (4) Thực trạng công tác phòng chống BKLN trong những năm qua; (5) Quan điểm về thuận lợi, khó khăn trong công tác quản lý BKLN; (6) Quan điểm về quản lý BKLN tại tuyến xã; (7) Nhận định về kết quả của nghiên cứu nội dung 1 với thực trạng quản lý BKLN tại tuyến xã; (8) Quan điểm về giải pháp đầu tư cho quản lý BKLN tại tuyến y tế cơ sở; (9) Đề xuất về nâng cao năng lực quản lý BKLN; (10) Phương hướng quản lý BKLN tại địa phương những năm tiếp theo.

- **Đối với mục tiêu 3:** Nhóm hiệu quả hoạt động truyền thông; Nhóm hiệu quả hoạt động cung cấp trang thiết bị; Nhóm hiệu quả tập huấn, nâng cao trình độ chuyên môn cho CBYT; Nhóm hiệu quả quản lý BKLN tại tuyến xã.

2.3.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: Phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi bán cấu trúc, phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, quan sát, thăm quan, học tập kinh nghiệm, tra cứu tài liệu, sổ sách, báo cáo, kế hoạch, kết xuất số liệu từ phần mềm...

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- **Số liệu định lượng:** Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 12.

- **Số liệu định tính:** Mọi cuộc phỏng vấn và thảo luận đều được ghi âm lại, sau đó các băng ghi được gỡ và lưu trữ dưới dạng file Word. Nghiên cứu viên sẽ mã hóa các thông tin theo đối tượng, nội dung nghiên cứu và phân tích.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu và được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích/nội dung của nghiên cứu; Thông tin được thu thập một

cách trung thực, khách quan và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Kết quả NC được phản hồi cho địa phương để có kế hoạch quản lý BKLN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng quản lý BKLN của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình năm 2017

3.1.1. Kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT xã về quản lý BKLN

* Kiến thức đối với việc quản lý BKLN

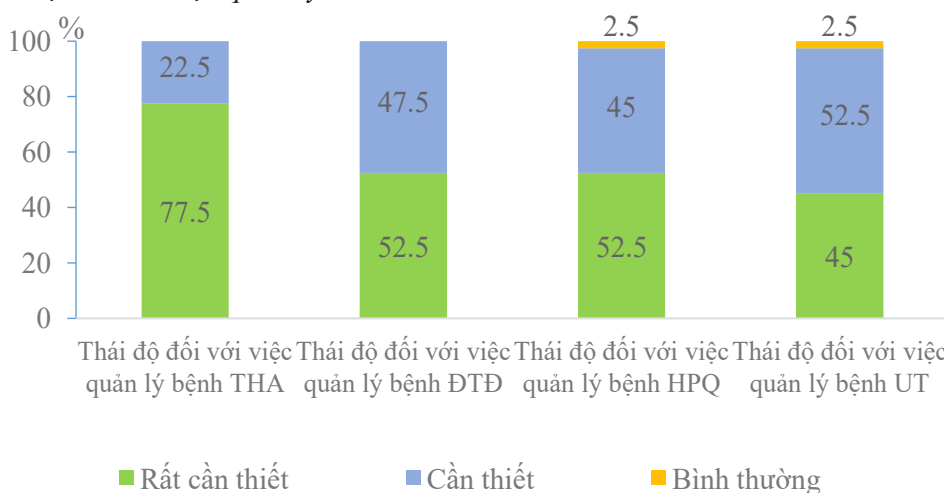
Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về chẩn đoán tăng huyết áp (THA), tiền THA cũng như kiến thức đúng về hướng xử trí với BN có huyết áp trên 180/110mmHg khá cao (lần lượt là 72,5%, 67,2% và 65%).

Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đúng về quản lý bệnh ĐTD là khá thấp, không câu hỏi nào có trên 50% đối tượng trả lời đúng. Đặc biệt không ai có kiến thức đúng và đủ về yếu tố nguy cơ và biến chứng của bệnh ĐTD.

Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về HPQ cao ở các nội dung: 97,5% biết cách xử trí đúng khi gặp bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ cơn hen cấp, 70% biết thuốc đầu tay để xử trí cơn hen cấp tại tuyến xã. Tuy nhiên chỉ có 7,5% CBYT biết được đầy đủ tên những thuốc phải có ở tuyến xã để xử trí ban đầu cơn hen, hay chỉ có 12,5% CBYT biết được những dấu hiệu đánh giá mức độ nặng của cơn hen trên lâm sàng.

Kiến thức về quản lý 1 số bệnh UT của CBYT nhìn chung không cao và có sự khác biệt giữa các loại UT. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ gây UT là khá cao (70%). Đáng chú ý là với 2 loại UT phổ biến nhất là UT vú và UT cổ tử cung (CTC), tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng cũng không cao.

* Thái độ đối với việc quản lý BKLN



Biểu đồ 1: Thái độ của CBYT đối với việc quản lý 4 nhóm BKLN

Hầu hết CBYT xã đều cho rằng việc quản lý 4 nhóm BKLN ở tuyến xã là rất cần thiết/cần thiết (tỷ lệ này lần lượt ở 4 nhóm bệnh THA, ĐTD, HPQ và UT là 100%, 100%, 97.5% và 97.5%).

* Thực hành quản lý BKLN

- *Thực hành quản lý bệnh THA*: Tỷ lệ CBYT xã tham gia vào các hoạt động thực hành quản lý bệnh THA là khá cao. Hoạt động lập danh sách BN mắc THA tại xã và tư vấn cho BN mắc THA và tiền THA được các CBYT thực hành nhiều nhất (lần lượt chiếm 87.5% và 82.5% số ĐTNC). Chỉ 65% CBYT xã đã từng điều trị cho BN THA.

- *Thực hành quản lý bệnh ĐTD*: các hoạt động như truyền thông, tư vấn loại bỏ yếu tố nguy cơ, quản lý theo dõi BN đã điều trị ổn định ở tuyến trên chuyên về được CBYT xã thực hành khá tốt (tỷ lệ CBYT đã thực hành các hoạt động này lần lượt là 77.5%, 60%, 72.5%). 50% đã từng chuyển tuyến cho BN ĐTD khi phát hiện biến chứng, 45% số cán bộ đã từng tham gia tổ chức sàng lọc ĐTD tại trạm. Có đến 10% ĐTNC chưa từng tham gia vào hoạt động nào trong thực hành quản lý bệnh ĐTD.

- *Thực hành quản lý bệnh HPQ*: Hoạt động khám sàng lọc là hoạt động có tỷ lệ CBYT xã thực hành cao nhất (67.5%), xếp thứ 2 là hoạt động truyền thông về HPQ (57.5%). 1/2 số CBYT xã có thực hành: tư vấn phòng chống con hen cấp đối với BN HPQ (55%), lập danh sách BN mắc HPQ tại xã (52.5%), xử trí ban đầu với BN cần chuyển tuyến (50%). Đáng chú ý có 5% CBYT xã chưa từng tham gia hoạt động gì trong thực hành quản lý bệnh HPQ.

- *Thực hành quản lý bệnh UT*: Có 2 hoạt động là truyền thông về cách phòng tránh và phát hiện sớm UT và tư vấn phòng chống UT đối với những người có nguy cơ cao được thực hành tốt nhất (với 52.5% CBYT đã từng thực hành). Các hoạt động như khám sàng lọc/tham gia vào việc tổ chức khám sàng lọc, chuyển tuyến cho BN nghi ngờ mắc UT, lập danh sách BN mắc UT tại xã được CBYT thực hành ít hơn. Có tới 35% CBYT xã chưa từng tham gia vào bất kỳ hoạt động quản lý bệnh UT nào. Thực hành quản lý bệnh UT vú và UT CTC có sự tương đồng với thực hành quản lý bệnh UT nói chung. Tỷ lệ CBYT xã chưa từng tham gia vào hoạt động quản lý bệnh UT vú và UT CTC khá cao (lần lượt là 35% và 57.5%).

3.1.2. *Thực trạng trang thiết bị, thuốc phục vụ công tác quản lý BKLN*

- Hầu hết thiết bị phục vụ công tác quản lý BKLN tại tuyến xã chưa được trang bị đầy đủ. Số lượng trang thiết bị đầy đủ nhất tập trung vào nhóm khám chữa bệnh cơ bản, các thiết bị thiết yếu được trang bị rất ít, thậm chí không được đầu tư.

- Đa số các thiết bị (trên 90%) hiện có tại TYT có chất lượng tốt; có một tỷ lệ nhỏ các thiết bị trong tình trạng kém chất lượng, tập trung vào nhóm thiết bị phục vụ khám bệnh tim mạch, HPQ.

- Đa số TYT sử dụng thường xuyên các thiết bị cơ bản trong khám phát hiện BKLN như huyết áp kế (95%), ống nghe (100%); các thiết bị thiết yếu ít khi được sử dụng (70.6% trạm không sử dụng máy đo khí dung) hoặc không sử dụng (88.9% trạm không sử dụng máy thử đường huyết, 83.3% không sử dụng kim, que thử đường huyết).

3.1.3. *Thực trạng quản lý BKLN tại tuyến xã*

* *Thực trạng công tác chỉ đạo điều hành*: 100% các xã đều có ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân xong đều không xây dựng kế hoạch quản lý BKLN cho đơn vị. Trong 3 năm, các TYT xã nhận được tất cả 24 văn bản (8 văn bản/năm). Có duy nhất 01 xã (Ninh Hòa) có ban hành văn bản chỉ đạo về công tác quản lý BKLN.

* *Thực trạng kinh phí, nhân lực*

- 100% xã không có nguồn kinh phí riêng cho hoạt động quản lý BKLN.

- 72% cán bộ tham gia quản lý BKLN có trình độ y sỹ, 23% có trình độ bác sỹ và 5% có trình độ điều dưỡng. Năm 2014 có 10 xã được tập huấn về bệnh ĐTĐ chiếm tỷ lệ 50%, không có xã nào được tập huấn về UT; Năm 2015 cả 4 nhóm bệnh đều có các xã được tập huấn; Năm 2016 không có xã nào được tập huấn về THA, UT và có 8 xã được tập huấn về bệnh HPQ chiếm tỷ lệ 40%.

* *Thực trạng công tác truyền thông*: 50% các xã tiến hành truyền thông trực tiếp đối với các bệnh ĐTĐ, THA, HPQ. Riêng các loại bệnh UT chỉ có 15% xã có thực hiện tư vấn trực tiếp cho người dân. 100% các trạm không tổ chức truyền thông thông qua các lớp tập huấn nâng cao hiểu biết về bệnh và đều chưa thực hiện truyền thông bằng hình thức treo pano, áp phích, phát tờ rơi.

* *Thực trạng công tác khám sàng lọc BKLN tại tuyến xã*: 100% các xã đều có khả năng thực hiện khám sàng lọc THA nhưng không tự thực hiện sàng lọc bệnh ĐTĐ, HPQ, UT mà do các chương trình, dự án tuyến trên tổ chức sàng lọc tại xã.

* *Thực trạng công tác quản lý đối tượng mắc BKLN*

- Số đối tượng THA được quản lý tại TYT xã dao động ở mức từ 1500 đến 1900 trong 3 năm 2014, 2015, 2016. Số bệnh nhân HPQ được quản lý tại xã ở mức thấp cụ thể năm 2014 là 104 người, năm 2015 là 123 người và năm 2016 là 157 người. Không có trường hợp UT nào được phát hiện tại xã trong 3 năm liên tiếp từ 2014 đến năm 2016.

- 20% xã có thực hiện việc điều trị bằng thuốc cho bệnh nhân THA; 100% các xã không tiến hành điều trị thuốc, theo dõi kết quả điều trị tại xã cho các bệnh ĐTĐ, HPQ, UT

* *Thực trạng công tác giám sát, thống kê báo cáo BKLN tại tuyến xã*

100% các trạm đều có sổ A1 (*Sổ khám bệnh tại xã*) và số liệu khám các BKLN được ghi chép đầy đủ. 80% trạm lập sổ A12 theo dõi bệnh ĐTD, 75% trạm lập sổ theo dõi bệnh THA, 75% trạm lập sổ theo dõi HPQ và 80% trạm lập sổ theo dõi UT năm 2016. 100% các xã không có sổ theo dõi khám sàng lọc, chưa thực hiện việc báo cáo BKLN qua phần mềm quản lý trực tuyến. 100% các trạm đều có sổ báo cáo tử vong và được ghi chép, thống kê đầy đủ.

3.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến công tác quản lý các BKLN của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình năm 2017

3.2.1. Vấn đề công tác tổ chức, chỉ đạo

- Thuận lợi: Các cấp lãnh đạo đã có sự quan tâm, chỉ đạo công tác quản lý các BKLN, hàng năm vẫn có các văn bản chỉ đạo các tuyến

- Khó khăn: Các TYT xã không nhận được hoặc nhận được rất ít các văn bản chỉ đạo và kế hoạch của tuyến. Chưa có hệ thống thống kê, báo cáo riêng cho nhóm BKLN. Chưa có 1 hệ thống quản lý BKLN từ tuyến tỉnh đến tuyến xã.

3.2.2. Vấn đề nhân lực y tế

- Thuận lợi: Một số TYT có bác sỹ và y sỹ trẻ, năng động trong công việc với trình độ chuyên môn vững được nhân dân tin tưởng; Có đội ngũ cộng tác viên đông đảo tại các thôn, xóm, tổ dân phố.

- Khó khăn: Nhiều TYT còn thiếu bác sỹ; Trình độ chuyên môn của CBYT xã còn nhiều hạn chế; Các cán bộ tuyến xã không được tập huấn, đào tạo, cập nhật kiến thức thường xuyên; Các cán bộ thường xuyên bị luân chuyển công tác; Số lượng nhân lực hiện tại không đủ, mỗi người phải phụ trách nhiều mảng; Chế độ phụ cấp cho y tế thôn bản còn thấp nên chưa nhiệt tình trong các hoạt động quản lý BKLN.

3.2.3. Vấn đề kinh phí thực hiện

- Thuận lợi: hầu như không có.

- Khó khăn: Tất cả các xã không có nguồn kinh phí để triển khai các hoạt động quản lý BKLN.

3.2.4. Vấn đề chính sách bảo hiểm y tế

- Thuận lợi: Triển khai việc chi trả theo chế độ BHYT đến tuyến xã; Các thủ tục thanh quyết toán liên quan đến chế độ BHYT đơn giản, dễ áp dụng.

- Khó khăn: Triển khai khám chữa bệnh BHYT chưa đồng bộ ở tất cả các xã; BHYT giới hạn số lần khám, loại thuốc, số lượng thuốc, số ngày điều trị cho một bệnh nhân tại TYT xã; Thực hiện thông tuyến trong thanh toán bảo hiểm: người dân không qua TYT để xin giấy giới thiệu nên khó quản lý.

3.2.5. Vấn đề đầu tư trang thiết bị, cơ sở vật chất

- Thuận lợi: 100% các TYT xã được trang bị máy đo huyết áp, 1 số trạm được trang bị máy đo đường huyết, máy siêu âm rất tiện lợi cho công tác chẩn đoán 4 nhóm BKLN.

- Khó khăn: Phần lớn các TYT đều thiếu các trang thiết bị cần thiết cho chẩn đoán 1 số BKLN; Nhiều trang thiết bị tại trạm bị hỏng, xuống cấp; Nhiều trạm bị thiếu thuốc, kể cả những thuốc thiết yếu theo danh mục thuốc được phép sử dụng tại trạm của Bộ Y tế.

3.2.6. Vấn đề phối hợp đa ngành

- Thuận lợi: Xã hội, chính quyền bắt đầu quan tâm đến vấn đề BKLN.

- Khó khăn: Tại nhiều địa phương, chính quyền vẫn chưa hoặc ít quan tâm đến vấn đề BKLN; Chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa TYT xã và các ban, ngành liên quan.

3.2.7. Vấn đề niềm tin của cộng đồng

- Thuận lợi: Người bệnh muốn được quản lý tại xã vì tiện đi lại, tránh được tình trạng chờ đợi lâu, chật chội tại các bệnh viện tuyến trên, giảm chi phí đi lại và điều trị; NVYT tuyến xã gần gũi với dân nên người dân dễ dàng chia sẻ các vấn đề về sức khỏe.

- Khó khăn: Người dân chưa tin tưởng vào năng lực chuyên môn của y tế xã; Tâm lý muốn khám và điều trị tại tuyến trên để được làm xét nghiệm và lấy thuốc theo chế độ bảo hiểm; Trình độ nhận thức chưa đồng đều, còn một bộ phận chưa ý thức được mức độ nguy hiểm của các BKLN và các yếu tố nguy cơ.

3.2.8. Tác động của yếu tố hệ thống y tế

- Thuận lợi: Có sẵn hệ thống y tế bao phủ và đội ngũ y tế thôn bản;
- Khó khăn: BKLN chia thành các chương trình nhỏ và do nhiều đầu mối quản lý; Đội ngũ y tế thôn bản chưa đảm bảo về cả số lượng và chất lượng; TYT xã vẫn còn bị hạn chế, vẫn còn nhiều công việc chưa được làm mà bắt buộc phải chuyển tuyến.

3.2.9. Vấn đề thống kê, báo cáo, giám sát

- Thuận lợi: Có sẵn một hệ thống giám sát dày đặc từ thôn, phố đến tuyến trung ương.
- Khó khăn: Chưa sử dụng hiệu quả hệ thống giám sát quốc gia; Chưa có sự liên kết giữa các tuyến trong giám sát BKLN; Thiếu sự trao đổi thông tin giữa hệ thống điều trị và hệ thống y tế dự phòng; Chưa có biểu mẫu và quy chế báo cáo BKLN mang tính hệ thống.

3.3. Đánh giá hiệu quả thí điểm mô hình quản lý BKLN

3.3.1. Hiệu quả hoạt động nâng cao năng lực cho CBYT tuyến xã

* Kiến thức quản lý BKLN

Bảng 1: Điểm kiến thức trung bình của CBYT xã về quản lý BKLN

BKLN	Sau can thiệp			p _{3,4}
	Chung (X± SD) (điểm)	Xã đối chứng (X± SD) (điểm)	Xã can thiệp (X± SD) (điểm)	
THA	2,75±1,39	2,8 ± 1,34	2,7±1,56	>0,05
ĐTĐ	2,48±1,38	2,25±1,65	2,7±1,03	>0,05
HPQ	4,05±1,38	4,2±1,7	3,9±0,97	>0,05
UT	4,38±2,63	3,8±2,4	4,95±2,78	>0,05
Tổng điểm	13,65±4,81	13,05±5,39	14,25±4,2	>0,05

p_{1,2}, p_{3,4}: Mann-Whitney test

p_{2,4}: Signtest ghép cặp

Nhận xét

Từ bảng trên có thể thấy trước can thiệp, điểm kiến thức trung bình về từng BKLN của CBYT xã thuộc nhóm xã can thiệp đều thấp hơn nhóm xã đối chứng. Tuy nhiên sau can thiệp, điểm kiến thức TB về bệnh ĐTĐ, UT của CBYT xã thuộc nhóm xã can thiệp đã cao hơn nhóm xã đối chứng.

* Thái độ đối với việc quản lý BKLN

Tỷ lệ CBYT tuyến xã có thái độ cho rằng “việc quản lý BKLN ở tuyến xã là rất cần thiết” sau can thiệp của cả 2 nhóm xã có sự khác biệt so với trước can thiệp. Ở nhóm xã can thiệp, tỷ lệ cán bộ cho rằng “việc quản lý BKLN ở tuyến xã là rất cần thiết” sau can thiệp lại cao hơn trước can thiệp. Cụ thể, tỷ lệ cán bộ cho rằng “việc quản lý bệnh THA ở tuyến xã là rất cần thiết” tăng từ 80% lên 90%, với bệnh ĐTĐ từ 50% lên 60%, với bệnh HPQ từ 60% lên 70%.

* Thực hành quản lý BKLN

Trước can thiệp hoạt động quản lý THA và ĐTĐ của cả 2 nhóm xã được thực hành tốt hơn quản lý HPQ và UT. Sau can thiệp, tình trạng này vẫn không được cải thiện ở nhóm xã đối chứng, còn ở nhóm xã can thiệp việc thực hành quản lý các BKLN đã có sự đồng đều hơn do hoạt động quản lý HPQ và UT đã được CBYT xã thực hành tốt hơn rõ rệt.

Ở nhóm xã can thiệp, trong các BKLN được triển khai quản lý tại xã thì chỉ có việc quản lý bệnh THA là đem lại hiệu quả cao một cách toàn diện với tỷ lệ cán bộ xã tham gia tất cả các hoạt động quản lý đều trên 90%. Còn đối với các BKLN còn lại như ĐTĐ, HPQ, UT thì chỉ có các hoạt động truyền thông, tư vấn, sàng lọc là được thực hành tốt, còn các hoạt động liên quan đến điều trị và phát hiện biến chứng sau điều trị được CBYT xã thực hành với tỷ lệ thấp.

- Thực hành quản lý THA:

Sau can thiệp, tỷ lệ CBYT xã thực hành các hoạt động quản lý bệnh THA của nhóm xã can thiệp cao hơn nhóm xã đối chứng. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã tham gia hoạt động khám sàng lọc, điều trị, xử trí ban đầu cho BN THA của nhóm xã can thiệp đều trên 90%, nhưng ở nhóm xã đối chứng chỉ là: 65%, 50%, 55%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Ngoài ra, sau can thiệp tỷ lệ CBYT xã thực hành các hoạt động quản lý bệnh THA của nhóm xã can thiệp có sự cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã của nhóm xã can thiệp tham gia hoạt động khám sàng lọc, điều trị, xử trí ban đầu, lập danh sách BN mắc,

tư vấn, truyền thông về bệnh THA trước can thiệp lần lượt là: 70%, 65%, 65%, 85%, 75%, 70%. Sau can thiệp các tỷ lệ này đều tăng lên trên 90%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Thực hành quản lý bệnh ĐTD:

Sau can thiệp, tỷ lệ CBYT xã thực hành một số hoạt động quản lý bệnh ĐTD của nhóm xã can thiệp cao hơn nhóm xã đối chứng. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã tham gia hoạt động truyền thông, sàng lọc về bệnh ĐTD cho người dân của nhóm xã đối chứng lần lượt là 80% và 10%, còn ở nhóm xã can thiệp thì các tỷ lệ này là 90% và 95%.

Sau can thiệp tỷ lệ CBYT xã thực hành một số hoạt động quản lý bệnh ĐTD của nhóm xã can thiệp có sự cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã của nhóm xã can thiệp tham gia hoạt động truyền thông, tư vấn, sàng lọc về bệnh ĐTD cho người dân tăng lên lần lượt là 90%, 80%, 95%. Sự khác biệt trước – sau này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Thực hành quản lý bệnh HPQ:

Sau can thiệp, tỷ lệ CBYT xã thực hành các hoạt động quản lý bệnh HPQ của nhóm xã can thiệp cao hơn nhóm xã đối chứng. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã tham gia hoạt động khám sàng lọc, tư vấn, điều trị, có xử trí ban đầu với BN cần chuyển tuyến, lập danh sách BN mắc, truyền thông về bệnh HPQ cho người dân của nhóm xã đối chứng sau can thiệp lần lượt là 30%, 45%, 20%, 35%, 50%, 90%; còn ở nhóm xã can thiệp thì các tỷ lệ này lần lượt là 85%, 70%, 45%, 50%, 75%, 95%.

- Thực hành quản lý bệnh UT vú:

Tỷ lệ CBYT xã thực hành các hoạt động quản lý bệnh UT vú của nhóm xã can thiệp cao hơn nhóm xã đối chứng. Cụ thể: tỷ lệ CBYT xã tham gia hoạt động truyền thông, sàng lọc, tư vấn, chuyển tuyến cho BN nghi ngờ mắc UT vú, lập danh sách BN mắc UT vú của nhóm xã đối chứng sau can thiệp lần lượt là 35%, 5%, 25%, 10%, 20%; còn ở nhóm xã can thiệp thì các tỷ lệ này lần lượt là 75%, 75%, 60%, 55%, 25%. Ngoài ra có đến 60% CBYT ở nhóm xã đối chứng không tham gia hoạt động gì về quản lý UT vú, trong khi tỷ lệ này ở nhóm xã can thiệp chỉ là 15%.

- Thực hành quản lý bệnh UT CTC:

Tỷ lệ CBYT xã thực hành các hoạt động quản lý bệnh UT CTC của nhóm xã can thiệp cao hơn nhóm xã đối chứng. Tỷ lệ CBYT xã của nhóm xã can thiệp tham gia hoạt động truyền thông, sàng lọc, tư vấn, chuyển tuyến cho BN nghi ngờ mắc UT CTC, lập danh sách BN mắc UT CTC trước can thiệp lần lượt là: 20%, 15%, 35%, 10% và 0%. Sau can thiệp các tỷ lệ này tăng lên lần lượt là 75%, 75%, 60%, 55% và 25%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2. Hiệu quả hoạt động cung cấp, hỗ trợ trang thiết bị, thuốc điều trị

** Về trang thiết bị*

Khác với nhóm xã đối chứng, các TYT xã thuộc nhóm xã can thiệp được trang bị gần như đầy đủ các trang thiết bị phục vụ công tác quản lý BKLN, chỉ thiếu 2 máy là máy điện tim và máy xét nghiệm huyết học đơn giản. Nhìn chung số lượng trang thiết bị trung bình phục vụ công tác khám sàng lọc BKLN của xã thuộc nhóm can thiệp nhiều hơn của xã thuộc nhóm đối chứng, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (*chỉ trừ ống nghe*).

Tỷ lệ TYT xã thuộc nhóm xã can thiệp có các trang thiết bị phục vụ cho việc phát hiện biến chứng của THA, sàng lọc bệnh ĐTD và HPQ (*bao gồm: máy thử đường huyết, kim que thử đường huyết, máy đo mỡ máu, kim que thử mỡ máu, máy đo lưu lượng đỉnh*) còn dùng tốt và dùng thường xuyên các trang thiết bị này cao hơn nhóm xã đối chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xét trên nhóm xã can thiệp nhận thấy các trang thiết bị thiết yếu phục vụ cho công tác quản lý BKLN như huyết áp kế, ống nghe được sử dụng thường xuyên nhất (*100% số TYT xã sử dụng thường xuyên*), tiếp đến là máy thử đường huyết (*80% số TYT xã sử dụng thường xuyên*). Các trang thiết bị còn lại như kim, que thử đường huyết; máy đo mỡ máu; kim que thử mỡ máu; máy khí dung; máy đo lưu lượng đỉnh có tỷ lệ thường xuyên sử dụng thấp hơn (*40%-50%*).

** Về thuốc phục vụ khám, chữa BKLN*

Trong 20 TYT xã tiến hành điều tra, không có xã nào có thuốc điều trị ĐTD và điều trị UT, chỉ có thuốc điều trị THA và HPQ. Cụ thể, đối với thuốc điều trị THA có 4 loại: amlodipin, enalapril, nifedipin và perindopril; đối với thuốc điều trị HPQ có 6 loại bao gồm: salbutamol dạng xịt và uống, solu-medrol, prednisolon, methyl prednisolon và dexamethazol.

Các thuốc điều trị THA được sử dụng nhiều hơn thuốc điều trị HPQ, nguyên nhân là do THA là bệnh phổ biến và hay gặp hơn HPQ. Trong nhóm thuốc điều trị THA, amlodipin là thuốc được dùng nhiều nhất do được trang bị cho nhiều xã nhất (60% số xã). Trong nhóm thuốc điều trị HPQ, solu-medrol là thuốc được dùng nhiều nhất (45% số xã từng sử dụng).

Tỷ lệ TYT xã thuộc nhóm xã can thiệp được trang bị và có sử dụng 3/4 thuốc thuộc nhóm thuốc điều trị THA (bao gồm amlodipin, enalapril, nifedipin) và 4/6 thuốc thuộc nhóm thuốc điều trị HPQ (bao gồm salbutamol dạng xịt và uống, solu-medrol và dexamethazol) cao hơn nhóm xã can thiệp.

3.3.3. Hiệu quả hoạt động thí điểm mô hình quản lý BKLN tại 10 TYT xã

* Hiệu quả công tác quản lý BKLN chung

Bảng 2: Thực trạng công tác quản lý BKLN

Công tác quản lý chung	Xã can thiệp				p _{SCT}
	TCT n(%)	SCT n(%)	CSHQ(%)	p	
Có BCĐ CSSKND	10 (100)	10 (100)	0		
Có đưa công tác QL BKLN vào Nghị quyết của Đảng ủy	4 (40)	10 (100)	150	<0,05*	<0,05**
Có xây dựng KH PCBKLN	0 (0)	10(100)			>0,05**
Có ban hành văn bản về QL BKLN	1 (10)	4(40)	300	<0,05*	>0,05**
Có bố trí kinh phí PC BKLN	0 (0)	10 (100)			>0,05**
Có triển khai truyền thông	2 (20)	10 (100)	400	<0,05*	<0,05**

* ztest

**fisher's exact test

Nhận xét:

Đánh giá tính hữu dụng của mô hình QL BKLN đối với việc cải thiện thực trạng chung về quản lý BKLN tại các xã của huyện Hoa Lư và thành phố Tam Điệp cho thấy tại các xã sau can thiệp có 5 nội dung đạt hiệu quả theo hướng tích cực.

* Hiệu quả công tác quản lý ĐTD

Đối với công tác truyền thông, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong triển khai chung về truyền thông bệnh ĐTD (p_{SCT}> 0,05) tuy nhiên ở hình thức truyền thông cụ thể thì thấy có sự tăng rõ rệt ở số tin bài truyền thanh 3 cấp (p_{SCT}< 0,05) và khi so sánh với xã đối chứng thì thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p_{SCT}< 0,05.

Đối với hoạt động khám sàng lọc có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong triển khai các đợt khám sàng lọc bệnh ĐTD ở cả số xã triển khai khám sàng lọc và số đợt khám sàng lọc (p_{SCT}< 0,05). Đạt biệt 100% xã can thiệp đã tổ chức khám sàng lọc bệnh ĐTD trong khi không có xã nào trong nhóm đối chứng triển khai khám sàng lọc bệnh ĐTD.

Đã có sự thay đổi rõ rệt từ không có xã quản lý đối tượng tiền ĐTD sang 100% xã quản lý đối tượng tiền ĐTD ở nhóm xã can thiệp trong khi ở nhóm xã đối chứng vẫn chưa có xã nào quản lý (p_{SCT}< 0,05). Trong quản lý, điều trị bệnh nhân ĐTD kết quả phân tích cho thấy sau can thiệp có 100% xã ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đã quản lý đối tượng ĐTD tuy nhiên chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 42,9% và có ý nghĩa thống kê với p< 0,05 trong khi nhóm đối chứng chỉ số hiệu quả là 11,1% và không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

* Hiệu quả công tác quản lý THA

Có sự gia tăng tỷ lệ trạm có triển khai hoạt động truyền thông về BKLN ở các xã có can thiệp (từ 80% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp), ngược lại ở các xã không can thiệp tỷ lệ này lại giảm đi đáng kể (100% trước can thiệp xuống 80% sau can thiệp).

100% xã can thiệp có triển khai khám sàng lọc THA trong khi đó chỉ có 20% xã không can thiệp có triển khai hoạt động này và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Số đợt khám sàng lọc THA cũng có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê giữa trước - sau và có - không can thiệp.

Về công tác quản lý bệnh nhân tiền THA: 100% xã can thiệp có triển khai hoạt động này trong khi chỉ có 20% xã không can thiệp quản lý bệnh nhân tiền THA ($P_{set} < 0,05$).

Về công tác quản lý, điều trị bệnh nhân THA: sau can thiệp có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê về số lượng đối tượng được tư vấn và điều trị THA tại các xã có can thiệp so với thời điểm trước can thiệp. Bên cạnh đó, sau can thiệp nhóm xã can thiệp có số bệnh nhân được điều trị cao hơn rõ rệt so với nhóm xã không can thiệp (*trung bình 79,6 người mỗi xã so với 1,1 người*).

** Hiệu quả công tác quản lý HPQ và COPD*

100% xã can thiệp có triển khai truyền thông về bệnh HPQ và COPD với rất nhiều hình thức truyền thông trong đó truyền thông qua loa phát thanh có cải thiện rõ rệt về số lượng tin bài so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$)

Có 90% xã can thiệp triển khai khám sàng lọc bệnh HPQ và COPD trong khi chỉ có duy nhất 1 xã không can thiệp có triển khai hoạt động này và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Từ đó, số đợt khám của nhóm xã can thiệp cũng cao hơn rõ rệt so với các xã không can thiệp với $p < 0,05$. Số đối tượng được tư vấn về bệnh HPQ và COPD tại TYT xã rất ít và chưa có trạm nào triển khai được điều trị HPQ và COPD.

** Hiệu quả công tác quản lý UT*

Sau can thiệp, việc triển khai các hoạt động truyền thông cũng như số đợt truyền thông lồng ghép ở các xã can thiệp tăng cao so với trước can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trước can thiệp, các trạm đều không triển khai hoạt động khám sàng lọc UT nhưng sau can thiệp, tỷ lệ số xã triển khai khám sàng lọc ở nhóm can thiệp (50%) tăng cao hơn so với nhóm không can thiệp (20%) xong sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau can thiệp, quản lý đối tượng UT trong xã can thiệp cũng như xã không can thiệp đều tăng cao so với trước can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.4. Hiệu quả hoạt động truyền thông thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của cộng đồng về BKLN

** Kiến thức về phòng chống BKLN*

- *Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về khái niệm BKLN*: Hầu hết các ĐTNC đều có kiến thức đúng về khái niệm BKLN (85%), không có sự khác biệt giữa xã thí điểm và không thí điểm.

- *Tỷ lệ đối tượng biết các nhóm BKLN chủ yếu*: Tỷ lệ các ĐTNC liệt kê đầy đủ các nhóm BKLN chủ yếu chiếm tỷ lệ rất thấp (2,1%), nhóm can thiệp là 3,2%, nhóm đối chứng là 0,9%. Tỷ lệ ĐTNC biết được các bệnh THA, ĐTĐ, HPQ/COPD, UT ở xã thí điểm cao hơn xã không thí điểm và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- *Tỷ lệ đối tượng biết các yếu tố nguy cơ của BKLN*: Chỉ có 3,5% người biết đầy đủ các yếu tố nguy cơ của BKLN. Tỷ lệ ĐTNC biết được các yếu tố nguy cơ của BKLN ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- *Tỷ lệ đối tượng biết tác hại của BKLN*: ĐTNC biết đủ 3 tác hại của BKLN chiếm tỷ lệ thấp (2,7%). Số người có kiến thức về tác hại của BKLN ở nhóm can thiệp (3,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm chứng (1,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- *Tỷ lệ đối tượng biết cách phòng BKLN*: Tỷ lệ này rất thấp, chưa đến 1%. Trong đó, biện pháp luyện tập thể thao được mọi người biết đến nhiều nhất (*chung cho cả 2 nhóm là 34,6%, nhóm đối chứng là 33,1%, nhóm can thiệp là 36,2%*), biện pháp ăn nhiều rau quả được số người biết đến ít nhất 13,2%.

** Thái độ về phòng chống BKLN*

Bảng 3: Thái độ về phòng chống BKLN

Thái độ sẵn sàng	Chung			Xã can thiệp (n=960)			Xã không can thiệp (n=973)			p
	n	Tần số	%	n	Tần số	%	n	Tần số	%	
Bỏ hút thuốc	273	108	39,6	127	54	42,5	146	54	37,0	>0,05
Không uống rượu bia	427	286	67,0	212	145	68,4	215	141	65,6	>0,05
Ăn tăng trái cây	1914	1552	81,1	947	762	80,5	967	790	81,7	>0,05
Ăn tăng rau củ	1918	1607	83,8	950	795	83,7	968	812	83,9	>0,05
Ăn giảm muối	1929	1292	67,2	959	631	65,8	970	665	68,6	>0,05
Ăn giảm dầu mỡ	1927	1340	69,5	957	663	69,3	970	677	69,8	>0,05
Tăng thời gian vận động	1908	1223	64,1	941	601	63,8	967	622	64,3	>0,05
Khám sức khỏe định kỳ	1929	1770	91,8	958	899	93,8	971	871	89,7	<0,05

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐTNC có thái độ phòng chống BKLN chiếm tỷ lệ trung bình khá xong không có sự khác biệt giữa xã can thiệp và xã không can thiệp với $p > 0,05$. Vẫn còn một số lượng ít các đối tượng còn chưa hiểu hết được tầm quan trọng trong việc phòng chống BKLN để bảo vệ sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống.

* *Thực hành về phòng chống BKLN*

Thực hành phòng chống BKLN chung

Bảng 4. Thực hành chung về phòng chống BKLN

Nội dung	Chung		Xã can thiệp (n=960)		Xã không can thiệp (n=973)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khám sức khỏe định kỳ	810	41,9	401	41,8	409	42,0	>0,05
Đã từng đi KSL các BKLN	359	37,4	373	38,3	732	37,9	>0,05
Đã từng KSL THA	297	30,9	312	32,1	609	31,5	>0,05
Đã từng KSL ĐTD	253	26,4	248	25,5	501	25,9	>0,05
Đã từng KSL UT	56	5,8	67	6,9	123	6,4	>0,05
Đã từng KSL HPQ	14	1,5	22	2,3	36	1,9	>0,05
Đã từng KSL COPD	23	2,4	33	3,4	56	2,9	>0,05
Đã được chẩn đoán mắc các BKLN	238	24,8	227	23,3	465	24,1	>0,05
Đã được điều trị các BKLN tại cơ sở y tế	209	21,8	183	18,8	392	20,3	>0,05
Có tuân thủ chỉ định điều trị	202	21,0	175	18,0	377	19,5	<0,05

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng có đi khám sàng lọc các BKLN tương đối cao (37,9%). Tỷ lệ đi khám sàng lọc các BKLN ở xã can thiệp cao hơn các xã không can thiệp, tuy chưa tìm thấy sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê nhưng phần nào cho thấy hiệu quả của hoạt động can thiệp đối với thực hành khám sàng lọc bệnh của người dân. Hiệu quả can thiệp thể hiện rõ ở khía cạnh thực hành tuân thủ điều trị BKLN: người dân ở nhóm xã can thiệp tuân thủ điều trị bệnh cao hơn người dân ở xã không can thiệp với $p < 0,05$ (21% và 18%)

Thực hành về phòng chống các yếu tố nguy cơ của BKLN

- Tỷ lệ hiện hút thuốc lá ở xã can thiệp (12,5%) thấp hơn xã không can thiệp (14,4%) với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức có hại trong 1 tháng vừa qua tương đối cao (22,3%), xã can thiệp (22,4%) cao hơn 1 chút so với xã không can thiệp (22,2%) xong sự chênh lệch này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

- Khoảng 15% đối tượng tự nhận xét là ăn mặn và có khoảng 76% đối tượng có thực hành giảm ăn mặn trong 1 năm vừa qua. Các xã can thiệp có thực hành phòng chống ăn mặn tốt hơn các xã không can thiệp.

- Số đối tượng ăn không đủ lượng rau theo khuyến cáo vẫn chiếm tỷ lệ cao 69,3%. Trong đó ở xã can thiệp tỷ lệ này là 70,9% cao hơn xã không can thiệp (67,7%), tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

- Các đối tượng tự nhận xét ăn nhiều dầu mỡ chiếm 8,1%, tương đương với cả xã có can thiệp và không can thiệp.

- Tỷ lệ vận động thể lực chưa đủ theo khuyến cáo chỉ chiếm 11,2% và không có sự khác biệt ở nhóm xã can thiệp và không can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Ninh Bình hiện nay cũng đang gánh chịu mô hình bệnh tật kép, trong khi các bệnh truyền nhiễm được đẩy lùi thì các BKLN đang có xu hướng gia tăng. Một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ THA tại cộng đồng ở tỉnh Ninh Bình trong năm 2012 là 26.03% [4], tỷ lệ mắc COPD năm 2014 là 3.93% [5]. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, trong 11 tháng năm 2016, lượng bệnh nhân đến khám và điều trị BKLN rất đông: 41.139 lượt khám ĐTĐ, 39.757 lượt khám tim mạch, 8.300 lượt khám ung bướu, 10.868 lượt khám hô hấp chung, trong đó, có 2.100 lượt bệnh nhân được đo chức năng hô hấp, 738 lượt test phục hồi phế quản [3].

Qua khảo sát trước khi thí điểm mô hình nhận thấy, đội ngũ CBYT tuyến xã tại tỉnh Ninh Bình đang có sự già hóa, chất lượng còn khá thấp. Có tình trạng một CBYT phải kiêm nhiệm nhiều công việc khác nhau, trong đó có hoạt động quản lý BKLN. Do vậy, chất lượng quản lý BKLN không đảm bảo. Kiến thức về quản lý BKLN của CBYT xã còn rất hạn chế, còn nhiều kiến thức còn sai hoặc chưa đầy đủ. Công tác đào tạo, tập huấn kiến thức về phòng, chống BKLN nói chung chưa được chú trọng. Tỷ lệ CBYT được đào tạo, tập huấn cập nhật kiến thức còn thấp. Xét về thái độ, nhìn chung thái độ của các CBYT xã đối với công tác quản lý BKLN là đúng đắn và tâm huyết. Đây là 1 tín hiệu đáng mừng trước khi áp dụng thử mô hình quản lý 1 số BKLN. Bởi lẽ thái độ, sự nhiệt tình và tâm huyết của CBYT là vô cùng quan trọng, là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả của mô hình. Thực hành quản lý BKLN của CBYT xã có sự khác nhau giữa các bệnh. Trong đó, các hoạt động quản lý THA và ĐTĐ được thực hành tốt hơn là quản lý HPQ và UT. Ngoài ra, các hoạt động truyền thông, tư vấn được CBYT xã thực hành tốt hơn các hoạt động liên quan đến điều trị và phát hiện biên chứng sau điều trị. Số lượng trang thiết bị phục vụ công tác quản lý BKLN tại các TYT xã còn thiếu và trang bị không đồng đều ở các trạm. Đối chiếu theo Quy định của Bộ Y tế về danh mục trang thiết bị TYT xã thì số lượng trang thiết bị phục vụ công tác quản lý BKLN nói chung và phục vụ công tác khám chữa bệnh nói chung còn thiếu khá nhiều. Cụ thể, theo quy định của Bộ Y tế, mỗi TYT có bác sỹ phải đảm bảo tối thiểu: 4 huyết áp kế, 4 ống nghe, 1 máy điện tim 1 hoặc 3 kênh, 1 máy khí dung, 1 máy xét nghiệm huyết học đơn giản [6]. Kết quả trên cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự năm 2014, phần lớn các TYT có những trang thiết bị cơ bản phục vụ công tác khám bệnh thông thường cũng như sàng lọc đối với các BKLN tuy nhiên một số thiết bị đặc thù cho việc khám, sàng lọc các BKLN hiện chưa có nhiều. Chỉ có 14% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thiết bị thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế, 64,7% các xã chỉ có từ 50-70% thiết bị thiết yếu, hơn 20% xã có dưới 50% trang thiết bị thiết yếu theo quy định [7]. Điều này cũng chỉ ra rằng, công tác đầu tư trang thiết bị cho y tế tuyến xã còn chưa được quan tâm đúng mức. Một phần là do ngân sách có hạn, mặt khác là do nhu cầu khám chữa bệnh của người dân tại TYT xã không cao nên việc đầu tư nhiều cho tuyến xã sẽ gây ra sự lãng phí nhất định. Kết quả khảo sát cũng chỉ ra hầu hết các TYT không được trang bị đầy đủ các loại thuốc khám, chữa BKLN theo quy định, đặc biệt không có TYT nào có nhóm thuốc điều trị bệnh ĐTĐ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự năm 2014, có tới 67.2% các xã có dưới 50% thuốc thiết yếu cho công tác phòng chống BKLN, chỉ có dưới

10% TYT xã có trên 70% danh mục thuốc thiết yếu theo yêu cầu [7]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Minh năm 2014 cũng cho thấy một thực trạng hiện nay khi những thuốc và trang thiết bị thiết yếu cho hoạt động phòng chống BKLN theo khuyến cáo của WHO phần lớn đều không có sẵn tại các TYT xã [8].

Đánh giá sau can thiệp, nhận thấy đối với người dân, tỷ lệ đối tượng có kiến thức về biểu hiện, biến chứng của bệnh cũng như nhận diện được các đối tượng nguy cơ dễ mắc bệnh và các biện pháp phòng bệnh, điều trị bệnh thấp, chưa đến 1% chung cho cả 2 nhóm và không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Thái độ phòng chống BKLN của các đối tượng nghiên cứu là tương đối tốt. Tuy nhiên trên một số lượng ít các đối tượng còn chưa hiểu hết được tầm quan trọng trong việc phòng chống BKLN là hết sức quan trọng trong cuộc sống hàng ngày để bảo vệ sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống. Vì vậy, để đạt hiệu quả hơn nữa cần truyền thông giáo dục dinh dưỡng, chế độ ăn uống để nâng cao kiến thức, thực hành về phòng chống BKLN cho người dân nhằm giảm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ, kiểm soát tỷ lệ mắc các BKLN và phòng ngừa các biến chứng của BKLN. Nhân viên y tế cần phát huy vai trò của mình trong giáo dục sức khỏe trong Bệnh viện và cộng đồng. Các nguồn thông tin đại chúng như đài phát thanh truyền hình, báo chí cần phát huy hiệu quả trong việc tuyên truyền phòng chống BKLN.

Hoạt động phòng chống BKLN ở tuyến xã chưa được thực hiện đầy đủ và thường xuyên đối với các nhóm bệnh khác nhau. Nguyên nhân được lý giải là do nhân lực tại các TYT chủ yếu có trình độ y sỹ, điều dưỡng, số lượng nhân lực có trình độ bác sỹ còn thấp. Mặt khác là do nhu cầu khám phát hiện BKLN tại y tế tuyến xã của người dân không lớn. Do vậy, các trang thiết bị được đầu tư chủ yếu để phục vụ công tác khám, chữa các bệnh thông thường theo phân tuyến, công tác khám, phát hiện, sàng lọc các BKLN chủ yếu được thực hiện theo các dự án, hoặc các đợt khám sàng lọc tại cộng đồng do tuyến trên tổ chức.

Kết quả khảo sát cho thấy, hầu hết các TYT thuộc nhóm can thiệp có số lượng trang thiết bị phục vụ công tác khám sàng lọc BKLN nhiều hơn các xã thuộc nhóm đối chứng. Chỉ có thiết bị ống nghe là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chất lượng và mức độ sử dụng trang thiết bị thường xuyên tại TYT của nhóm can thiệp cũng cao hơn nhiều so với các TYT nhóm đối chứng. Chỉ có chất lượng và mức độ sử dụng máy đo khí dung là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể lý giải dựa trên kết quả hỗ trợ của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình (*Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Ninh Bình*) đối với các TYT xã triển khai mô hình quản lý BKLN tại y tế tuyến xã. Theo đó, để triển khai thí điểm Mô hình, mỗi TYT xã được trang bị: 02 máy đo huyết áp, 01 máy đo đường huyết (kèm theo que thử đường huyết), 01 máy đo mỡ máu (kèm theo que thử mỡ máu), 01 máy khí dung, 01 máy đo lưu lượng đỉnh. Bên cạnh đó, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình đã tổ chức các lớp tập huấn về quản lý, điều trị BKLN: 04 lớp hướng dẫn phát hiện, quản lý, điều trị; 04 lớp tập huấn cầm tay chỉ việc khám, phân loại, điều trị, nhập và quản lý hồ sơ sổ sách BKLN. Do vậy, số lượng, chất lượng và mức độ sử dụng trang thiết bị khám, sàng lọc BKLN tại các xã can thiệp cao hơn rất nhiều so với các xã không triển khai Mô hình (xã đối chứng). Kết quả này cũng cho thấy, nếu được cung cấp đầy đủ các trang thiết bị thiết yếu, phù hợp và có chất lượng, hoạt động khám, sàng lọc BKLN có thể được thực hiện thường xuyên tại các TYT xã, góp phần thực hiện tốt mục tiêu quản lý BKLN ngay tại tuyến cơ sở.

Khảo sát về thực trạng sử dụng thuốc khám, chữa BKLN tại các TYT cho thấy hầu hết các loại thuốc đều thiếu, ít sử dụng hoặc không sử dụng. Đối chiếu với Quy định của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường, cũng như quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở thì số các loại thuốc phục vụ cho khám chữa BKLN còn thiếu khá nhiều [9]. Điều này cho thấy, việc cung ứng vật tư thuốc điều trị cho y tế tuyến xã còn chưa được quan tâm, nếu tình trạng này không được cải thiện thì việc đạt được mục tiêu quản lý BKLN tại tuyến y tế cơ sở là không thể. Hầu hết số lượng thuốc và tỷ lệ sử dụng thuốc ở các trạm thuộc nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt này có thể lý giải do tỷ lệ sử dụng thuốc tương ứng với tỷ lệ sử dụng các trang thiết bị trong khám và điều trị các BKLN tại TYT. Bên cạnh đó một số trạm thuộc nhóm đối chứng

chưa được khám bảo hiểm. Điều này chỉ ra rằng, công tác khám chữa bệnh nói chung và BKLN nói riêng tại TYT còn nhiều hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Nguyên nhân của thực trạng này có thể lý giải là do năng lực khám và điều trị tại TYT còn yếu. Trong khi BKLN đang ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng bệnh tật cũng như kinh tế của toàn xã hội thì việc nâng cao năng lực khám, điều trị BKLN là vấn đề cần được quan tâm, ưu tiên trong chiến lược phát triển mạng lưới y tế cơ sở. Điều này sẽ giúp giải quyết tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh và Trung ương và cũng là cơ sở để cải thiện năng lực khám chữa bệnh tại TYT, nơi mà người dân có thể dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế nhất.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng quản lý BKLN của y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình

- Kiến thức, thái độ, thực hành về BKLN của CBYT tuyến xã:

Kiến thức về BKLN của cán bộ TYT còn hạn chế, điểm đánh giá kiến thức về quản lý các BKLN chủ yếu ở mức dưới trung bình.

Thái độ về BKLN của cán bộ TYT tương đối tốt: nhiều cán bộ cho rằng quản lý các bệnh THA, ĐTD, HPQ và UT tại tuyến xã là rất cần thiết/cần thiết ($\geq 97,5\%$).

Cán bộ TYT chưa có nhiều kinh nghiệm trong thực hành quản lý BKLN nhất là ĐTD, HPQ và UT.

- Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc:

Thuốc: Hầu hết các TYT không được trang bị đầy đủ các loại thuốc khám chữa bệnh theo quy định, đặc biệt không có TYT nào có thuốc điều trị bệnh ĐTD;

Trang thiết bị: Mới chỉ được trang bị các trang thiết bị cơ bản như huyết áp kế, ống nghe... Những trang thiết bị chuyên sâu hơn chưa được đầu tư.

- Thực trạng công tác quản lý BKLN: các hoạt động truyền thông, khám sàng lọc, điều trị, thống kê, báo cáo, xây dựng kế hoạch, chỉ đạo điều hành, đảm bảo nguồn lực cho công tác quản lý BKLN tại các trạm còn rời rạc, lẻ tẻ, chưa có hệ thống.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến công tác quản lý BKLN của y tế tuyến xã: công tác tổ chức, chỉ đạo; vấn đề nhân lực y tế; kinh phí thực hiện; vấn đề chính sách bảo hiểm y tế; đầu tư trang thiết bị, cơ sở vật chất; hoạt động phối hợp đa ngành; vấn đề niềm tin của cộng đồng; tác động của yếu tố hệ thống y tế và công tác thống kê, báo cáo, giám sát.

5.3. Đánh giá hiệu quả mô hình quản lý của y tế tuyến xã với BKLN

Mô hình quản lý BKLN tại tuyến xã sau 1 năm thí điểm tại 10 xã đã có những tác động sau:

- Nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT về quản lý BKLN.

- Cải thiện thực trạng và mức độ sử dụng trang thiết bị, thuốc phục vụ công tác quản lý BKLN.

- Thay đổi thực trạng công tác tổ chức chỉ đạo, xây dựng kế hoạch, bố trí nhân lực, kinh phí, quy trình thực hiện quản lý BKLN tại TYT xã đặc biệt là quản lý bệnh THA.

- Nâng cao hiểu biết của người dân về phòng chống BKLN, giúp cải thiện 1 phần thái độ và chưa thể hiện rõ hiệu quả trong thay đổi hành vi phòng chống BKLN của người dân.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tiếp tục triển khai nhân rộng mô hình quản lý BKLN ở tuyến xã trên quy mô toàn tỉnh, trong đó Tập trung vào quản lý toàn diện bệnh THA. Đối với bệnh ĐTD: tập trung vào hoạt động truyền thông, tư vấn, sàng lọc. Tiếp tục chuẩn bị các nguồn lực về cơ chế chính sách, kinh phí, nhân lực, thuốc, trang thiết bị tiến tới điều trị bệnh ĐTD typ 2 tại tuyến xã. Đối với các bệnh HPQ, COPD, UT: tập trung vào hoạt động truyền thông, tư vấn, sàng lọc. Riêng UT, chỉ nên triển khai quản lý hai bệnh UT phổ biến và dễ phát hiện qua lâm sàng là UT vú và UT CTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2018), Non communicable diseases. accessed: 09/6/2019 <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>

2. Thủ tướng Chính phủ (2015), Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 về việc Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh

phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025. Hà Nội, 2015.

3. Sở Y tế Ninh Bình (2015), Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2016.

4. Vũ Thị Bích Thảo (2014), Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tỉnh Ninh Bình.

5. Vũ Văn Lại (2013), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và mô hình quản lý điều trị bệnh THA tại tỉnh Ninh Bình giai đoạn 2012-2013.

6. Bộ Y tế (2019), Quyết định số 4776/QĐ-BYT ngày 04/12/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị hen phế quản”, Hà Nội.

7. Nguyễn Thị Thơ và cộng sự (2014), Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014, Tạp chí y học dự phòng, XXV (12+13), tr. 179-187.

8. Van Minh H., Do Y.K., Bautista M.A.C. và cộng sự. (2014). Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. *Int J Health Plann Manage*, **29**(2), e159-173.

9. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 2919/QĐ-BYT ngày 06/8/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Chu Thị Giang^{1*}, Phạm Văn Hiệp², Văn Tiến Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng kết quả chọc hút bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. Đối chiếu hình ảnh siêu âm, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ với mô bệnh học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 620 bệnh nhân (BN) bướu nhân tuyến giáp được chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại BVĐK tỉnh Ninh Bình giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** BN tuyến giáp gặp ở độ tuổi trung bình là $51,5 \pm 13,1$, nhóm trên 50 tuổi hay gặp nhất chiếm 61%, nữ gặp nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam: 12/1. Đa số BNTG trên lâm sàng có mật độ mềm (96%), ranh giới rõ (98,4%), di động theo nhịp nuốt (99,8%). Đặc điểm chức năng BNTG hầu hết là bình giáp chiếm tỷ lệ 98,8%. Phân độ TIARDS trên siêu âm: TIARDS 1,2,3 chiếm tỷ lệ 86,9%. TIRADS 4,5 chiếm tỷ lệ 13,1%. Kết quả tế bào học qua CHKN dưới siêu âm: Tỷ lệ ác tính là 5,5%, nghi ngờ ác tính là 3,4%, tỷ lệ lành tính là 91,1%. Kết quả mô bệnh học: Tỷ lệ ác tính 24,7% (100% là ung thư biểu mô thể nhú). Tỷ lệ lành tính 75,3% (u tuyến nang 70,1%; nhân giáp keo 5,2%). Nguy cơ ác tính theo TIRADS 4a, 4b, 4c, 5 lần lượt là 8,3%; 50%; 77,8%; 85,7%. Giá trị chọc US-GFNA với kết quả mô bệnh học: Độ nhạy 89,47%, độ đặc hiệu 74,14%, giá trị tiên đoán dương 46,88%; giá trị tiên đoán âm 95,56%, độ chính xác 77,92%. Với những nhân có đường kính < 1 cm, US-GFNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 77,7%; 42,8%; 62,5%. Giá trị chẩn đoán khi kết hợp kết quả siêu âm theo phân độ TIRADS với US-GFNA: độ nhạy 94,74%; độ đặc hiệu 67,2%; giá trị tiên đoán dương 50%; giá trị tiên đoán âm 98%; độ chính xác 74,03%. **Kết luận:** Kết hợp siêu âm và sinh thiết kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nên được tiến hành thường quy trong việc khám và chẩn đoán các thương tổn các bướu nhân tuyến giáp nghi ngờ ung thư tuyến giáp. Đối với tuyến dưới, có thể kết hợp chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn của siêu âm sau đó gửi bệnh phẩm lên Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình sẽ tiết kiệm được thời gian và công sức cho bệnh nhân

Từ khóa: Bướu nhân tuyến giáp, sinh thiết kim nhỏ, tuyến giáp, ung thư tuyến giáp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là hiện tượng khi có sự xuất hiện của 1 hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp bao gồm cả tổn thương lành tính và ác tính. Đây là bệnh lý nội tiết tương đối phổ biến, chiếm khoảng 4-7% dân số, trong đó đa số là bướu nhân lành tính, chỉ khoảng 4-5% là bướu nhân ác tính [3]. Bướu nhân tuyến giáp có hình thái học khá đa dạng, trong những năm gần đây, với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học – kỹ thuật, nhiều phương pháp mới đã được áp dụng để chẩn đoán và điều trị BNTG. Siêu âm tuyến giáp đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán BNTG, ngay cả khi bướu nhân nhỏ kích thước dưới 1cm. Chọc hút kim nhỏ là một kỹ thuật dễ thực hiện ít xâm lấn, có giá trị chẩn đoán cao vì có thể cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về một nhân tuyến giáp. Theo AACE thì đây là phương pháp “được tin tưởng là hiệu quả nhất trong phân biệt các nhân lành tính và ác tính” với độ chính xác lên tới 95% nếu người chọc hút có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm có tỉ lệ thành công cao hơn, đặc biệt là các nhân dưới 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp cần lấy tổn thương ở phần đặc. Ở nước ta, có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh lý tuyến giáp nhưng còn ít đề tài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tuyến giáp đặc biệt là phân loại siêu âm tuyến giáp theo TIRADS kết hợp với chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm để phân biệt bướu nhân lành tính với bướu nhân ác tính. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính: BSCCKII. Chu Thị Giang, Giám đốc Bệnh viện

Địa chỉ: phường Nam Thành - TP Hoa Lư- tỉnh Ninh Bình, Điện thoại: 0977.696.922

Email: bsgiangnb@gmail.com

“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình” nhằm 2 mục tiêu :

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng kết quả chọc hút bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm;

2. Đối chiếu hình ảnh siêu âm, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ với mô bệnh học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Nội tiết – Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

- Thời gian: từ tháng 01/2019 đến tháng 1/2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết-Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2020.

- Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không có một trong các xét nghiệm: FT4, TSH, siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ. Bệnh nhân ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật tuyến giáp. Bệnh nhân cường giáp (TSH thấp), có các bệnh cấp tính kèm theo, BNTG đã được can thiệp bằng ngoại khoa. Những bệnh nhân đang điều trị bằng hormon tuyến giáp. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện cho những đối tượng có đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2020, gồm 620 bệnh nhân BNTG trong đó có 77 bệnh nhân phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Máy siêu âm dùng để thăm khám bệnh nhân trong đề tài này là máy GE , đầu dò 7,5 MHz, máy đặt tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình; Kính hiển vi quang học; Máy cắt lạnh; Bơm tiêm, ống đựng máu xét nghiệm, phiến kính, lá kính sạch; Kim chọc dò kích thước 24 G;

Xác định các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác bằng phương pháp lập bảng. Tính toán các giá trị dựa theo công thức sau: Độ nhạy (Sensitivity) $S_n = DT/(DT+AG)$; Độ đặc hiệu (Specificity) $S_p = AT/(AT+DG)$; Độ chính xác (Accuracy): $Acc = DT+AT/(DT+DG+AT+AG)$; Giá trị dự báo dương tính (Positive predictive value): $PPV = DT/(DT+DG)$; Giá trị dự báo âm tính (Negative predictive value): $NPV = AT/(AT+AG)$

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được nhập vào chương trình phần mềm SPSS 16.0; Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình. Kiểm định χ^2 để xác định mức độ khác nhau khi so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đề cương được thông qua bởi hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa Ninh Bình. Được sự đồng ý của Ban Giám Đốc bệnh viện đa khoa Ninh Bình cho tiến hành thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ

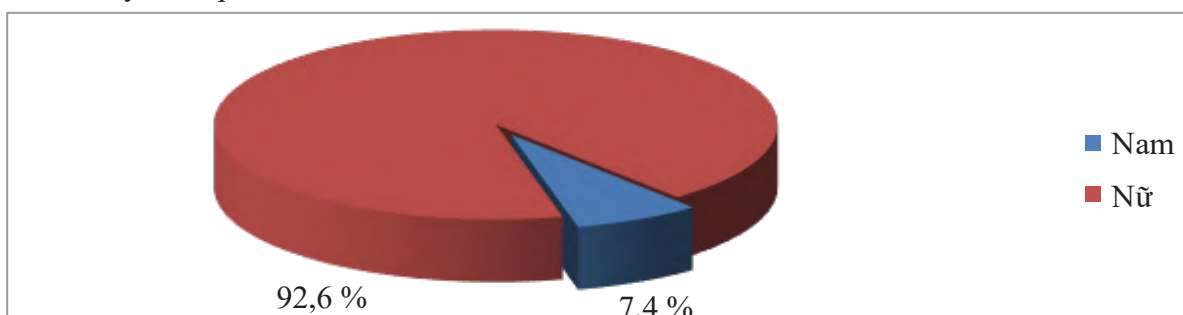
3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	n	%
< 30	38	6,1
30 – 39	83	13,4

40 – 49	121	19,5
50 – 59	230	37,1
≥ 60	148	23,9
Tổng	620	100
TB (min - max)	51,5 ±13,1(7 -95)	

Nhận xét: Tuổi trung bình là $51,5 \pm 13,1$; tuổi nhỏ nhất là 7 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Nhóm trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 61%, sau đó đến nhóm 30 - ≤ 50 tuổi chiếm tỷ lệ 32,9%, nhóm có tỷ lệ thấp nhất là nhóm ≤ 30 tuổi 6,1%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh theo giới

Nhận xét: có 574 bệnh nhân là nữ giới chiếm tỷ lệ 92,6%; có 46 bệnh nhân nam chiếm 7,4%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ nữ/nam = 12/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng kết quả chọc hút bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng thường gặp ở người có bướu nhân tuyến giáp

Triệu chứng cơ năng	n	%
Tự phát hiện khối u vùng cổ	502	80,9
Tức nặng vùng cổ	409	66
Nuốt vướng, nghẹn	110	17,7
Nói khàn	69	11,1
Hạch cổ	16	2,5
Đau	6	0,9
Không có triệu chứng	9	1,5

Nhận xét: Bệnh nhân tự phát hiện khối u vùng cổ, tức nặng vùng cổ là 2 lý do đến khám bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ lần lượt là 80,9% và 66%, tiếp đến là các triệu chứng nuốt vướng, khàn tiếng chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,7% và 11,1%. Không có triệu chứng chiếm 1,5%.

Bảng 3. Phân bố bướu nhân tuyến giáp theo vị trí

Vị trí	n	%	
Sờ thấy nhân	Thùy phải	252	40,6
	Thùy trái	238	38,4
	Eo	16	2,6
	Cả 2 thùy	105	16,9
Không sờ thấy	9	1,5	
Tổng	620	100	

Nhận xét: Vị trí hay gặp nhất là thùy phải: 252 nhân (40,6%), thùy trái 238 nhân (38,4%), cả 2 thùy 105 nhân (16,9%). Eo gặp 16 nhân (2,6%).

Bảng 4. Phân độ bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng

Mức độ	n	%	
I	A	79	12,9

	B	92	15,1
	II	212	34,7
	III	228	37,3
	Tổng	611	100

Nhận xét: Bướu giáp trên lâm sàng chủ yếu độ II,III chiếm tỷ lệ 72%.

Bảng 5. Tính chất bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng

Tính chất		n	%
Mật độ	Mềm	586	95,9
	Cứng	25	4
Ranh giới	Rõ	601	98,4
	Không rõ	10	1,6
Di động	Theo nhịp nuốt	619	99,8
	Cố định	1	1,2
Thâm nhiễm da	Không thâm nhiễm	620	100
	Thâm nhiễm	0	0

Nhận xét: Đa số bướu giáp trên lâm sàng có mật độ mềm (95.9%), ranh giới rõ (98,4%), di động theo nhịp nuốt (99,8%). Không có trường hợp nào có biểu hiện thâm nhiễm da.

Bảng 6. Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm	n	%
Cường giáp	0	0
Bình giáp	612	98,8
Suy giáp	8	1,2

Nhận xét: Đặc điểm chức năng tuyến giáp qua định lượng FT4, hầu hết là bình giáp chiếm tỷ lệ 98,8%. Tỷ lệ bệnh nhân suy giáp gặp 8 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,2%. Không có bệnh nhân nào cường giáp.

Bảng 7. Kích thước và hình dạng bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm

Tính chất		n	%
Kích thước	< 1 cm	180	29,0
	1- 4 cm	419	67,6
	> 4 cm	21	3,4
Tổng		620	100
Hình dạng	Dọc > Ngang	34	5,5
	Dọc ≤ Ngang	586	94,5
Tổng		620	100

Nhận xét: Kích thước: Trên siêu âm bướu giáp có kích thước 1 – 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%, tiếp đến là bướu < 1 cm (29%), bướu > 4 cm chiếm tỷ lệ 3,4%. Hình dạng: Hầu hết trên siêu âm bướu giáp có hình dạng dọc ≤ ngang (94,5%). Bướu có hình dạng dọc > ngang chiếm tỷ lệ nhỏ (5,5%).

Bảng 8. Đặc điểm âm vang của nhân đặc trên siêu âm

Âm vang	n	%
Nhân đặc giảm âm	286	46,1
Nhân đặc đồng âm	111	26,9
Nhân đặc tăng âm	15	3,6
Tổng	412	100

Nhận xét: Trong số 412 nhân đặc thấy nhân đặc giảm âm là 46,1%, nhân đặc đồng âm là 26,9%, nhân đặc tăng âm là 3,6%.

Bảng 9. Đặc điểm vôi hóa bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm

Vôi hóa	n	%
Vi vôi hóa	35	5,2
Vôi hóa đại thể	77	12,4
Không	508	81,9
Tổng	620	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu đa phần là bướu nang tuyến giáp không vôi hóa chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,9%, vôi hóa đại thể chiếm tỷ lệ 12,4%, vi vôi hóa chiếm tỷ lệ 5,2%.

3.3. Đối chiếu hình ảnh siêu âm, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ với mô bệnh học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp

Bảng 10. Đối chiếu kết quả siêu âm với kết quả mô bệnh học (n=77)

Đặc điểm BNTG trên siêu âm		Kết quả mô bệnh học		χ^2 (p)
		Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	
Số lượng	Đơn nhân	27 (46,6)	4 (21,1)	3,9 (0,04)
	Đa nhân	31 (53,4)	15 (78,9)	
Kích thước	< 1 cm	11 (78,5)	3 (21,4)	0,1 (0,75)
	\geq 1 cm	47 (74,6)	16 (25,4)	
Hình dạng	Dọc \leq Ngang	55 (94,8)	6 (31,6)	34,7 (< 0,0001)
	Dọc > Ngang	3 (5,2)	13 (68,4)	
Âm vang	Nhân đặc	28 (48,3)	16 (84,2)	7,8 (0,02)
	Nhân nang	5 (8,6)	0	
	Nhân hỗn hợp	25 (43,1)	3 (15,8)	
Cấu trúc âm	Tăng, đồng âm	12 (20,7)	0	8,3 (0,002)
	Giảm âm	46 (79,3)	19 (100)	
Tính chất vôi hóa	Không	47 (81)	8 (42,1)	16,9 (0,001)
	Có	11 (19)	11 (57,9)	

Nhận xét: Các dấu hiệu có giá trị gợi ý BNTG ác tính trên siêu âm gồm bướu đa nhân, chiều dọc > ngang, nhân đặc, giảm âm và có dấu hiệu vôi hóa.

Bảng 11. Đối chiếu kết quả siêu âm theo phân độ TIRADS với kết quả mô bệnh học (n=77)

Phân độ TIRADS	Kết quả mô bệnh học		χ^2 (p)	Nguy cơ ác tính
	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)		
TIRADS 1	21 (100)	0	33,6 (0,0001)	0
TIRADS 2	12 (100)	0		0
TIRADS 3	6 (100)	0		0
TIRADS 4a	11 (91,7)	1 (8,3)		8,3
TIRADS 4b	5 (50)	5 (50)		50
TIRADS 4c	2 (22,2)	7 (77,8)		77,8
TIRADS 5	1 (14,3)	6 (85,7)		85,7
Tổng	58 (75,3)	19 (24,7)		

Nhận xét: Sự khác biệt về phân độ TIRADS trên siêu âm của nhân tuyến giáp giữa hai nhóm lành tính và ác tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Nhân phân độ TIRADS càng cao nguy cơ ác tính càng cao. TIRADS 4a, 4b, 4c, 5 nguy cơ ác tính lần lượt là 8,3%; 50%; 77,8% và 85,7%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 51,5 + 13,1 (năm). Trong đó tuổi nhỏ nhất là 7, cao nhất là 95. Tỷ lệ bướu nhân giáp tăng theo tuổi, nhóm trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 61%, sau đó đến nhóm 30 - \leq 50 tuổi chiếm tỷ lệ 32,9%, nhóm có tỷ lệ thấp nhất là nhóm \leq 30 tuổi 6,1. **Giới:** trong số 620 bệnh nhân nghiên cứu có

574 bệnh nhân là nữ giới chiếm tỷ lệ 92,6%; có 46 bệnh nhân nam chiếm 7,4%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ nữ/nam = 12/1. Giải thích tại sao bệnh BNTG nói riêng và bệnh lý tuyến giáp nói chung lại ưu thế xuất hiện ở nữ, nhiều ý kiến cho rằng bệnh có liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bướu nhân tuyến giáp:** Triệu chứng khàn tiếng mới xuất hiện có thể do khối u xâm lấn vào dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Khó nuốt hoặc đau vùng cổ cũng gợi ý một khối u ác tính, mặc dù những triệu chứng này cũng có thể gặp ở u lành tính. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến khám bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của các tác giả khác như Tạ Văn Bình [1], Nguyễn Thị Hoa Hồng [6]. **Tính chất BNTG trên lâm sàng * Mật độ nhân tuyến giáp:** Khám có thể thấy nhân tuyến giáp mềm hoặc cứng, nhỏ (khư trú) hoặc to (lan tỏa), di động hoặc cố định, và đau hoặc không đau. Nếu sờ thấy nhân cứng, mới xuất hiện thì có thể là nang tuyến giáp chảy máu hoặc viêm tuyến giáp bán cấp. Kết quả khám lâm sàng có thể không chính xác vì phụ thuộc kỹ năng người khám và vị trí nhân giáp. Các nhân có đường kính < 1cm rất khó sờ thấy trừ khi nó nằm ở phía trước, các nhân lớn thì dễ sờ thấy trừ khi nó nằm sâu trong tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu như các trường hợp có BNTG đều di động theo nhịp nuốt (99,8%) và không có dấu hiệu thâm nhiễm da. Có 10 trường hợp ranh giới nhân không rõ chiếm tỷ lệ 1,6%. Nguyễn Thị Hoa Hồng thì 100% bệnh nhân ranh giới nhân rõ, không có hiện tượng thâm nhiễm da và di động theo nhịp nuốt [6]. **Số lượng nhân giáp trên siêu âm:** Số lượng BNTG trên siêu âm trên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là bướu đơn nhân chiếm tỷ lệ 65,6%. Bướu đa nhân chiếm tỷ lệ 34,4%. Như vậy từ các nghiên cứu trên có thể cho ta thấy rằng tỷ lệ bướu giáp thể đơn nhân chiếm đa số so với bướu giáp thể đa nhân. **Kích thước và hình dạng bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm:** Kích thước: BNTG của đối tượng trong nghiên cứu trên siêu âm có kích thước từ 1 – 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%, tiếp đến là bướu < 1 cm (29%), bướu > 4 cm chiếm tỷ lệ 3,4%. Hình dạng : Hầu hết trên siêu âm bướu giáp có hình dạng dọc ≤ ngang (94,5%). Bướu có hình dạng dọc > ngang chiếm tỷ lệ nhỏ (5,5%). **Đặc điểm âm vang của BNTG trên siêu âm:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 412 bệnh nhân có tổn thương nhân đặc (66,5%). So sánh với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác chúng tôi thấy: Theo Tạ Văn Bình và cs nhân đặc giảm âm là 87,5%, nhân đặc đồng âm là 12,5% và không có bệnh nhân nào có nhân đặc tăng âm [1]. So với các dạng tổn thương khác của nhân đặc trên siêu âm thì nhân đặc giảm âm là một trong những dấu hiệu gợi ý tính chất ác tính của nhân đặc trên siêu âm. **Đặc điểm vôi hóa trên siêu âm:** Có 508 bệnh nhân không có dấu hiệu vôi hóa nhân trên siêu âm chiếm tỷ lệ 81,9%, có 77 bệnh nhân vôi hóa tỷ lệ 12,4%, và 35 bệnh nhân có dấu hiệu vi vôi hóa chiếm tỷ lệ 5,2%. **Đặc điểm ranh giới BNTG trên siêu âm:** Trong nhóm nghiên cứu đa phần các bướu giáp có ranh giới rõ chiếm tỷ lệ 98,7%, chỉ có 8 nhân có ranh giới không rõ chiếm tỷ lệ rất nhỏ 1,3%. Trong số đó có 5 bệnh nhân tổn thương nhân đặc và 3 bệnh nhân tổn thương nhân hỗn hợp. Và 100% bệnh nhân có tổn thương nang trên siêu âm có bờ nang rõ. **Phân độ TIRADS trên siêu âm:** Trên siêu âm TIRADS 1,2,3 chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,5%, 26,3% và 26,1%; TIRADS 4,5 chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,8% và 2,3%. Không có bệnh nhân nào TIRADS 6. **Kết quả chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm (US-GFNA):** Kết quả tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. **Kết quả mô bệnh học:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy bướu giáp đa nhân có tỷ lệ ung thư hóa cao hơn có ý nghĩa so với bướu đơn nhân (78,9% so với 21,1%). Hầu hết ung thư tuyến giáp có cấu trúc là đặc hoặc dạng hỗn hợp, giảm âm trên siêu âm, không gặp ung thư hóa ở nhân tuyến giáp có cấu trúc dạng nang, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê. Về mặt hình ảnh, siêu âm vẫn chưa đủ nói lên tổn thương đó là ác tính hay lành tính và còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khách quan như kinh nghiệm người làm siêu âm, độ phân giải của máy siêu âm... Về mặt tế bào học FNA có thể bỏ sót những thương tổn. Có những thương tổn nhiều nốt, có nốt nằm ở vị trí sâu, trong khi khám lâm sàng và chọc kim nhỏ dễ bỏ sót. Điều này nói lên vai trò của siêu âm trong việc hướng dẫn làm FNA chính xác, giảm thiểu nguy cơ bỏ sót tổn thương. Việc kết hợp FNA dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp bổ sung cho nhau, phần nào tránh

được hạn chế của mỗi phương pháp riêng lẻ. Dùng siêu âm hướng dẫn đảm bảo mẫu được lấy từ nốt yêu cầu và cho phép hướng kim vào trong phần đặc của các nốt dạng nang bán phần, điều đó sẽ cải thiện kết quả chẩn đoán và tăng giá trị chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm thấp, đối với US-FNA có độ nhạy cao hơn, đặc biệt khi kết hợp siêu âm với US-FNA thì độ nhạy và độ chính xác là rất cao. Về phương diện nào đó cả 2 phương pháp bổ sung cho nhau trong việc hạn chế bỏ sót và nhầm lẫn nếu được kết hợp với nhau

V. KẾT LUẬN

BNTG gặp gặp ở độ tuổi trung bình là $51,5 \pm 13,1$, nhóm trên 50 tuổi hay gặp nhất chiếm 61%, nữ gặp nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam: 12/1. Vị trí hay gặp nhất là thùy phải: 252 nhân (40,6%), thùy trái 238 nhân (38,4%), cả 2 thùy 105 nhân (16,9%). Eo gặp 16 nhân (2,6%). Bướu giáp trên lâm sàng chủ yếu độ II,III chiếm tỷ lệ 72%.

Đa số BNTG trên lâm sàng có mật độ mềm (96%), ranh giới rõ (98,4%), di động theo nhịp nuốt (99,8%). Giá trị chẩn đoán khi kết hợp kết quả siêu âm theo phân độ TIRADS với US-GFNA: độ nhạy 94,74%; độ đặc hiệu 67,2%; giá trị tiên đoán dương 50%; giá trị tiên đoán âm 98%; độ chính xác 74,03%..

VI. KHUYẾN NGHỊ

Kết hợp siêu âm và sinh thiết kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nên được tiến hành thường quy trong việc khám và chẩn đoán các thương tổn các bướu nhân tuyến giáp nghi ngờ ung thư tuyến giáp. Đối với tuyến dưới, có thể kết hợp chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn của siêu âm sau đó gửi bệnh phẩm lên BVĐK Ninh Bình sẽ tiết kiệm được thời gian và công sức cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015)**, “Ung thư tuyến giáp”. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa*. Nhà xuất bản y học p 127 - 142.
2. **Bộ Y Tế (2016)**, " Chọc hút bằng kim nhỏ tuyến giáp". *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành giải phẫu bệnh, tế bào học*. Nhà xuất bản y học. p. 23-26, trang: 419 – 422.
3. **Lê Công Định (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm của ung thư tuyến giáp gặp tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Bạch Mai". *Tạp chí Y học Việt Nam*. Số 1(Tập 398): p. 59-62.
4. **Nguyễn Thị Hoa Hồng (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, tế bào học và kết quả mô bệnh học của bướu nhân tuyến giáp" Luận văn thạc sỹ Y học Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Trịnh Thị Thu Hồng, Vương Thừa Đức (2010)**, “Hình ảnh của siêu âm trong dự đoán ung thư bướu giáp đa nhân”. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), 55
6. **Lâm Văn Hoàng (2013)**, “Đánh giá giá trị tiên đoán ác tính của các triệu chứng lâm sàng, siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) tuyến giáp trên bệnh nhân có bướu giáp nhân”. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(3), 55
7. **Phạm Thị Diệu Hương, Nguyễn Minh Hải (2017)**, “Nghiên cứu giá trị kỹ thuật siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp”. *Tạp chí Y Dược quân sự*, số 4, trang: 159 – 166.
8. **Nguyễn Thy Khê, Mai Thế Trạch (2007)**, “Ung thư tuyến giáp”. *Nội tiết học đại cương*. Nhà xuất bản Y học, 198 – 207.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BỆNH ĐỒNG MẮC Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI NINH BÌNH

Đinh Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tần suất một số bệnh đồng mắc ở bệnh nhân BPTNMT tại Bệnh viện Phổi Ninh Bình. Nhận xét mối liên quan giữa một số bệnh đồng mắc với giai đoạn bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện. Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2020. **Kết quả:** Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là nhóm bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 43%. 17% bệnh nhân được chẩn đoán giãn phế quản; 3% có tiền sử lao phổi; 2% có tiền sử hen phế quản và 1% có tiền sử TKMP. 32% bệnh nhân có rối loạn đường huyết đói; 23% có tăng đường huyết >7,0 mmol/l. **Kết luận:** Các bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân tắc nghẽn giai đoạn III, IV và thuộc phân nhóm GOLD C,D. Tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc của BPTNMT tăng dần theo mức độ tắc nghẽn của đường thở, chủ yếu tập trung ở giai đoạn III và IV. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh đồng mắc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là “một bệnh phổ biến có thể phòng và điều trị được, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và hạn chế luồng thông khí do đường thở và/hoặc bất thường phế nang gây ra bởi sự tiếp xúc thường xuyên với hạt hoặc khí độc hại. Các bệnh đi kèm có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng và tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT”. BPTNMT hiếm khi là bệnh mạn tính đơn độc, mà thường phối hợp với nhiều bệnh lý khác ở phổi và toàn thân như giãn phế quản, hen, suy tim, suy dinh dưỡng, loãng xương, trầm cảm, rối loạn lo âu...những bệnh lý này được gọi là bệnh đồng mắc. Các bệnh đồng mắc thường là nguyên nhân làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở giai đoạn đầu, làm tăng tỷ lệ tàn phế và tử vong ở bệnh nhân giai đoạn cuối, tăng gánh nặng về kinh tế và xã hội.[1]

Từ những thực tế trên, việc nghiên cứu về mối liên quan giữa bệnh lý đồng mắc và BPTNMT đã trở thành vấn đề quan trọng, cần thiết đối với các bác sỹ lâm sàng, giúp đưa ra chẩn đoán, tiên lượng và điều trị đúng, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân BPTNMT. Hướng dẫn của Chiến lược toàn cầu về chẩn đoán, quản lý và phòng ngừa BPTNMT (GOLD) cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện bệnh đồng mắc [2]. Hiện nay, ở Việt Nam có khá nhiều nghiên cứu BPTNMT nhưng ít có công trình nghiên cứu về mối liên quan giữa các bệnh đồng mắc và BPTNMT.

Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Nghiên cứu một số bệnh đồng mắc ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Ninh Bình**” với mục tiêu:

- Xác định tần suất một số bệnh đồng mắc ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Ninh Bình.

- Nhận xét mối liên quan giữa một số bệnh đồng mắc với giai đoạn bệnh của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn mẫu thuận tiện được 100 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2020 với tiêu chí:

- + Khó thở, ho mạn tính, tiết đờm mạn tính
- + Có tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp dưới nhiều lần và/ hoặc có tiền sử có các yếu tố nguy cơ (hút thuốc, tiếp xúc với khói bụi, gen).
- + Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau khi dùng thuốc giãn phế quản: chỉ số Gaensler FEV1/FVC<70%.

¹ Bệnh viện Phổi Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: BSCKII. Đinh Thị Thu Hiền, phó giám đốc- Bệnh viện Phổi Ninh Bình;

Tel: 0912828369; Email: bs.hienninhbinh@gmail.com

Bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Phổi Ninh Bình từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 đủ thông tin cung cấp cho mẫu bệnh án nghiên cứu: kết quả chức năng hô hấp sau test giãn phế quản, điểm mMRC, CAT, thông tin tiền sử.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính < 1 năm. Các BN không đủ thông tin cung cấp cho mẫu bệnh án nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu.

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi tính theo năm, giới (nam, nữ).
- Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lá: tình trạng hút thuốc (không hút, đã bỏ, đang hút). Số bao-năm.

- Thời gian mắc bệnh BPTNMT (tính theo năm).
- Số đợt cấp trong 12 tháng vừa qua: số đợt cấp, số đợt cấp nằm viện.
- Các bệnh đồng mắc đã được chẩn đoán và điều trị.
- Triệu chứng cơ năng: khó thở, ho, khạc đờm, nặng ngực, khò khè, triệu chứng khác,...Điểm CAT, mMRC.

- Khám thực thể: đo huyết áp, cân nặng, chiều cao, tính BMI, phát hiện lồng ngực hình thùng, các loại ran ở phổi (ran ẩm, ran nổ, ran rít, ran ngáy), rì rào phế nang giảm, phù chân, gan to, harzer (+), triệu chứng khác...

- Các kết quả xét nghiệm: cấy lớp vi tính lồng ngực, công thức máu, sinh hóa máu (Glucose, HbA1C, lipid máu ...), điện tim, siêu âm tim.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin trích từ hồ sơ bệnh án và phiếu thu thập số liệu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS.16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Những thông tin có được từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

- Số liệu được báo cáo dưới dạng bảng hoặc biểu đồ tổng hợp đảm bảo tính bảo mật cá nhân.

- Nghiên cứu chỉ là quan sát dựa vào hồ sơ bệnh án, hoàn toàn không can thiệp quá trình điều trị.

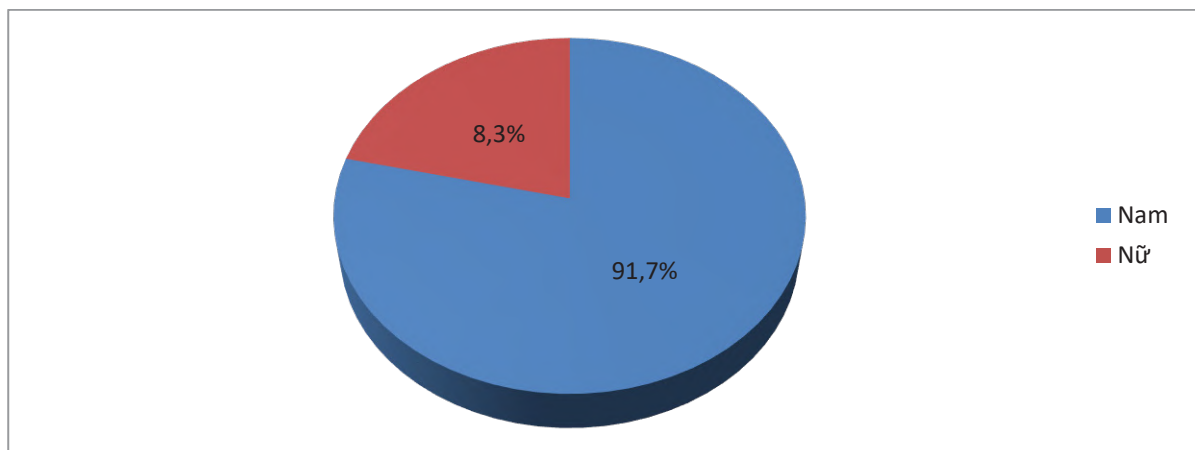
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=100)

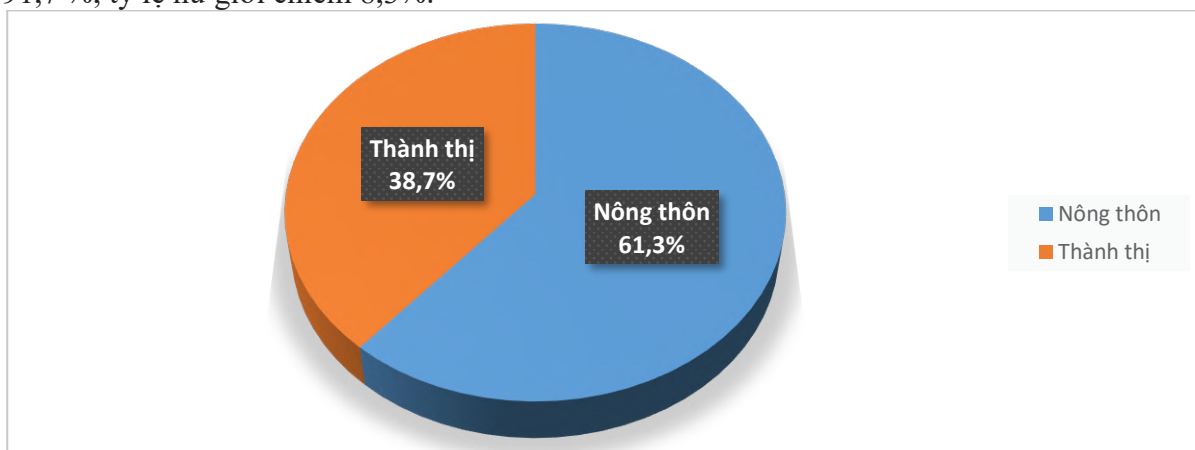
Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
40 - 49	3	3
50 - 59	6	6
60 - 69	31	31
70 - 79	42	42
≥ 80	18	18
Tổng	100	100
Tuổi TB	71,0 ± 8,0	

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 71,0 ± 8,0 tuổi; cao nhất là 95, thấp nhất là 41 tuổi. Nhóm BN từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42%); nhóm BN từ 40 - 49 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%).



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu (n = 100)

Nhận xét: Trong 100 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế 91,7 %, tỷ lệ nữ giới chiếm 8,3%.



Biểu đồ 2. Phân bố nơi cư trú của nhóm nghiên cứu (n = 100)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân cư trú ở nông thôn chiếm ưu thế với 61,3%, tỷ lệ cư trú thành thị là 38,7%

Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu (n = 100)

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá /thuốc lào	77	77
Khói than, bếp củi, bụi CN	18	18
TS gia đình bị COPD	5	5

Nhận xét: Trong số các yếu tố nguy cơ của bệnh: hút thuốc lá, thuốc lào chiếm 77%; tiền sử tiếp xúc khói bụi độc hại là 18%; tiền sử gia đình mắc COPD có 5%.

3.2. Đặc điểm một số bệnh đồng mắc ở bệnh nhân BPTNMT

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo các bệnh lý hô hấp (n = 100)

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Giãn phế quản	17	17
Lao phổi	3	3
Hen	2	2
TKMP	1	1

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có 17% bệnh nhân được chẩn đoán giãn phế quản; 3% số bệnh nhân có tiền sử lao phổi; 2% số bệnh nhân có tiền sử hen phế quản và 1% có tiền sử TKMP.

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo hình ảnh X-quang (n = 100)

Hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Phổi bản	37	37
Hội chứng giãn phế nang	68	68

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 100/100 bệnh nhân có phim chụp X – quang thì trong đó 2 hình ảnh hay gặp nhất là hình ảnh phổi bản (37%), và hội chứng giãn phế nang (68%).

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo các mức độ tăng đường máu (n = 100)

Glucose máu(mmol/l)	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 5,6	45	45
5,6-7,0	32	32
>7,0	23	23
Tổng	100	100

Nhận xét: Trong 100 bệnh nhân được làm xét nghiệm đường máu lúc đói; có 45% bệnh nhân có đường huyết lúc đói bình thường có 32% bệnh nhân có rối loạn đường huyết đói ($5,6 < \text{ĐH} \text{đói} < 7,0 \text{ mmol/l}$); 23% có tăng đường huyết $>7,0 \text{ mmol/l}$.

Bảng 6. Triệu chứng cơ năng (n = 100)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ho	93	93
Khạc đờm	88	88
Khó thở	94	94
Khò khè	14	14
Nặng ngực	30	30

Nhận xét: Trong 100 bệnh nhân BPTNMT được khảo sát, triệu chứng cơ năng thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT là ho, khó thở, khạc đờm lần lượt theo tỷ lệ là 93%; 88%; 94%. Các triệu chứng ít gặp hơn là nặng ngực và khò khè với tỷ lệ là 30%; 14%.

Bảng 7. Triệu chứng thực thể (n = 100)

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ %
Lồng ngực hình thùng	23	23
RRPN giảm	86	86
Ral nổ, ral ẩm	80	80
Ral rít, ral ngáy	54	54
Phù	17	17
Harzer (+)	47	47

Bảng 8. Phân bố số lượng bệnh đồng mắc theo mức độ tắc nghẽn đường thở BPTNMT (n = 100)

Số bệnh đồng mắc	Giai đoạn	GOLD I	GOLD II	GOLD III	GOLD IV
0	N	1	4	5	3
	%	12,5	16,6	10,0	16,66
1	N	4	6	12	4
	%	50,0	25,0	24,0	22,22
2	N	1	6	15	5
	%	12,5	25,0	30,0	27,7
3	N	1	4	8	4
	%	12,5	16,6	16,0	22,22
4	N	1	2	7	1
	%	12,5	8,3	14,0	5,55
5	N	0	2	3	1
	%	0	8,3	6,0	5,55
Tổng	N	8	24	50	18
	%	100	100	100	100

Nhận xét: Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân, số bệnh đồng mắc tăng dần theo mức độ tắc nghẽn đường thở, trong đó GOLD giai đoạn III có số bệnh và tỷ lệ bệnh đồng mắc cao nhất chiếm 50/100 bệnh nhân. Hầu hết các bệnh nhân có 2,3,4 bệnh đồng mắc đều tập trung ở giai đoạn này.

Bảng 9. Phân bố tỷ lệ một số bệnh đồng mắc theo mức độ nặng của BPTNMT

	A		B		C		D		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hen	1	1	2	2	2	2	2	2	7	7
GPQ	5	5	6	6	5	5	7	7	23	23
U phổi	1	1	0	0	1	1	1	1	3	3
THA	7	7	13	13	15	15	8	8	43	43
Suy tim	0	0	0	0	1	1	3	3	4	4
ĐTĐ	2	2	6	6	8	8	2	2	18	18

Nhận xét: Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân, tỷ lệ các bệnh đồng mắc của BPTNMT tăng dần theo mức độ nặng của BPTNMT, chủ yếu tập trung ở GOLD nhóm C và D, các nhóm bệnh như tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó THA có số lượng bệnh nhân cao nhất là 43 chiếm tỷ lệ 43%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu phản ánh đúng tình trạng dịch tễ học của BPTNMT ở Việt Nam là nam mắc nhiều hơn nữ. Nguyên nhân này là do tình trạng hút thuốc lá, thuốc lào ở nam giới cao hơn nhiều lần so với nữ giới. Trong khi đó ở nước ngoài, tỷ lệ hút thuốc ở 2 giới là gần tương đương nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Dương Thị Hoài (2013; n = 164) nam giới chiếm 92,1%, nữ giới chiếm 7,9%; Nguyễn Thị Thùy Dung (2020; n = 185) tỷ lệ nam là 93,5% và nữ là 14,6%. Đối với các nghiên cứu nước ngoài, tỷ lệ mắc giữa nam và nữ không có sự chênh lệch nhiều, như nghiên cứu của Chetty và CS (2017) tỷ lệ mắc của bệnh nhân nam là 46,4%, nữ là 53,6%. Một nghiên cứu khác tương tự của Crisafulli và CS (2008) với tỷ lệ bệnh nhân nam là 72,5%, tỷ lệ bệnh nhân nữ là 27,4%.

Đặc điểm về tuổi theo nghiên cứu phù hợp với các y văn và nhiều công trình nghiên cứu về tuổi mắc BPTNMT thường gặp là trên 40 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Dương Thị Hoài (2013). Tuổi được xếp vào trong các yếu tố nguy cơ của BPTNMT. Theo định nghĩa của BPTNMT, tình trạng tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn là do tiếp xúc với khí và phân tử độc hại, đặc biệt là khói bụi, thuốc lá trong thời gian dài gây viêm liên tục dẫn đến viêm mạn tính. Như vậy tuổi đời cao đồng nghĩa thời gian tiếp xúc với yếu tố nguy cơ càng nhiều, tổn thương cấu trúc đường thở ngày càng lớn, hậu quả là bệnh tiến triển ngày càng nặng. Mặt khác tuổi càng cao tình trạng lão hóa của cơ thể và đường thở càng lớn, hoạt động chức năng của các cơ quan suy giảm, khả năng đề kháng đối với bệnh tật càng kém, cơ thể tích lũy ngày càng nhiều yếu tố độc hại. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy quá trình lão hóa của cơ thể bắt đầu diễn ra ở tuổi 30, trong đó quá trình lão hóa của cơ quan hô hấp diễn ra từ tuổi. Ngoài ra tuổi cao làm tăng nguy cơ mắc các bệnh đồng mắc khác như tim mạch, tâm thần, cơ xương khớp... dẫn đến việc điều trị và quản lý BPTNMT ngày càng khó khăn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh đồng mắc cao nhất là 5, bệnh nhân có 1 bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là 39%; bệnh nhân có 5 bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2%. Số bệnh nhân mắc ít nhất 1 bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ 39%, số bệnh nhân không có bệnh đồng mắc đi kèm chiếm 25%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Chetty và CS (2017) có tỷ lệ bệnh đồng mắc là 86%, Phí Thị Nga (2013) 81,9%. Nghiên cứu của Vanfleteren và CS (2013) phát hiện 97,7% bệnh nhân có mắc ít nhất 1 bệnh đi kèm và 53,5% bệnh nhân được chẩn đoán có 4 bệnh đồng mắc trở lên.

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả về tỷ lệ mắc hay gặp nhất ở các nhóm bệnh như tim mạch, chuyển hóa, rối loạn tâm thần như Nguyễn Thị Thùy Dung (2020) có tỷ lệ RLLPM là 53%, THA chiếm 43,2%; rối loạn nhịp tim 24,9%; rối loạn lo âu 22,7%; trầm cảm 21,1%; đái tháo đường 16,8%. 152 Nghiên cứu của Phạm Văn An (2017) RLLPM chiếm tỷ lệ

54,5%; THA 27,5%; RLNT 41,8%; đái tháo đường 18,2%.175 Chetty và CS (2017) THA chiếm 35,5%; hen phế quản 21,4%; bệnh ĐMV 20,8%; đái tháo đường 12,2%. Tần suất mắc của các bệnh đồng mắc khác nhau trong từng nghiên cứu nguyên nhân là do khác nhau về lựa chọn đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu và cách đánh giá, tuy nhiên kết quả sai lệch giữa các nghiên cứu không lớn, vẫn đánh giá đúng tình trạng tỷ lệ bệnh đồng mắc thường gặp.

BPTNMT là bệnh mạn tính với triệu chứng cơ năng thường gặp ở bệnh là ho, khó thở, khạc đờm. Nghiên cứu này cho kết quả cao hơn của tác giả Đào Ngọc Phú (2017) cho tỷ lệ tương tự với tần suất của ho, khó thở, khạc đờm là 70,5%; 97,7%; 75%. Tương tự với kết quả của Phí Thị Nga (2013) với tỷ lệ ho là 99,3%; khạc đờm 93,8% và khó thở 92,3%. Các triệu chứng thực thể tương tự với kết quả của Đào Ngọc Phú (2017), với triệu chứng lòng ngực hình thùng tỷ lệ 25%; RRPN giảm 95,5%; ran rít 43,2%, ran ngáy 45,5%.

Theo phân chia mức độ tắc nghẽn đường thở của GOLD 2020, tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi theo mức độ tắc nghẽn đường thở cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Phí Thị Nga (2013) với tỷ lệ GOLD I, GOLD II, GOLD III, GOLD IV lần lượt là 6,9%; 31,9%; 18,1%; 43,1%.

Nghiên cứu về mối liên quan giữa mức độ tắc nghẽn đường thở và số lượng các bệnh đồng mắc, chúng tôi thấy số bệnh đồng mắc tăng dần theo mức độ tắc nghẽn đường thở. Tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc của BPTNMT tăng dần theo mức độ tắc nghẽn của đường thở, chủ yếu tập trung ở tắc nghẽn giai đoạn III và IV, đặc biệt là nhóm bệnh tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dung (2020) là bệnh nhân có rối loạn lipid máu tập trung ở tắc nghẽn giai đoạn I, II. Hen phế quản chiếm tỷ lệ 44,4%, cao nhất ở nhóm bệnh nhân tắc nghẽn giai đoạn I và giảm dần theo mức độ tắc nghẽn tăng dần. Tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc của BPTNMT tăng dần theo mức độ nặng của đường thở, chủ yếu tập trung ở nhóm GOLD C,D.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu này cho thấy mối quan hệ phức tạp giữa BPTNMT và các bệnh đồng mắc. Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 43%. Các bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân tắc nghẽn giai đoạn III, IV và thuộc phân nhóm GOLD C,D. Tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc của BPTNMT tăng dần theo mức độ tắc nghẽn của đường thở, chủ yếu tập trung ở tắc nghẽn giai đoạn III và IV.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân có BPTNMT là yếu tố thuận lợi mắc các bệnh đồng mắc khác. Triệu chứng lâm sàng của BPTNMT đôi khi trùng lặp và có thể chịu tác động của các bệnh đồng mắc. Vì vậy các thầy thuốc lâm sàng nên thăm khám kỹ và đưa ra chẩn đoán, tiên lượng, điều trị đúng để tránh gây ra hậu quả không mong muốn. Đối với bệnh nhân BPTNMT có bệnh đồng mắc, cần phải phát hiện và quản lý sớm các bệnh phối hợp để nâng cao hiệu quả điều trị BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Update 2020.** <http://www.goldcopd.org>
2. **Koskela J, Kilpeläinen M, Kupiainen H, et al (2014).** *Co-morbidities are the key nominators of the health related quality of life in mild and moderate* Pulm Med, 14:102.
3. **Barbara Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al (2013).** *Clusters of Comorbidities Based on Validated Objective Measurements and Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Am J Respir Crit Care Med, 187(7):728–35
4. **Dương Thị Hoài (2013).** *Nhận xét một số bệnh đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn và mạn tính – Bệnh viện Bạch Mai,* Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thùy Dung (2020).** *Nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh lý đồng mắc với mức độ nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo phân loại của GOLD 2019,* Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Chetty U, McLean G, Morrison D, et al (2017).** *Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care.* Br J Gen Pract, 67(658):e32

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TRỰC TUYẾN CỦA CÁC CƠ SỞ SẢN XUẤT, KINH DOANH THỰC PHẨM THUỘC NGÀNH Y TẾ QUẢN LÝ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NINH BÌNH TRONG NĂM 2022-2023

Vũ Mạnh Dân ^{1*}, Nguyễn Thị Hương, Đào Thị Kim Oanh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh Ninh Bình trong năm 2022 – 2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu số liệu đối với 100 người đại diện (NDD) và là người thực hiện nộp hồ sơ TTHC về cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP đối với cơ sở sản xuất thực phẩm, kinh doanh dịch vụ ăn uống thuộc thẩm quyền của UBND tỉnh. **Kết quả:** 100% hồ sơ cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP được giải quyết đúng hạn và trước hạn; 30% NDD cho biết cơ sở của mình đã nộp hồ sơ qua môi trường mạng internet; 70% NDD vẫn thực hiện theo hình thức trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh; 68% NDD cho rằng các TTHC đã được niêm yết công khai tại bảng tin và trang thông tin điện tử; 93% NDD cho biết quy trình và thủ tục dễ hiểu, dễ thực hiện; 78% NDD cho biết phí và lệ phí đã được công khai; và 88% NDD đánh giá cán bộ tiếp nhận và trả kết quả chuyên nghiệp, thân thiện và hiệu quả; 40% NDD cho biết vẫn đến trực tiếp Trung tâm phục vụ hành chính công; 60% người nhận được kết quả qua đường bưu điện 90% NDD cho biết dễ dàng tải các biểu mẫu giấy tờ về để khai báo thông tin, tuy nhiên chưa thực hiện ký số trên đơn, tờ khai; vẫn còn 28% NDD cho biết cơ sở phải đi lại trên 02 lần để giải quyết TTHC của cơ sở. **Kết luận:** Công tác giải quyết TTHC về ATTP đã được Chi cục triển khai tuân thủ theo đúng yêu cầu; tiếp tục đẩy mạnh việc tiếp nhận và giải quyết TTHC qua dịch vụ công trực tuyến; thực hiện ký số kết quả giải quyết TTHC của đơn vị, số hoá hồ sơ; phối hợp với VNPT để nâng cấp, chỉnh sửa, bổ sung đảm bảo hệ thống thông tin dịch vụ công vận hành ổn định.

Từ khóa: Thủ tục hành chính, an toàn thực phẩm, dịch vụ công, Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch vụ công trực tuyến ngày càng trở nên phổ biến và được nhiều người dân sử dụng bởi những lợi ích mà nó đem lại trong việc hỗ trợ giải quyết các thủ tục hành chính (TTHC) công trên môi trường mạng. Việc ứng dụng dịch vụ công trực tuyến (DVCTT) được xem là khâu quan trọng, then chốt trong tiến trình cải cách hành chính và triển khai Chính phủ điện tử [1].

Trong lĩnh vực an toàn thực phẩm (ATTP) - dinh dưỡng, Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm - Sở Y tế là cơ quan được giao thực hiện có 04 TTHC thuộc thẩm quyền giải quyết của cấp tỉnh [4], tuy nhiên cho đến hết năm 2023 mới chỉ phát sinh hồ sơ của một TTHC đó là thủ tục cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP đối với cơ sở sản xuất thực phẩm, kinh doanh dịch vụ ăn uống thuộc thẩm quyền giải quyết của UBND cấp tỉnh. Theo kết quả báo cáo công tác ATTP năm 2022- 2023, Chi cục đã tiếp nhận và giải quyết cấp 177 Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP cho 177 tổ chức, cá nhân sản xuất, kinh doanh thực phẩm theo phân cấp quản lý theo mức độ dịch vụ công một phần từ Trung tâm Phục vụ hành chính công của tỉnh chuyển về.

Đề tài mô tả thực trạng việc sử dụng DVCTT trong giải quyết TTHC về ATTP do Chi cục thực hiện với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh Ninh Bình trong năm 2022 – 2023
2. Đề xuất một số giải pháp nâng cao việc sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

^{1*} Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: Vũ Mạnh Dân - Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Ninh Bình.

Địa chỉ: số 03, đường Tràng An, phường Đông Thành, TP. Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình.

Số điện thoại: 0388.333.896

Email: vumanhdannb@gmail.com

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng tháng 04 đến tháng 10/2024 tại Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Là chủ cơ sở hoặc người được giao trách nhiệm quản lý (gọi chung là người đại diện) của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm do Chi cục quản lý.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Là người đại diện (NDD) và là người thực hiện nộp hồ sơ TTHC về cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP đối với cơ sở sản xuất thực phẩm, kinh doanh dịch vụ ăn uống thuộc thẩm quyền của UBND tỉnh. NDD đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: NDD tại các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm nêu trên đang ngừng hoạt động trong thời gian nghiên cứu. NDD không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu số liệu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp định tính

2.3.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

a) Nghiên cứu định lượng

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Ta có $n = 100$.

b) Nghiên cứu định tính

Sử dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích phỏng vấn sâu 18 NDD.

c) Các biến số nghiên cứu

- Các biến số trong nghiên cứu định lượng: Thời hạn và thành phần hồ sơ cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP; mức độ hiểu biết các yêu cầu các nội dung trong thành phần hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP; hiểu biết về dịch vụ công, dịch vụ công trực tuyến và các nội dung liên quan; Hình thức thực hiện nộp hồ sơ giải quyết TTHC về ATTP trong năm 2022-2023; đánh giá về việc sử dụng dịch vụ công và các nội dung liên quan; quá trình tiếp nhận và giải quyết TTHC.

- Các biến số trong nghiên cứu định tính: Hiểu biết sâu về thành phần hồ sơ, việc tìm kiếm thông tin và quá trình nộp hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP; hiểu biết về công dịch vụ công và thực hiện nộp hồ sơ trên cổng dịch vụ công; khó khăn, vướng mắc trong quá trình sử dụng dịch vụ công.

2.3.3. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Gửi phiếu phát vấn trực tiếp qua ứng dụng thu thập thông tin trực tuyến cho NDD. Phỏng vấn NDD qua điện thoại hoặc ứng dụng mạng xã hội.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch trước khi nhập số liệu bằng cách loại bỏ những phiếu điều tra không hợp lệ: rách, không đầy đủ thông tin, trả lời thiếu hoặc thừa thông tin, thông tin không rõ ràng.

- Sử dụng phần mềm Epidata để nhập dữ liệu và phân tích số liệu.

- Các biến số được xác định tần số, tỉ lệ phần trăm để mô tả các giá trị của đối tượng nghiên cứu.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

- Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

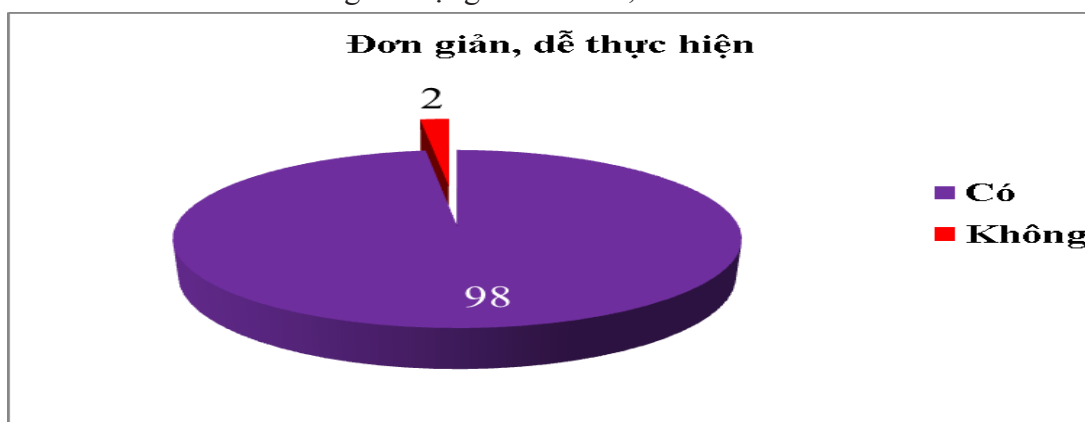
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm

STT	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Loại hình sản xuất, kinh doanh		
1.1	Sản xuất thực phẩm	24	24,0
1.2	Kinh doanh dịch vụ ăn uống	76	76,0
	Cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống	65	65,0
	Cơ sở chế biến suất ăn sẵn	11	11,0
2	Phân bố trên địa bàn các huyện, thành phố		
	Huyện Nho Quan	05	5,0
	Huyện Gia Viễn	11	11,0
	Huyện Hoa Lư	28	28,0
	TP. Ninh Bình	40	40,0
	TP. Tam Điệp	06	6,0
	Huyện Yên Mô	03	3,0
	Huyện Yên Khánh	04	4,0
	Huyện Kim Sơn	03	3,0

Qua khảo sát 100 cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm, kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy có đến 76 cơ sở (chiếm 76%) là các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, còn lại 24% là cơ sở thuộc loại hình sản xuất nước khoáng thiên nhiên, nước uống đóng chai và nước đá dùng liền. Việc phân bố của cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm trên địa bàn các huyện, thành phố thì kết quả tại bảng 3.1 cho thấy: trên địa bàn TP. Ninh Bình có nhiều người đại diện nhất với 40 cơ sở, chiếm 40%; tiếp đến là huyện Hoa Lư với 28% cơ sở, thấp nhất là huyện Yên Mô và Kim Sơn với cùng số lượng là 03 cơ sở, chiếm 3%.



Biểu đồ 1. Đánh giá mức độ đơn giản, dễ thực hiện khi khai báo các thông tin trên đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận

3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh Ninh Bình trong năm 2022 - 2023

Đánh giá về việc kê khai các thông tin trong đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP tại biểu đồ 3.1 có 98% NDD cho biết là đơn giản và dễ thực hiện.

Bảng 2. Hiểu biết yêu cầu các nội dung trong thành phần hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP

TT	Hiểu biết yêu cầu các nội dung trong thành phần hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị cần có các nội dung nào sau đây		
	- Mô tả về quy mô, diện tích	75	75,0
	- Mô tả chi tiết về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị dụng cụ dùng trong quá trình sản xuất/sơ chế, chế biến, phục vụ ăn uống	95	95,0
	- Thông tin về nguồn nước, nước đá	60	60,0

2	Có cần thiết phải có mẫu chung để hướng dẫn việc thuyết minh cơ sở vật chất, trang thiết bị	98	98,0
3	Hình thức tập huấn kiến thức về ATTP cho nhân viên của cơ sở		
	- Cơ sở tự tập huấn	32	32,0
	- Nhờ cơ quan chuyên môn tập huấn	68	68,0
4	Hình thức lựa chọn khi làm thủ tục cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP gần đây nhất		
	- Tự thực hiện	32	32,0
	- Nhờ cơ quan chuyên môn hướng dẫn	68	68,0

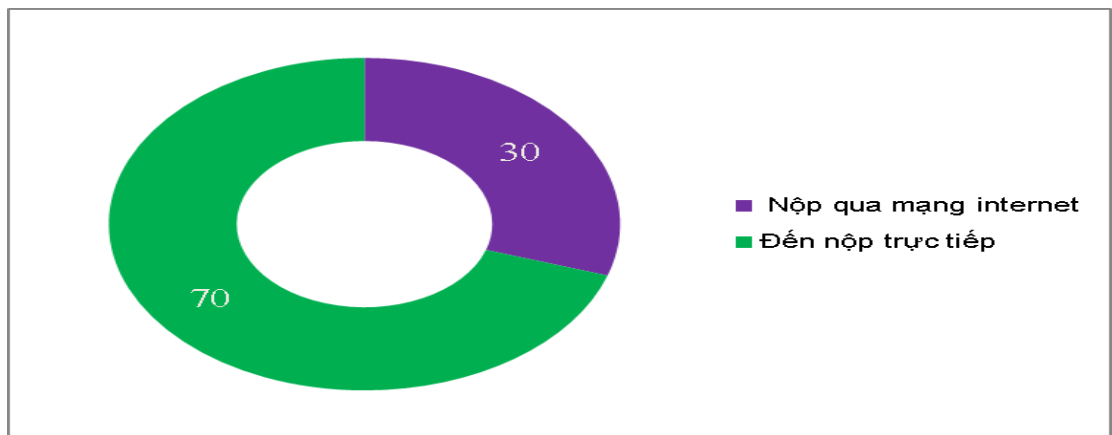
Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 98% NĐD đồng ý với nhận định cần thiết phải có mẫu chung để hướng dẫn việc thuyết minh cơ sở vật chất, trang thiết bị. có đến 68% NĐD cho rằng vẫn đang nhờ cơ quan chuyên môn hướng dẫn khi thực hiện TTHC.

Bảng 3. Hiểu biết về dịch vụ công, dịch vụ công trực tuyến và các nội dung liên quan

TT	Hiểu biết về dịch vụ công, dịch vụ công trực tuyến và các nội dung liên quan	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Hiểu đúng thế nào là dịch vụ hành chính công		
	- Là những dịch vụ liên quan đến hoạt động thực thi pháp luật, không nhằm mục tiêu lợi nhuận.	35	35,0
	- Do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho tổ chức, cá nhân dưới hình thức các loại giấy tờ có giá trị pháp lý hoặc dưới hình thức thông báo kết quả thực hiện trong các lĩnh vực mà cơ quan nhà nước đó quản lý	85	85,0
2	Hiểu đúng khái niệm DVCTT là dịch vụ hành chính công và các dịch vụ khác của cơ quan nhà nước được cung cấp cho các tổ chức, cá nhân trên môi trường mạng	90	90,0
3	Đã từng nghe hoặc biết đến Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh	100	100

Đã có 90% NĐD hiểu đúng khái niệm về DVCTT là dịch vụ hành chính công và các dịch vụ khác của cơ quan nhà nước được cung cấp cho các tổ chức, cá nhân trên môi trường mạng

100% NĐD được phát vấn đều trả lời đã từng nghe hoặc biết đến Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh Ninh Bình.



Biểu đồ 2. Thực tế hình thức thực hiện nộp hồ sơ giải quyết thủ tục hành chính về ATTP trong năm 2022-2023

Về thực tế hình thức lựa chọn khi nộp hồ sơ giải quyết TTHC về ATTP trong năm 2022-2023 cho thấy: mới chỉ có 30% NĐD cho rằng cơ sở của mình đã nộp hồ sơ qua môi

trường mạng internet; 70% NĐD cho biết đơn vị vẫn thực hiện theo hình thức nộp trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh

Bảng 4. Đánh giá về quá trình tiếp nhận và giải quyết TTHC

TT	Đánh giá về quá trình tiếp nhận và giải quyết TTHC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Hình thức nhận kết quả giải quyết TTHC		
	- Trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công	40	40,0
	- Qua bưu điện	60	60,0
2	Khi thực hiện nộp hồ sơ thực hiện TTHC có nhận được giấy tiếp nhận và trả kết quả	100	100
3	Thời hạn nhận được kết quả giải quyết TTHC của đơn vị		
	- Trước hạn	13	13,0
	- Đúng hạn	87	87,0
4	Hình thức nộp hồ sơ và trả kết quả giải TTHC phù hợp với đơn vị mình		
	- Theo hình thức trực tiếp	22	22,0
	- Theo hình thức trực tuyến	15	15,0
	- Theo cả hình thức trực tiếp và trực tuyến	63	63,0

Về hình thức nhận kết quả giải quyết TTHC về cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP thì có 40% NĐD cho biết vẫn đến trực tiếp Trung tâm phục vụ hành chính công; 60% NĐD chỉ biết nhận được kết quả qua đường bưu điện. Về nhận định hình thức phù hợp để nộp hồ sơ và trả kết quả giải quyết TTHC thì có 22% NĐD vẫn muốn làm theo hình thức trực tiếp; 15% NĐD muốn theo hình thức trực tuyến và có 63% NĐD muốn kết hợp cả 02 hình thức trực tuyến và trực tiếp.

Bảng 5. Đánh giá mức độ hài lòng khi thực hiện TTHC

TT	Đánh giá mức độ hài lòng khi thực hiện TTHC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Số lần phải đi lại để giải quyết TTHC		
	- Đi lại 01 lần (khi nộp hồ sơ)	42	42,0
	- Đi lại 02 lần (01 lần nộp hồ sơ, 01 lần nhận kết quả)	23	23,0
	- Đi lại 03 lần (01 lần nộp hồ sơ, 01 lần bổ sung hồ sơ và 01 lần nhận kết quả)	5	5,0
	- Khác (ghi rõ): Nộp online không cần đi lại	30	30,0
2	Không bị những nhiễu, gây khó khăn trong quá trình giải quyết TTHC	98	98,0

Đề giải quyết xong TTHC tại đơn vị, có 30% NĐD cho biết đơn vị không phải đi lại (nộp online và nhận kết quả qua đường bưu điện); có 42% NĐD cho biết cơ sở chỉ phải đi lại 01 lần khi đi nộp hồ sơ ban đầu; 23% NĐD cho biết cơ sở phải đi lại 02 lần và vẫn còn 5% NĐD cho biết cơ sở phải đi lại 03 lần mới thực hiện xong TTHC.

Có đến 98% NĐD đánh giá không bị những nhiễu, gây khó khăn trong quá trình giải quyết TTHC.

3.3. Đề xuất một số giải pháp nâng cao việc sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh

- Phát huy vai trò, trách nhiệm của người đứng đầu trong việc dành thời gian, công sức quan tâm chỉ đạo, lãnh đạo, tổ chức thực hiện, giám sát, kiểm tra, đôn đốc, tháo gỡ khó khăn, kịp thời biểu dương, khen thưởng và xử lý những vi phạm, khuyết điểm.

- Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phổ biến khuyến khích người dân, doanh nghiệp thay đổi thói quen nộp, nhận hồ sơ thông qua Cổng dịch vụ công quốc gia và Hệ thống thông tin một cửa điện tử của tỉnh hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích.

- Các cơ quan, đơn vị tổ chức hội nghị đối thoại, lồng ghép để phổ biến các quy định về kiểm soát TTHC.

- Tiếp tục nghiên cứu, đề xuất cắt giảm tối đa các quy định kinh doanh, TTHC.

- Tiếp tục đổi mới, nâng cao chất lượng hoạt động của Trung tâm phục vụ hành chính công và Bộ phận một cửa các cấp.

- Đẩy mạnh số hóa hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC.

- Tiếp tục quan tâm, đầu tư phát triển hệ thống hạ tầng công nghệ thông tin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Qua khảo sát 100 cơ sở, kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 76 cơ sở (chiếm 76%) là các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, còn lại 24% là cơ sở thuộc loại hình sản xuất nước khoáng thiên nhiên, nước uống đóng chai và nước đá dùng liền. Kết quả nghiên cứu này phản ánh đúng, đầy đủ về tình hình và thực trạng sản xuất, kinh doanh sản phẩm thực phẩm do ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh và kết quả cũng cho thấy Chi cục đã và đang thực hiện theo đúng quy định về phân công, phân cấp quản lý theo Quyết định số 44/2019/QĐ-UBND ngày 12/11/2019 của UBND tỉnh Ninh Bình [3].

Theo thống kê trong 02 năm 2022 - 2023, trong số 100 tổ chức, cá nhân đã thực hiện TTHC về xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP, thì trên địa bàn TP. Ninh Bình có nhiều cơ sở nhất với 40 cơ sở, chiếm 40%; tiếp đến là huyện Hoa Lư với 28 cơ sở, chiếm 28%, thấp nhất là huyện Yên Mô và Kim Sơn với cùng số lượng là 03 cơ sở, chiếm 3%. Kết quả nghiên cứu này cũng một lần nữa làm rõ, phản ánh đúng thực trạng phân bố các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm do Chi cục quản lý trên địa bàn các huyện, thành phố.

Về trình độ học vấn của NĐD có đến gần 80% có trình độ từ trung cấp, cao đẳng trở lên, điều này là tiền đề quan trọng, yếu tố quyết định để đưa ra các giải pháp can thiệp, tác động phù hợp nhằm đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong việc giải quyết các TTHC nói chung và TTHC về ATTP nói riêng.

Qua kết quả khảo sát thời gian tham gia sản xuất thực phẩm hoặc kinh doanh dịch vụ ăn uống cho thấy có trên 63% NĐD có thời gian làm việc từ 05 năm trở lên, điều này cho thấy sự phát triển ổn định của cơ sở, có sự gắn bó mật thiết, lâu dài với lĩnh vực mà NĐD đang làm và theo đuổi. Đây là một kênh thông tin, là cơ sở để chúng ta xây dựng các chính sách, nội dung truyền thông nhằm giúp cho NĐD ngày càng thấy được sự tiện ích, ưu việt của việc sử dụng DVCTT trong việc giải quyết TTHC về ATTP nói chung và các TTHC khác khi cơ sở có nhu cầu, góp phần quan trọng để thực hiện thành công nhiệm vụ chuyển đổi số đang được Chính phủ và các bộ, ban, ngành, UBND các cấp tập trung triển khai trong thời gian vừa qua.

4.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ công trực tuyến tại tuyến tỉnh của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc ngành Y tế quản lý trên địa bàn tỉnh Ninh Bình trong năm 2022 – 2023

Để nắm được yêu cầu và nội dung công việc cần phải làm khi sử dụng DVCTT đối với các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thì trước tiên NĐD cần phải nắm rõ khi nào cần phải làm và TTHC đó cần các giấy tờ gì? Theo kết quả nghiên cứu về hiểu biết của NĐD về thời hạn và thành phần hồ sơ xin Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP [4], cho thấy:

- 100% NĐD đều nắm rõ thời hạn của Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP là 03 năm, việc nắm rõ thời hạn của Giấy chứng nhận là điều vô cùng quan trọng để NĐD bố trí thời gian và chuẩn bị các giấy tờ liên quan kịp thời làm lại khi Giấy chứng nhận của cơ sở sắp hết hạn.

- Có 98% NĐD nắm rõ trong thành phần hồ sơ là cần có đơn đề nghị cấp Giấy, bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh; 99% NĐD biết được cần phải có bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị và giấy khám sức khỏe.

“Thành phần hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP gồm: Đơn đề nghị cấp Giấy; bản sao giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh, bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị, Giấy khám sức khỏe và danh sách xác nhận tập huấn kiến kiến về ATTP” (PVS NĐD1)

“Khi thực hiện TTHC tôi đã chủ động liên hệ với Chi cục để được hướng dẫn nên đã nắm rõ thành phần hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP” (PVS NĐD2; NĐD12)

Bên cạnh đó kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có đến 98% NĐD đồng ý với nhận định cần thiết phải có mẫu chung để hướng dẫn việc thuyết minh cơ sở vật chất, trang thiết bị.

“Khi tôi tra cứu lên cổng dịch vụ công trực tuyến của tỉnh, khi tìm đến TTHC về ATTP tôi đã thấy được mẫu của bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị, các nội dung trong bản thiết minh đã có đề mục chi tiết, dễ hiểu và điền thông tin” (PVS NDD1, NDD14)

Việc sử dụng DVCTT để giải quyết các TTHC đã và đang thể hiện được tính ưu việt của nó qua kết quả nhận định, đánh giá của nhiều người.

“Việc có thể nộp hồ sơ qua mạng internet là cần thiết, cơ sở sẽ tiếp tục sử dụng trong thời gian tới” (PVS NDD5)

100% NDD được phát vấn đều trả lời đã từng nghe hoặc biết đến Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh Ninh Bình. Đồng thời về thực tế lựa chọn hình thức thực hiện nộp hồ sơ giải quyết thủ TTHC về ATTP trong năm 2022-2023 cho thấy: mới chỉ có 30% NDD cho rằng cơ sở của mình đã nộp hồ sơ qua môi trường mạng internet; 70% NDD vẫn thực hiện theo hình thức trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh. Điều này cho thấy cần phải tiếp tục cải thiện, đưa ra các giải pháp để nâng cao hình thức nộp hồ sơ qua môi trường mạng internet trong thời gian tới. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả đánh giá tại tỉnh Nam Định năm 2023 với 80% hồ sơ được nộp trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh.

“Do mới sử dụng nên còn nhiều bỡ ngỡ, việc tìm kiếm về TTHC trên cổng dịch vụ công của tỉnh đôi khi còn khó khăn, nên chúng tôi vẫn chọn hình thức đến nộp trực tiếp hồ sơ tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh” (PVS NDD6)

“Đôi khi hệ thống Website của cổng dịch vụ công còn bị lác, mạng chậm, nhiều khi phải đăng nhập tài khoản nhiều lần, mất thời gian nên cơ sở chúng tôi lại chọn hình thức lên nộp trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh” (PVS NDD7)

Nhận định về quá trình sử dụng dịch vụ công để thực hiện TTHC về cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP trong năm 2022-2023: có 63% NDD cho biết TTHC dễ thực hiện, 55% NDD cho biết TTHC được trao đổi, xử lý và hỗ trợ kịp thời và 90% NDD cho biết TTHC giúp giảm tiết kiệm được thời gian và chi phí cho đơn vị. Điều này khẳng định TTHC này đã và sẽ thực hiện ngày càng hiệu quả trên cổng dịch vụ công của tỉnh.

“Tôi thấy việc có thể nộp hồ sơ trực tuyến là việc nên làm, vì rất thuận tiện, dễ dàng, không mất thời gian và xử lý nhanh gọn” (PVS NDD8, NDD16)

Về hình thức nhận kết quả giải quyết TTHC về cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP thì có 40% NDD cho biết vẫn đến trực tiếp Trung tâm phục vụ hành chính công; 60% NDD nhận được kết quả qua đường bưu điện. Về nội dung này, cần phải cải thiện, hướng dẫn trong thời gian tới để giảm thời gian, chi phí đi lại và hoàn toàn phù hợp với việc triển khai trả kết quả qua dịch vụ công ích của bưu điện tỉnh [2,5].

Về số lần phải đi lại để thực hiện TTHC về ATTP, thì với con số vẫn còn 5% NDD cho biết cơ sở phải đi lại 03 lần mới thực hiện xong, đây là con số chúng ta cần quan tâm và giải quyết càng sớm, càng tốt.

“Tôi mong muốn được cung cấp số hotline hoặc có người để đơn vị liên lạc, hỏi tư vấn nếu có vấn đề chưa được rõ ràng” (PVS NDD13, NDD9)

Có đến 98% NDD cho biết đơn vị không bị gây nhiễu nhiều trong quá trình giải quyết TTHC tại đơn vị, kết quả này một lần nữa khẳng định việc tuân thủ và đảm bảo chặt chẽ quá trình giải quyết TTHC cho tổ chức, cá nhân.

“Hoạt động thanh, kiểm tra liên ngành và chuyên ngành cơ sở định kỳ 01 lần/năm, hầu như có báo trước. Nội dung làm việc không bị trùng lặp, trong quá trình thanh tra, kiểm tra đoàn không nhiễu, gây khó khăn gì cho cơ sở” (PVS NDD15)

“Khi đoàn thẩm định tiến hành thẩm định tại cơ sở, ngoài ghi nhận các điều kiện đạt được, đoàn hướng dẫn, yêu cầu các nội dung cần hoàn thiện, bổ sung chi tiết, đúng yêu cầu quản lý” (PVS NDD18, NDD11).

V. KẾT LUẬN

- 100% hồ sơ cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP được giải quyết đúng hạn và trước hạn.

- 30% NDD cho biết cơ sở của mình đã nộp hồ sơ qua môi trường mạng internet; 70% NDD vẫn thực hiện theo hình thức trực tiếp tại Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh.

- 68% NDD cho rằng các TTHC đã được niêm yết công khai tại bảng tin và trang thông tin điện tử; 93% NDD cho biết quy trình và thủ tục dễ hiểu, dễ thực hiện; 78% NDD cho biết phí và lệ phí đã được công khai; và 88% NDD đánh giá cán bộ tiếp nhận và trả kết quả chuyên nghiệp, thân thiện và hiệu quả.

- 40% NDD cho biết vẫn đến trực tiếp Trung tâm phục vụ hành chính công; 60% người nhận được kết quả qua đường bưu điện.

- 90% NDD cho biết dễ dàng tải các biểu mẫu giấy tờ về để khai báo thông tin, tuy nhiên chưa thực hiện ký số trên đơn, tờ khai.

- Vẫn còn 28% NDD cho biết cơ sở phải đi lại trên 02 lần để giải quyết TTHC của cơ sở.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với các tổ chức, cá nhân sản xuất kinh doanh thực phẩm

- Tiếp tục tự tìm hiểu, chủ động liên hệ với các bộ phận, đơn vị để được hướng dẫn việc nộp hồ sơ giải quyết TTHC về ATTP trên cổng dịch vụ công trực tuyến của tỉnh. Áp dụng ký số trong trường hợp mẫu đơn, tờ khai có yêu cầu ký số.

- Kịp thời phản ánh các tổ chức, cá nhân có hành vi nhũng nhiễu, gây khó khăn trong quá trình giải quyết TTHC của đơn vị (nếu có).

2. Đối với Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm

- Tiếp tục duy trì việc tiếp nhận và giải quyết TTHC về ATTP theo đúng quy định, tăng số lượng hồ sơ giải quyết trước hạn, không để xảy ra tình trạng hồ sơ chậm muộn.

- Thực hiện ký số kết quả giải quyết TTHC của đơn vị, số hoá hồ sơ. Tổ chức bồi dưỡng, tập huấn cho cán bộ, công chức về chuyển đổi số;

- Kiến nghị cơ quan có thẩm quyền có văn bản hướng dẫn thừa nhận kết quả ký số Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP có giá trị pháp lý giống như kết quả bản cứng.

- Phối hợp với Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của Sở Y tế, Trung tâm phục vụ hành chính công của tỉnh tiếp tục cải thiện mức độ hài lòng về công dân khi đến làm việc tại Trung tâm phục vụ hành chính công.

- Tiếp tục tăng cường tuyên truyền tính tiện ích, ưu việt của việc giải quyết TTHC về ATTP cho các tổ chức, cá nhân sản xuất kinh doanh thực phẩm theo phân cấp quản lý.

3. Đối với Trung tâm Phục vụ hành chính công của tỉnh

- Tiếp tục số hoá hồ sơ và tái sử dụng dữ liệu đã được số hoá cho các tổ chức, cá nhân.

- Tiếp tục quán triệt nêu cao tinh thần, thái độ phục vụ tổ chức, cá nhân của cán bộ tiếp nhận và trả kết quả.

- Đổi mới nội dung, tăng cường tuyên truyền về tính ưu việt, tiện ích khi sử dụng DVCTT.

- Phối hợp với VNPT đề nâng cấp, chỉnh sửa, bổ sung đảm bảo hệ thống thông tin dịch vụ công vận hành ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị định số 42/2022/NĐ-CP ngày 24/6/2022 quy định về việc cung cấp thông tin và dịch vụ công trực tuyến của cơ quan nhà nước trên môi trường mạng 2022

2. Báo cáo số 705/BC-SYT ngày 13/12/2023 về kết quả đánh giá việc giải quyết TTHC theo cơ chế một cửa, một cửa liên thông năm 2023- 2023.

3. Quyết định 44/2019/QĐ-UBND ngày 12/11/2019 về phân cấp quản lý đối với các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc lĩnh vực quản lý của ngành Y tế trên địa bàn tỉnh Ninh Bình 2019

4. Quyết định số 32/QĐ-UBND ngày 06/01/2020 về việc công bố danh mục thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Sở Y tế, UBND cấp huyện, UBND cấp xã trên địa bàn tỉnh Ninh Bình 2020.

5. Quyết định số 457/QĐ-UBND ngày 19/6/2023 của UBND tỉnh Về việc công bố Danh mục thủ tục hành chính thực hiện tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính qua dịch vụ bưu chính công ích thuộc thẩm quyền giải quyết của các sở, ban, ngành; UBND cấp huyện; UBND cấp xã trên địa bàn tỉnh Ninh Bình 2023.

¹ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐỨT BÁN PHẦN GÂN TRÊN GAI BẰNG LIỆU PHÁP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Dinh Ngọc Dương^{1*}, Nguyễn Thị Thương² và Đinh Thị Phương³

TÓM TẮT

Liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) là một phương pháp mới điều trị bệnh lý đứt chóp xoay, trong đó có đứt bán phần gân trên gai và chóp xoay có nhiệm vụ làm cho khớp vai thực hiện các động tác dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài, đưa cánh tay ra trước, ra sau và giữ vững khớp vai. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị tổn thương đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn của siêu âm, và đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sau 12 tuần theo dõi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc trong 12 tuần trên 39 bệnh nhân với 43 gân đứt bán phần gân trên gai được tiêm PRP 3 mũi, cách nhau mỗi 3 tuần vào gân trên gai dưới hướng dẫn siêu âm. **Kết quả:** Sau 12 tuần điều trị, có sự cải thiện thang điểm VAS, góc dạng khớp vai và điểm SPADI: VAS và điểm SPADI trung bình giảm tương ứng từ $7,04 \pm 0,86$ điểm xuống $3,17 \pm 1,87$ điểm và từ $69,14 \pm 1,7$ điểm xuống $29,61 \pm 13,1$ điểm, góc dạng khớp vai trung bình tăng từ $68,43 \pm 18,04$ độ lên $128,4 \pm 37,2$ độ ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn thường gặp là đau tăng tại vị trí tiêm trên 24 giờ là 60,1%; 4,5% bệnh nhân không gặp các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng. **Kết luận:** Liệu pháp tiêm PRP dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị đứt bán phần gân trên gai là một liệu pháp an toàn và có hiệu quả tốt.

Từ khóa: Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, đứt bán phần gân trên gai, tiêm dưới hướng dẫn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chóp xoay là một cấu trúc giải phẫu gồm nhóm bốn gân bám vào đầu trên xương cánh tay đó là gân dưới vai, gân trên gai, gân dưới vai, gân tròn bé. Đứt bán phần gân trên gai là tổn thương thường gặp nhất của bệnh lý đứt chóp xoay, thường gặp hơn ở những tuổi trung niên. Bệnh gây đau đớn, hạn chế vận động khớp vai, ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trên thế giới, đã ứng dụng phương pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (platelet rich plasma -PRP) trong các lĩnh vực chấn thương thể thao (các loại viêm, đứt gân). Với cơ chế chứa các yếu tố tăng trưởng và các cytokine chống viêm, PRP kích thích sự lành vết thương giúp phục hồi mô tổn thương một cách tự nhiên và sinh lý nhất. Trong khoảng 10 năm trở lại đây, trong điều trị đứt bán phần gân trên gai, PRP cho kết quả khả quan, ít tác dụng không mong muốn. Tuy nhiên ở Việt Nam chúng tôi ít có nghiên cứu nào về vấn đề này.¹⁻³ Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Đánh giá kết quả điều trị tổn thương đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình**” với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét kết quả điều trị tổn thương đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn của siêu âm.

2. Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Khoa Khám bệnh và Khoa Nội cơ xương khớp bệnh viện tỉnh Ninh Bình.

- Từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Gồm 39 bệnh nhân với 43 gân tổn thương đến khám tại được chẩn đoán đứt bán phần gân trên gai dựa vào các triệu chứng lâm sàng có đau khớp vai và hình ảnh chụp MRI khớp vai có đứt bán phần gân trên gai theo tiêu chuẩn Ellman (1990).⁴ Tất

^{1*} Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình;

Tác giả chính/liên hệ: Dinh Ngọc Dương, Khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình;

Địa chỉ: Đường Tuệ Tĩnh, phường Nam thành, thành Phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình;

Điện thoại di động: 0988680151, email: bsdinhngocduong@gmail.com

cả bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp tiêm PRP tự thân 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 tuần, sử dụng bộ kit Tricell tiêm dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Có tổn thương da tại vị trí tiêm, tiền sử phẫu thuật khớp vai, bệnh lý thần kinh ảnh hưởng đến vận động khớp vai, bệnh toàn thân nặng như: nhiễm trùng, suy giảm miễn dịch, bệnh tim mạch, bệnh lý ác tính, đang dùng chống đông. Hb < 110g/l, tiểu cầu < 150.000/mm³, phụ nữ có thai...

2.3. Phương pháp nghiên cứu, tiến cứu, can thiệp, theo dõi dọc đánh giá trước sau điều trị. Quy trình nghiên cứu bao gồm:

- Đánh giá các đặc điểm điểm chung, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai: tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ đau theo thang điểm VAS, đo góc dạng khớp vai, thang điểm SPADI.

- Tất cả các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ khớp vai đánh giá vị trí tổn thương gân trên gai, mức độ đứt gân trên gai và các tổn thương kèm theo.

- Tiêm 2,5ml PRP tự thân phân tách bằng bộ kit Tricell là sản phẩm thuộc hãng Ihanil của hàn quốc vào gân trên gai bị đứt dưới hướng dẫn siêu âm, tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 tuần. Thủ thuật được tiến hành bởi bác sỹ chuyên khoa Cơ xương khớp. Sử dụng máy siêu âm Chison ECO1, đầu dò Linear tần số 5-13 Mhz

- Đánh giá kết quả điều trị dựa trên các thang điểm VAS, thang điểm SPADI và góc dạng của khớp vai tại các thời điểm trước điều trị (T0), sau điều trị 4 tuần (T4), sau điều trị 8 tuần (T8), và sau điều trị 12 tuần (T12). Tác dụng không mong muốn của liệu pháp được ghi nhận tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

2.4 Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

2.5 Đạo đức nghiên cứu.

- Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh.

- Người bệnh đồng ý tham gia sau khi được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu.

Những thông tin của người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối.

- Chúng tôi cam đoan, nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất là hiệu quả điều trị bệnh để phục vụ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác và không gây bất kỳ tổn hại nào cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.

Tổng số 39 bệnh nhân nghiên cứu với 43 khớp vai được tiêm. Tuổi trung bình 55,42 ± 11,71, độ tuổi 50–70 tuổi chiếm 53,7%. Có 59,2% là nữ giới; tổn thương chủ yếu gặp ở vai phải (68,5%). Thời gian bị bệnh trung bình 4,61 ± 1,23 tháng. 100% khớp vai khám tại thời điểm T0 có mức độ đau vừa và nặng theo thang điểm VAS; SPADI trung bình 60,14 ± 7,6; góc dạng khớp vai bị hạn chế với giá trị trung bình 68,83 ± 17,54 độ. Tất cả các khớp vai được can thiệp đều được siêu âm rồi chụp cộng hưởng từ khớp vai, phân loại đứt bán phần gân trên gai theo Ellman (1990): Tổn thương đứt gân trên gai tại mặt khớp chiếm phần lớn 81,1%; đứt gân trên gai độ 1 (<3mm) chiếm 54,8%; độ 2 (3-6mm) chiếm 40,5%; độ 3 (>6mm) chiếm 4,7%. Các tổn thương kèm theo: 21,4% có viêm gân nhị đầu; 26,2% khớp vai có dịch bao hoạt dịch dưới cơ delta; 19,1% khớp vai có hẹp khoang mỏn cùng vai đòn, 4,8% khớp vai có nốt canxi hóa gân trên gai.

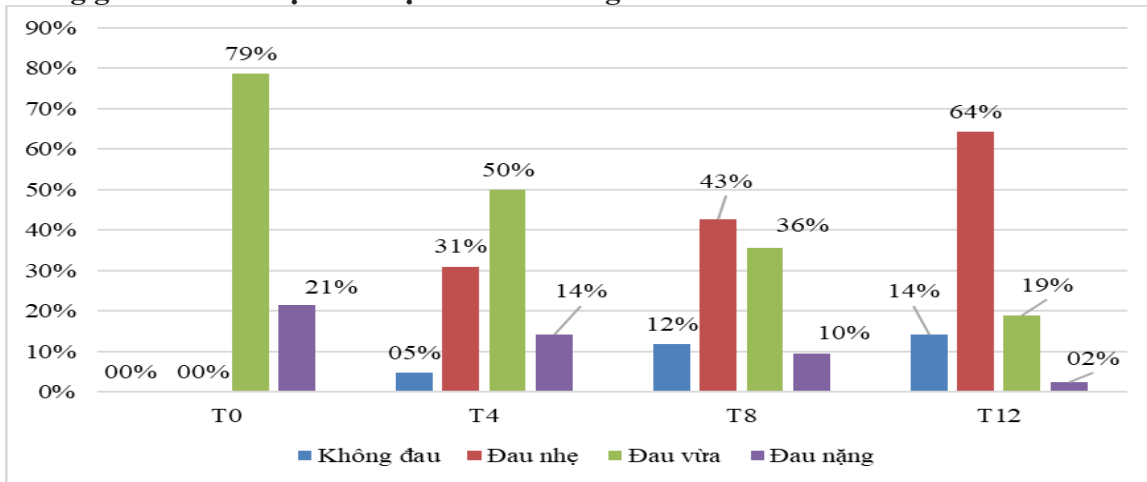
3.2. Tác dụng không mong muốn .

Bảng 1. Tác dụng phụ không mong muốn của liệu pháp (n = 43 gân)

Vị trí	Tác dụng không mong muốn	Nhóm can thiệp (n=43 gân)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tại chỗ	Đau tăng 24h	17	39,5 %
	Nhiễm trùng	0	0
Toàn thân	Sốc	0	0
	Nóng bừng, đau đầu chóng mặt	2	4,7 %
Khác	Chảy máu	0	0

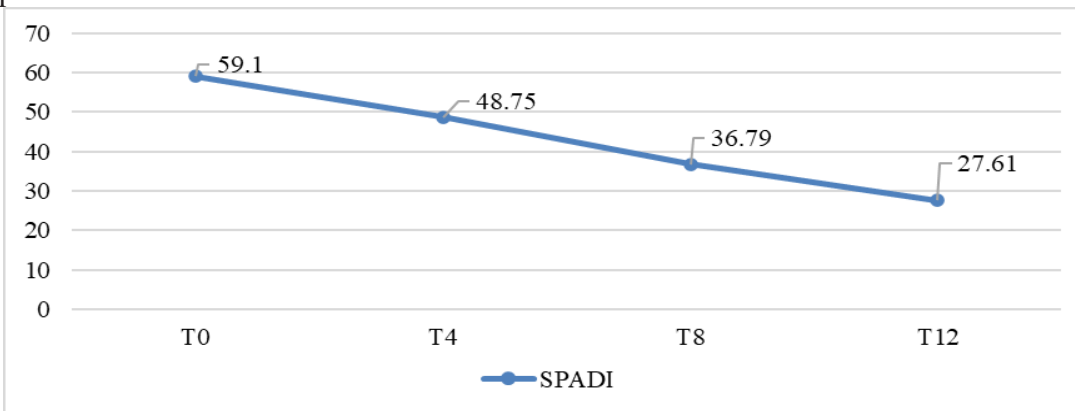
Nhận xét: Có 17 khớp bệnh nhân đau tăng sau tiêm 24 h (39,5%) ở mức độ nhẹ và 2 trường hợp có biểu hiện nóng bừng mặt sau tiêm (4,7%).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị dứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dựa vào lâm sàng.



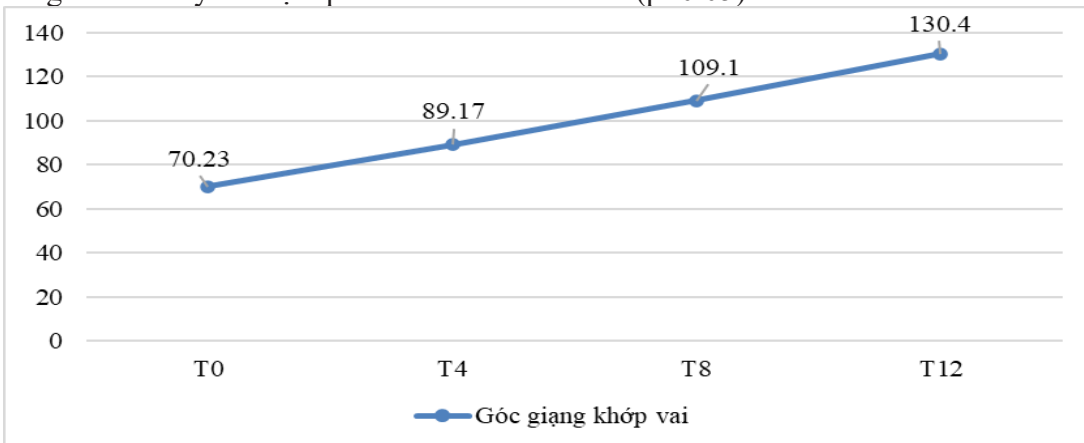
Biểu đồ 1 Mức độ đau trước và sau điều trị 12 tuần theo thang điểm VAS.

Nhận xét: Mức độ đau theo VAS được cải thiện ngay từ tuần thứ 4 và giảm dần, duy trì hiệu quả sau 12 tuần theo dõi.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị theo thang điểm SPADI

Nhận xét: Chức năng vận động khớp vai được cải thiện ngay từ tuần thứ 4, mức độ cải thiện tăng dần và duy trì hiệu quả sau 12 tuần theo dõi ($p < 0.05$)



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị theo góc dạng khớp vai

Nhận xét: Chức năng vận động khớp vai được cải thiện ngay từ tuần thứ 4, mức độ cải thiện tăng dần và duy trì hiệu quả sau 12 tuần theo dõi ($p < 0.05$)

3.4 Đánh giá kết quả điều trị dựa trên siêu âm sau 12 tuần điều trị.

Bảng 2. Kết quả điều trị dựa trên siêu âm sau 12 tuần điều trị

Mức độ TT gân trên gai	T0 $\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	T12 $\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	P
Diện tích gân đứt (mm ²)	14,2 ± 1,3 (1,6- 62)	7,4 ± 1,6 (0- 56)	P< 0,05
Bề dày gân đứt (mm)	3,7 ± 1,5 (2,4 - 6,9)	2,9 ± 1,8 (0- 6,6)	P< 0,05

Nhận xét:

- Đánh giá kết quả điều trị dựa vào siêu âm sau 12 tuần theo dõi: thấy diện tích gân đứt giảm từ 14,2 ± 1,3mm² còn 7,4 ± 1,6 mm² và bề dày gân đứt giảm từ 3,7 ± 1,5 mm xuống còn 2,9 ± 1,8 mm.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Kết quả của liệu pháp tiêm PRP dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị đứt bán phần gân trên gai:**

Là một thể tích huyết tương tách chiết từ máu toàn phần có nồng độ tiểu cầu cao hơn mức cơ bản trong máu tĩnh mạch ban đầu. Trong PRP có chứa nhiều yếu tố tăng trưởng và một số các cytokine nên vừa có tác dụng chống viêm vừa có tác dụng làm lành vết thương. Các yếu tố tăng trưởng như PDGF, VEGF, EGF, PDEGF, PDAF, ECGF tham gia vào quá trình làm lành vết thương thông qua kích thích hình thành mạch máu, phân chia tế bào, tăng sự biệt hóa tế bào làm lành các tổ chức. Các cytokine được tạo ra khi hoạt hóa tiểu cầu như Interleukin I receptor Antagonist (IL-IRA) là chất chống viêm mạnh làm giảm cường độ và thời gian của cơn đau, giải phóng beta endorphins có tác dụng giảm đau, chống viêm, các IL-4, IL-10 ngoài tác dụng chống viêm còn có vai trò tái tạo mô của gân, dây chằng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bắt đầu có sự cải thiện đáng kể điểm đau VAS ngay sau 4 tuần điều trị và kết quả giảm đau tiếp tục được duy trì tới tuần 12 (p<0,05). Mức độ cải thiện điểm VAS giảm từ 7,04 ± 0,86 xuống còn 3,17 ± 1,87 sau 12 tuần điều trị. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2021) thực hiện trên 40 bệnh nhân có bệnh lý chóp xoay điểm VAS tuần thứ 8 và tuần thứ 12 sau điều trị PRP giảm từ 6,74 ± 0,96 xuống còn 3,07 ± 1,87. Năm 2013 với tác giả Serdar nghiên cứu trên 40 bệnh nhân đứt gân trên gai cho thấy có sự cải thiện đáng kể điểm VAS và kết quả được duy trì sau 1 năm thời điểm tiêm PRP (p<0,001)

Sự cải thiện góc dạng khớp vai là một trong những tiêu chí chính đánh giá đáp ứng điều trị của tổn thương gân trên gai. Sau 4 tuần điều trị, bệnh nhân đã bắt đầu có cải thiện góc dạng khớp vai, mức độ cải thiện góc dạng khớp vai tăng dần đến tuần thứ 12 (p<0,05). Góc dạng của khớp vai trung bình sau 12 tuần điều trị tăng từ 68,43 ± 18,04 độ lên 128,4 ± 37,2 độ, có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2021), sau 12 tuần điều trị PRP tăng từ 70,23 ± 18,54 độ lên 130,4 ± 38,2 độ.³ Năm 2013 tác giả Serdar và cộng sự ; sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần điều trị PRP tự thân, góc dạng khớp vai tăng từ 90 độ lên lần lượt 110, 140 và 160 độ (p<0,05).⁵

Đánh giá chức năng vận động khớp vai qua thang điểm SPADI. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 12 tuần điều trị điểm SPADI giảm từ 69,14± 1,7 điểm xuống 29,61±13,1 điểm. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2021) sau 12 tuần điều trị điểm SPADI giảm từ 59,1± 8,73 xuống còn 27,61±16,1.³ Năm 2013 Serdar và cộng sự cũng cho kết quả tương tự điểm SPADI ở nhóm sử dụng PRP tự thân sau 12 tuần điều trị giảm từ 77,5 xuống 27,6 điểm (p<0,05)⁴.⁵ Nghiên cứu theo dõi sau 12 tuần của chúng tôi cho thấy liệu pháp tiêm PRP điều trị đứt bán phần gân trên gai có hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng và tầm vận động của khớp vai được đánh giá thông qua thang điểm VAS, SPADI, góc dạng khớp vai.

4.2. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp.

Trong nhóm can thiệp có 42 khớp vai tiêm PRP tự thân có 24 khớp vai đau tăng sau tiêm, tuy nhiên mức độ đau chỉ ở mức độ nhẹ. Có 2 bệnh nhân nóng bừng mặt sau tiêm. Đây là bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp trước đó và triệu chứng hết nhanh sau 30 phút nghỉ ngơi. Ngoài ra, không có biến chứng nghiêm trọng nào xảy ra trong thời gian tiến hành thủ thuật và sau 12 tuần được chúng tôi theo dõi. Nghiên cứu của Segodan và cộng sự (2017) cũng cho thấy tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất sau tiêm PRP tự thân là đau, tuy nhiên thường nhẹ và tự khỏi.⁵ Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy rằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân là một phương pháp điều trị an toàn, ít biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) dưới hướng dẫn siêu âm điều trị đứt bán phần gân trên gai bước đầu cho thấy có hiệu quả lâm sàng trong giảm đau, cải thiện chức năng và tầm vận động khớp vai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hải Bình** (2016). Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.

2. **Kesikburun S, Tan AK, Yilmaz B, et al** (2013). Platelet-rich plasma injections in the treatment of chronic rotator cuff tendinopathy: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Am J Sports Med*, 2013. 41(11): p. 2609-16. DOI: 10.1177/0363546513496542.

3. **Nguyễn Thị Phương** (2021). Đánh giá kết quả điều trị tổn thương đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu dưới hướng dẫn của siêu âm. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại Học Y Hà Nội.

4. **Rha DW, Park GY, Kim YK, et al** (2013). Comparison of the therapeutic effects of ultrasound-guided platelet-rich plasma injection and dry needling in rotator cuff disease: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 27(2): p. 113-22. DOI: 10.1177/0269215512448388.

5. **Sengodan VC, Kurian S, and Ramasamy R** (2017). Treatment of Partial Rotator Cuff Tear with Ultrasound-guided Platelet-rich Plasma. *J Clin Imaging Sci*, 2017. 7: p. 32. DOI: 10.4103/jcis.JCIS_26_17.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH CỦA HAI NHÓM UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Phạm Tiến Lực^{1*}, Trịnh Thị Yến, Bùi Như Huệ,
Lê Chính Chuyên, Nguyễn Văn Tuyên, Đinh Công Hoan, Nguyễn Lê Hưng,
Giang Mạnh Cường, Nguyễn Phương Hào, Ngô Thị Thảo.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. Đánh giá một số mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú với 2 nhóm thụ thể nội tiết dương tính và âm tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 60 phụ nữ mắc ung thư biểu mô tuyến vú theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $55,2 \pm 12,6$ tuổi, nhóm tuổi bị mắc bệnh nhiều nhất là 50-59 (35%), kích thước trung bình của các khối u là $3,4 \pm 1,9$ cm, hay gặp nhất là ung thư biểu mô xâm nhập loại không đặc biệt (91,7%), độ mô học II (71,7%) và giai đoạn II (56,7%). Ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính chiếm tỷ lệ cao hơn (60,0%) so với ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết âm tính (40,0%). **Kết luận:** Có sự khác biệt của 2 nhóm ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính và âm tính: Ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính hay gặp hơn ở giai đoạn I và II, độ mô học I hoặc II, ít có di căn hạch còn ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết âm tính hay gặp hơn ở giai đoạn III và IV, độ mô học III, hay có di căn hạch.

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến vú, thụ thể nội tiết, lâm sàng, giải phẫu bệnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Tỷ lệ mắc UTV trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng có xu hướng tăng, nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh này vẫn từng bước giảm nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm, đặc biệt là trong điều trị nội khoa ung thư bao gồm: hóa trị, nội tiết và sinh học [2], [3]. Hầu hết những bệnh nhân UTV đều phải được điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Các quyết định trong điều trị hỗ trợ UTV phải dựa vào các yếu tố tiên lượng, chúng giúp cho các nhà ung thư dự đoán sự phát triển của khối u, khả năng đáp ứng với hoá trị, xạ trị, liệu pháp nội tiết, miễn dịch, vv,... dự đoán khả năng tái phát và thời gian sống thêm.

Có rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng estrogen có ảnh hưởng rõ rệt đến sự phát triển liên tục của UTV. Các tác giả cho rằng estrogen tác động trực tiếp, kích thích phát triển tế bào u. Dựa vào sự có hay không có bộc lộ với dấu ấn Estrogen Receptor (ER) và/hoặc Progesteron Receptor (PR) ở tế bào u, ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú được chia thành hai nhóm thụ thể nội tiết dương tính (TTNT+) và thụ thể nội tiết âm tính (TTNT-).

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình đã thực hiện kỹ thuật hóa mô miễn dịch (HMMD) từ năm 2014 để đánh giá sự bộc lộ của các dấu ấn thụ thể nội tiết (TTNT) cũng như các dấu ấn miễn dịch khác của UTV. Nhằm đánh giá kết quả của việc thực hiện kỹ thuật HMMD tại bệnh viện đồng thời xác định mối liên quan của sự bộc lộ các TTNT với các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của UTBM tuyến vú để từ đó xác định các yếu tố tiên lượng thuận lợi và không thuận lợi giúp các nhà lâm sàng lập kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của 2 nhóm UTBM tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính và âm tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình” với 2 mục tiêu:

^{1*} Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Phạm Tiến Lực, Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Địa chỉ: Đường Tuệ Tĩnh, phường Nam thành, thành Phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình;

Điện thoại di động: 0904989733, email: lucgpbnb@gmail.com

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2. Đánh giá một số mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú với 2 nhóm thụ thể nội tiết dương tính và âm tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 02/2019 đến 01/2021.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 60 người bệnh được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 02/2019 đến 09/2020.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn

Tất cả người bệnh được chọn vào nghiên cứu phải có đủ các yếu tố sau:

- Được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú ở mọi giai đoạn
- Có thông tin đầy đủ, rõ ràng
- Được phẫu thuật hoặc sinh thiết lõi kim để chẩn đoán mô bệnh học
- Có khối nén đủ tiêu chuẩn để nhuộm hóa mô miễn dịch
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại khỏi nghiên cứu những đối tượng sau:

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Có ung thư thứ hai
- Các trường hợp u tái phát sau khi đã được điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang, tiến cứu.
- Cỡ mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh: Tuổi, kích thước u, loại mô học, độ mô học, tình trạng hạch, giai đoạn bệnh.

- Về hóa mô miễn dịch: Sự bộc lộ của dấu ấn ER, PR, HER2, Ki67, xác định 2 nhóm TTNT+ và TTNT-.

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Được thu thập theo phiếu thu thập số liệu

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

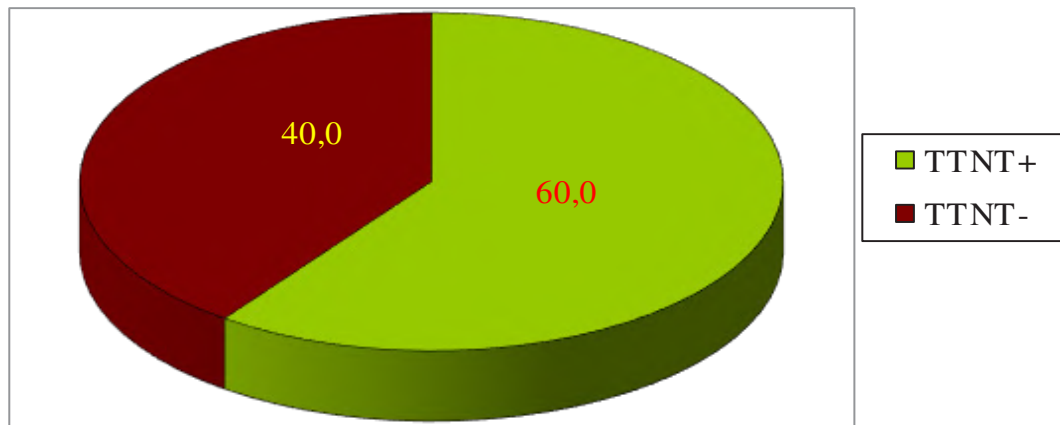
- Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Sở Y tế Ninh Bình.

- Người bệnh đồng ý tham gia sau khi được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu. Những thông tin của người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối.

- Chúng tôi cam đoan, nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất là nâng cao khả năng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh để phục vụ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác và không gây bất kỳ tổn hại nào cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ 2 nhóm thụ thể



Biểu đồ 1. Tỷ lệ 2 nhóm thụ thể

Nhận xét: Nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (60,0%), nhóm TTNT- chiếm tỷ lệ thấp hơn (40,0%).

3.2. Tuổi và 2 nhóm thụ thể

Bảng 1. Tuổi và 2 nhóm thụ thể

		Trung bình	<40	40-49	50-59	60-69	≥70	p
TTNT+	n	56,3±14,2	1	10	13	5	8	0,384 0,510
	%		2,7	27,0	35,1	13,5	21,6	
TTNT-	n	53,4±9,4	3	5	8	7	0	
	%		13,0	21,7	34,8	30,4	0,0	
Tổng	n	55,2±12,6	4	15	21	12	8	60
	%		6,7	25,0	35,0	20,0	13,3	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của 2 nhóm thụ thể không khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ ($p = 0,384$). Nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 50-59 (35,1%), thấp nhất ở nhóm tuổi <40 (2,7%); nhóm TTNT- cũng chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 50-59 (34,8%) nhưng thấp nhất ở nhóm tuổi ≥70 (0,0%). Sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ($p = 0,51$).

3.3. Kích thước u và 2 nhóm thụ thể

Bảng 2. Kích thước u và 2 nhóm thụ thể

		Trung bình	≤2 cm	>2-5 cm	>5 cm	p
TTNT+	n	3,2±1,7	15	17	5	0,242 0,323
	%		40,5	45,9	13,5	
TTNT-	n	3,7±2,2	5	14	4	
	%		21,7	60,9	17,45	
Tổng	n	3,4±1,9	20	31	9	60
	%		33,3	51,7	15,0	100,0

Nhận xét: Kích thước trung bình của 2 nhóm thụ thể khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ ($p = 0,242$). Ở những khối u có kích thước nhỏ, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (40,5%) so với nhóm TTNT- (21,7%); ở những khối u KT trung bình và lớn, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ thấp hơn (45,9% và 13,5%) so với nhóm TTNT- (60,9% và 17,4%). Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ ($p = 0,323$).

3.4. Giai đoạn u và 2 nhóm thụ thể

Bảng 3: Giai đoạn u và 2 nhóm thụ thể

		I	II	III	IV	p
TTNT+	n	12	22	1	2	0,000
	%	32,4	59,5	2,7	5,4	
TTNT-	n	0	12	9	2	
	%	0,0	52,2	39,1	8,7	
Tổng	n	12	34	10	4	60
	%	20,0	56,7	16,7	6,7	100,0

Nhận xét: Ở những khối u giai đoạn I và II, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (32,4% và 59,5%) so với nhóm TTNT- (0,0% và 52,2%); trái lại, ở giai đoạn III và IV, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ thấp hơn (2,7% và 5,4%) so với nhóm TTNT- (39,1% và 8,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ($p = 0,000$).

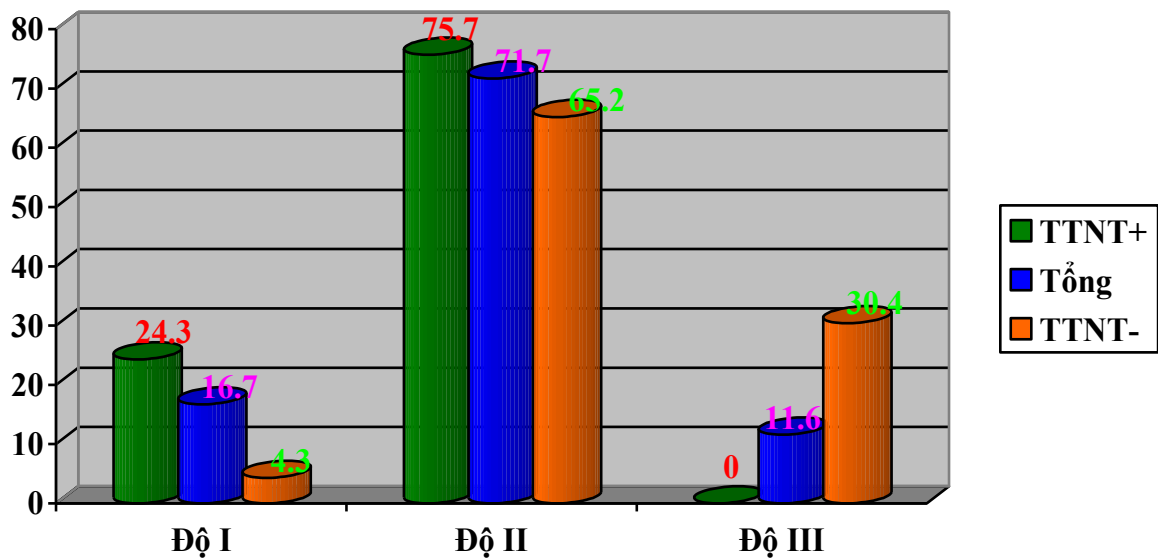
3.5. Loại mô học và 2 nhóm thụ thể

Bảng 4. Loại mô học và 2 nhóm thụ thể

		UTBM XN loại không đặc biệt	Tiểu thùy	Nhày	p
TTNT+	n	34	1	2	0,929
	%	91,9	2,7	5,4	
TTNT-	n	21	1	1	
	%	91,7	4,3	4,3	
Tổng	n	55	2	3	60
	%	91,7	3,3	5,0	100,0

Nhận xét: Ở loại mô học UTBM tuyến vú xâm nhập loại không đặc biệt, tỷ lệ 2 nhóm thụ thể là tương tự nhau (91,9% và 91,7%); ở loại tiểu thùy, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ thấp hơn (2,7%) so với nhóm TTNT- (4,3%) và ngược lại ở loại nhày, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (5,4%) so với nhóm TTNT- (4,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ($p = 0,929$).

3.6. Độ mô học và 2 nhóm thụ thể



Biểu đồ 2. Độ mô học và 2 nhóm thụ thể

Nhận xét: Ở độ I và II, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (24,3% và 75,7%) so với nhóm TTNT- (4,3% và 65,2%), còn ở độ III, không có trường hợp nào thuộc nhóm TTNT+, trong khi đó, nhóm TTNT- có tới 30,4% là độ III. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ ($p = 0,001$).

3.7. Tình trạng hạch và 2 nhóm thụ thể

Bảng 5. Tình trạng hạch và 2 nhóm thụ thể

		Có di căn	Không di căn	p
TTNT+	n	11	26	0,000
	%	29,7	70,3	
TTNT-	n	22	1	
	%	90,5	4,3	
Tổng	n	33	27	60
	%	55,5	45,5	100,0

Nhận xét: UTBM tuyến vú có di căn hạch chiếm tỷ lệ cao, với 55,5%. Nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ thấp ở những người bệnh có di căn hạch (29,7%) trong khi nhóm TTNT- lại chiếm tỷ lệ rất cao ở những người bệnh này (95,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$ ($p = 0,000$).

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên phân tích sự bộc lộ của các dấu ấn HMMD ở các khối u vú trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (60,0%) và nhóm TTNT- chiếm tỷ lệ thấp hơn (40,0%), tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh, nhóm TTNT+ chiếm 60,0%, nhóm TTNT- chiếm 40,0% [4] và của Nguyễn Văn Chủ, nhóm TTNT+ chiếm 59,2%, nhóm TTNT- chiếm 40,8% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh UTBM tuyến vú là $55,2 \pm 12,6$ tuổi. Tuy nhiên không có sự khác biệt về sự phân bố của 2 nhóm thụ thể nội tiết trong các nhóm tuổi khác nhau của người bệnh UTBM tuyến vú.

Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước trung bình của các khối u là $3,4 \pm 1,9$ cm. Khi so sánh

u TTNT- ($3,6 \pm 2,3$ cm); ở những khối u có kích thước nhỏ, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (38,9%) so với nhóm TTNT- (25,0%); ở những khối u kích thước trung bình và lớn, nhóm TTNT+ chiếm tỷ lệ thấp hơn (47,2% và 13,9%) so với nhóm TTNT- (58,3% và 16,7%). Qua so sánh với các kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả nghiên cứu của các tác giả chúng tôi thấy, mặc dù không có ý nghĩa thống kê nhưng kết quả của chúng tôi cũng thể hiện xu hướng UTBM tuyến vú TTNT+ có kích thước trung bình nhỏ hơn và hay gặp ở các khối u có kích thước nhỏ hoặc trung bình hơn so với UTBM tuyến vú TTNT-.

Giai đoạn của UTV là yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến tỷ lệ sống thêm và phương pháp điều trị [6] [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh mắc UTV giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), tiếp theo là giai đoạn I và giai đoạn III (18,3%) và giai đoạn IV chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,7%). Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác chúng tôi thấy, tuy có một số điểm khác biệt nhưng đa số các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, các khối u có TTNT+ hay gặp hơn ở giai đoạn I và II còn các khối u có TTNT- hay gặp hơn ở giai đoạn III hoặc giai đoạn IV.

Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả nghiên cứu của các tác giả về loại mô học của UTBM tuyến vú, chúng tôi nhận ra rằng, mặc dù sự phân bố của các khối u vú theo loại mô học trong kết quả nghiên cứu này và trong các nghiên cứu của các tác giả khác không hoàn toàn giống nhau, nhưng có một điểm chung đó là, loại UTBM xâm nhập loại không đặc biệt là chủ yếu. Điều này cũng phù hợp với y văn thế giới. Sự dao động lớn về tỷ lệ của loại mô học này có thể do việc không áp dụng chặt chẽ các tiêu chuẩn mô học để xếp vào loại mô học trên hoặc cũng có thể do một số nhóm nghiên cứu không thừa nhận các trường hợp có sự kết hợp giữa loại xâm nhập loại không đặc biệt với các loại đặc biệt như một loại hỗn hợp riêng rẽ và thường xếp chúng vào loại loại không đặc biệt [8]. Cũng có nhiều quan điểm cho rằng khi không xếp loại mô học được thì cho vào loại xâm nhập loại không đặc biệt.

Số hạch bị di căn cung cấp một thông tin quan trọng liên quan trực tiếp đến việc tiên lượng khả năng tái phát và gián tiếp đến việc tiên lượng thời gian sống thêm. Với mục đích đơn giản hoá trong đánh giá tiên lượng, một số tác giả cho rằng việc xếp nhóm số hạch di căn tốt nhất như sau: hạch âm tính, 1-3 hạch dương tính và trên 3 hạch dương tính [9]. Trong số những người bệnh có di căn hạch ở nghiên cứu này, chúng tôi thấy, tỷ lệ di căn 1-3 hạch chiếm đa số, với 81,8%, tỷ lệ di căn ≥ 4 hạch chiếm tỷ lệ thấp, với 18,2%.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm UTBM tuyến vú có TTNT+ chiếm tỷ lệ cao hơn (60,0%) so với nhóm TTNT- (40,0%); tuổi trung bình của người bệnh UTBM tuyến vú là $55,2 \pm 12,6$ tuổi, không có sự khác biệt về tuổi trung bình của 2 nhóm thụ thể nội tiết;

- Có sự khác biệt của 2 nhóm ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính và âm tính: Ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết dương tính hay gặp hơn ở giai đoạn I và II, độ mô học I hoặc II, ít có di căn hạch còn ung thư biểu mô tuyến vú có thụ thể nội tiết âm tính hay gặp hơn ở giai đoạn III và IV, độ mô học III, hay có di căn hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Widodo I, Ery K.D, Sumadi L.A et al** (2017). Prognostic Value of Clinicopathological Factors for Indonesian Breast Carcinomas of Different Molecular Subtypes. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(5), 1251-56.

2. **Spitale A, Mazzola P, Soldini D et al** (2009). Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South of Switzerland. *Ann Oncol*, 20(4), 628-635.

3. **Nguyễn Đình Giang** (2006). *Đánh giá vai trò của sinh thiết kim trong chẩn đoán các khối u vú trước điều trị*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Fleming, I.D, Greene F.L, Page D.L et al (2010). AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition. New York: Springer-Verlag.

5. Lakhani S.R, Elis I.O, Schnitt S.J et al (2012). WHO Classification of Tumors of the Breast. IARC, Lyon, France.

6. Nguyễn Thùy Linh (2015). Nghiên cứu phân nhóm phân tử của ung thư biểu mô tuyến vú ống xâm nhập bằng hóa mô miễn dịch. <http://www.benhvien103.vn>

7. Nguyễn Văn Chủ (2015). Nghiên cứu áp dụng phân loại phân tử ung thư biểu mô tuyến vú bằng phương pháp hóa mô miễn dịch. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Tavassoli F.A, Devilee P. (2003). Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. *Breast Cancer Research*, 6, 133.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG ĐÃ LỌC RỬA VÀO BUỒNG TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH

Phạm Cẩm Kỳ^{1*}, Đinh Ngọc Thơm, Nguyễn Thị Kim Ngọc, Phạm Mạnh Toàn,
Nguyễn Thị Hương, Phạm Ngọc Hà, Bùi Thị Nguyễn,
Bùi Thị Thu Hà, Phạm Thị Yến

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện trong 21 tháng (8/2017-4/2019) tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình nhằm 2 mục tiêu chính (1) xác định tỷ lệ có thai của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung, (2) nhận xét các yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là các cặp vợ chồng đến khám và được chỉ định điều trị vô sinh bằng phương pháp IUI (Phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung) tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 70 cặp vợ chồng vô sinh đến điều trị tại phòng hỗ trợ sinh sản Bệnh viện sản nhi tỉnh Ninh Bình từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 4 năm 2019, với tổng số lần thực hiện IUI là 123 lần. Trong đó, số phụ nữ có thai sinh hóa là 18 trường hợp, số phụ nữ có thai lâm sàng, siêu âm thấy túi thai trong buồng tử cung là 17 trường hợp. Tỷ lệ có thai/bệnh nhân là 25,71% (18/70). **Kết luận:** Với phương pháp điều trị vô sinh bằng kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung, tỉ lệ thành công là 25,71%, trong đó tỉ lệ một thai trong buồng tử cung là 76,47% và có từ hai thai trở lên trong buồng tử cung là 23,53%. Có 83,33% số trường hợp có thai thì thai phát triển tốt, 5,56% trường hợp bị chửa ngoài tử cung sau IUI và 11,11% sảy thai, thai ngừng phát triển. Ảnh hưởng tới sự thành công của phương pháp là số nang noãn trưởng thành, độ dày niêm mạc tử cung và bác sĩ lựa chọn phác đồ kích trứng phù hợp với từng bệnh nhân.

Từ khóa: Phương pháp IUI, điều trị vô sinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là một vấn đề lớn của xã hội và là một lĩnh vực rất được quan tâm hiện nay. Với sự tiến bộ của y học hiện đại, ngày nay đã có nhiều phương pháp hỗ trợ sinh sản ra đời nhằm cải thiện kết quả điều trị, tăng cơ hội làm cha mẹ cho các cặp vợ chồng vô sinh. Bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (BTC) (IUI: Intra Uterine Insemination) là một phương pháp được áp dụng khá phổ biến trong điều trị vô sinh hiện nay, là phương pháp điều trị phù hợp với thực tiễn nền kinh tế Việt Nam vì đây là một kỹ thuật tương đối đơn giản, thuận tiện, ít xâm lấn và chi phí thấp. Nếu thực hiện đúng chỉ định và kỹ thuật, phương pháp này có thể giải quyết được khoảng 50% các trường hợp điều trị vô sinh hiện nay vì đây là phương pháp điều trị hợp lý nhất xét về mặt chi phí và hiệu quả. Đây cũng là phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên, nếu có chỉ định cho các cặp vợ chồng vô sinh trước khi đi đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản khác phức tạp và tốn kém hơn như thụ tinh trong ống nghiệm (IVF: In-Vitro Fertilization), hay tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI: Intra-Cytoplasmic Sperm Injection).

Kỹ thuật IUI có lợi điểm nhất là tinh trùng được lọc rửa và cô đặc với mật độ cao, di động tốt và được bơm trực tiếp vào BTC, do vậy làm tăng cơ hội có thai cho bệnh nhân. Mặt khác khi tinh trùng được bơm vào BTC sẽ hạn chế được tác động bất lợi của môi trường acid ở âm đạo và chất nhầy ở CTC. Do đó, IUI là một trong những phương pháp hỗ trợ sinh sản được chỉ định cho những cặp vợ chồng vô sinh mà nguyên nhân do bất thường ở cổ tử cung (CTC), bất thường tinh dịch ở mức độ vừa và nhẹ, các trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân, vô sinh do rối loạn phóng noãn hay do kháng thể kháng tinh trùng. Đặc biệt, IUI còn chỉ định cho các trường hợp xin mẫu tinh trùng.

¹ Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: BsCKII. Phạm Cẩm Kỳ - Nguyên Giám đốc Bệnh viện

SĐT: 0913313667.

Theo các báo cáo trên thế giới và ở Việt Nam tỷ lệ thành công của phương pháp điều trị IUI dao động từ 8 – 30%, tùy theo từng trung tâm. Kết quả của phương pháp IUI phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như tuổi vợ, nguyên nhân vô sinh, phác đồ kích thích buồng trứng (KTBT), số lượng nang noãn, niêm mạc tử cung, tổng số tinh trùng sau lọc rửa cũng như kỹ thuật bơm.

Tại Bệnh viện sản nhi Ninh Bình, được sự trợ giúp của bệnh viện phụ sản trung ương, kỹ thuật IUI được triển khai từ tháng 4 năm 2017. Với mong muốn góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh lý vô sinh, giảm tải cho bệnh viện tuyến trên, rút ngắn thời gian đi lại, giảm chi phí điều trị cho các cặp vợ chồng vô sinh trong tỉnh Ninh Bình và một số địa phương lân cận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2017 đến tháng 04/2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các cặp vợ chồng đến khám và được chỉ định điều trị vô sinh bằng phương pháp IUI tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu

Tất cả các cặp vợ chồng đến khám và điều trị vô sinh tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình trong thời gian từ tháng 8/2017 đến tháng 04/2019 thỏa mãn các điều kiện nghiên cứu.

2.3.3. Các biến số và chỉ số:

- Nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình

- Phân loại vô sinh,

- Tỷ lệ có thai sau thực hiện IUI

- Số lượng thai

- Các chỉ số cận lâm sàng: siêu âm, hCG

2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập thông tin thông qua bộ công cụ được thiết kế sẵn và thông qua hồ sơ bệnh án

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được sẽ được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi Data 3.1. Sau đó được chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thông qua đề cương của Bệnh viện Sản- Nhi và Sở y tế Ninh Bình.

Các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ có thai của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

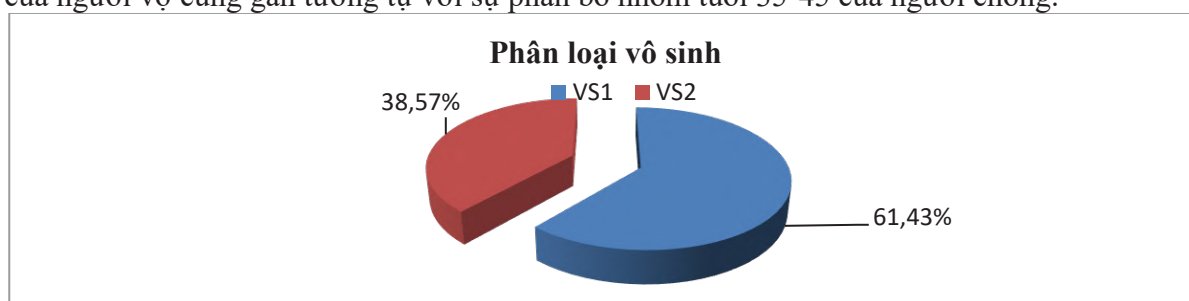
Nghiên cứu được thực hiện trên 70 cặp vợ chồng vô sinh đến điều trị tại phòng hỗ trợ sinh sản Bệnh viện sản nhi tỉnh Ninh Bình từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 4 năm 2019, với tổng số lần thực hiện IUI là 123 chu kỳ. Trong đó, số phụ nữ có thai sinh hóa là 18 trường hợp, số phụ nữ có thai lâm sàng, siêu âm thấy túi thai trong buồng tử cung là 17 trường hợp Tỷ lệ có thai/bệnh nhân là 25,71% (18/70).

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tuổi)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Nhóm tuổi của vợ		
<35	48	68,6
35-<40	15	21,4
≥40	7	10

Tuổi trung bình		30,46
Nhóm tuổi của chồng		
<35	47	67,1
35-<45	17	24,3
≥45	6	8,6
Tuổi trung bình		33,91

Nhận xét: Phân bố tuổi trên 70 cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của người vợ là 30 tuổi, tuổi trung bình của người chồng là 34 tuổi. Nhóm tuổi dưới 35 ở người vợ chiếm tỷ lệ 68,6% và ở người chồng chiếm tỷ lệ 65,7%. Chỉ có 10% số người vợ là có tuổi trên 40, và số người chồng trên 45 chiếm tỷ lệ tương tự. Và phân bố nhóm tuổi 35-40 của người vợ cũng gần tương tự với sự phân bố nhóm tuổi 35-45 của người chồng.



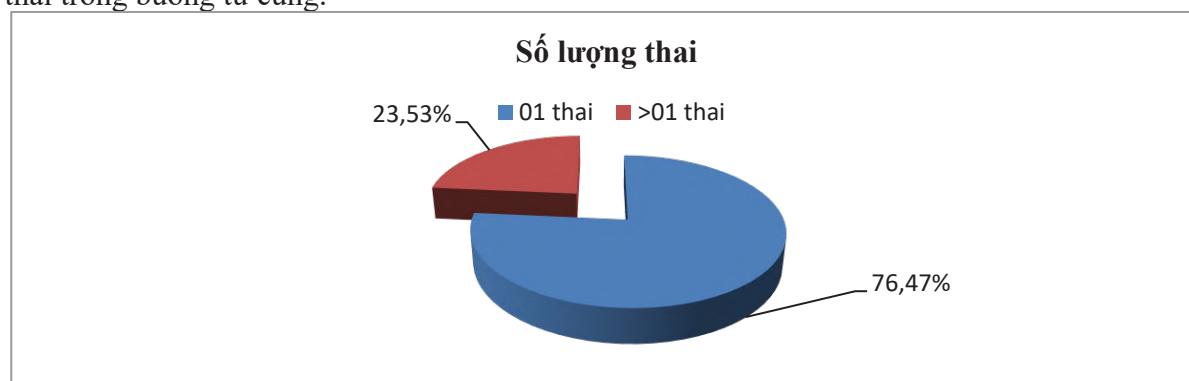
Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phân loại vô sinh

Nhận xét: Ta thấy chủ yếu các đối tượng nghiên cứu bị vô sinh nguyên phát, có 43 cặp vợ chồng, chiếm tỷ lệ 61,43%. Các cặp vợ chồng vô sinh thứ phát chỉ chiếm tỷ lệ 38,57%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ có thai sau khi thực hiện IUI

	Số lượng	Tỷ lệ
Xét nghiệm hCG		
Có thai	18	25,71
Không có thai	52	74,29
Siêu âm có túi thai trong BTC		
Có thai	17	24,28
Không có thai	53	75,72

Tỷ lệ có thai sinh hóa (qua xét nghiệm hCG dương tính) là 25,71%, tỷ lệ trên lâm sàng (siêu âm thấy túi thai trong buồng tử cung) là 24,28%. Sự khác nhau đó là do có một trường hợp bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung, thử beta hCG là hơn 600 nhưng siêu âm không thấy túi thai trong buồng tử cung.



Biểu đồ 3.2. Kết quả nghiên cứu số lượng thai trên lâm sàng

Nhận xét: Trong tổng số 17 ca có thai trên lâm sàng, có 13 trường hợp có một thai trong buồng tử cung, chiếm tỷ lệ 76,47%, 04 ca đa thai (có 2 ca song thai đã sinh con khỏe mạnh, 1 ca song thai được 33 tuần, 1 ca 5 thai đã giảm thiểu còn 2 thai và xảy thai lúc 17 tuần) chiếm

tỷ lệ 3,53%, trong đó có 01 ca bệnh nhân bị rối loạn phóng noãn, sau khi kích trứng và làm IUI thì kết quả có 05 thai

2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả bơm IUI

Bảng 3.3. Tỷ lệ có thai trong các nhóm nguyên nhân vô sinh cụ thể

		Nguyên nhân vô sinh						
		Tinh trùng yếu	BT không phóng noãn	do CTC	do VTC	do UXTC	Không rõ nguyên nhân	
Có thai	Không	Số lượng	8	6	1	8	2	27
		%	80,0%	75,0%	100,0%	88,9%	100,0%	67,5%
	Có	Số lượng	2	2	0	1	0	13
		%	20,0%	25,0%	,0%	11,1%	,0%	32,5%
Tổng	Số lượng	10	8	1	9	2	40	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Nhận xét: Tỷ lệ có thai của nhóm vô sinh do vòi tử cung là 11,1%, nhóm vô sinh do tinh trùng yếu là 20%, của nhóm buồng trứng không phóng noãn là 25%, nhóm không rõ nguyên nhân là 32,5%. Nhóm vô sinh do cổ tử cung chỉ có 01 bệnh nhân, nhóm vô sinh do u xơ tử cung chỉ có 2 bệnh nhân nên tỷ lệ có thai ở nghiên cứu này chưa đánh giá được.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả có thai với mật độ tinh trùng sau lọc rửa

		Mật độ sau lọc rửa			
		<10 triệu	10-40 triệu	>40 triệu	
Có thai	Không	Số lượng	1	4	47
		%	100%	100%	72,3%
	Có	Số lượng	0	0	18
		%	0%	0%	27,7%
Tổng	Số lượng	1	4	65	
	%	100%	100%	100%	

Nhận xét: Tỷ lệ có thai tập chung chủ yếu ở nhóm có mật độ tinh trùng sau lọc rửa trên 40 triệu. Điều đó cho thấy được chất lượng tinh trùng sau lọc rửa cải thiện rõ rệt so với trước khi lọc rửa. Tỷ lệ tinh trùng sau lọc dưới 10 triệu là rất ít, chỉ chiếm 1,9%, tỷ lệ tinh trùng từ 10-40 triệu sau lọc rửa chiếm tỷ lệ 7,7%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 70 cặp vợ chồng vô sinh với 123 chu kỳ IUI tại phòng khám hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình, thời gian từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 4 năm 2019 ban chủ nhiệm đề tài nhận thấy: tỷ lệ có thai sinh hóa/bệnh nhân là 25,71% , trong đó có 13 ca mang một thai chiếm 72,22% và 4 ca đa thai chiếm 22,22%, 01 ca bị chưa ngoài tử cung chiếm 5,56%.

Bệnh viện sản nhi Ninh Bình là đơn vị đầu tiên trong tỉnh triển khai kỹ thuật IUI. Trong thời gian hơn hai năm, chúng tôi vừa tiến hành thăm khám, điều trị cho bệnh nhân vô sinh

đồng thời cũng tiến hành lựa chọn đối tượng nghiên cứu để thực hiện đề tài cấp tỉnh theo hợp đồngNghiên cứu của chúng tôi có được tỷ lệ có thai là 25,71%. So với các nghiên cứu khác, đây là kết quả rất lạc quan nhưng chúng tôi chưa dám khẳng định về khả năng thành công cao hơn các trung tâm khác trên thế giới và ở Việt Nam, vì có thể có sự khác biệt giữa các quần thể lựa chọn nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cao hơn một chút với nghiên cứu của Đỗ Thị Hải[1] (11,3%) và của Nguyễn Thị Tuyết[2] (23,6%) nhưng lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Quang Minh[3] (28%) và của Tô Minh Hương[4] (31,3%). Nghiên cứu của Zhao và cộng sự (2004) trên 431 bệnh nhân với 1007 chu kỳ IUI cho tỷ lệ có thai 28%.

Có nhiều yếu tố quyết định đến sự thành công của IUI. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng các yếu tố quyết định đến sự thành công của IUI bao gồm tuổi người mẹ, số nang noãn trưởng thành, độ dày niêm mạc tử cung và chất lượng tinh trùng. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới và ở Việt Nam. Nghiên cứu của Dinelli[5] và cộng sự (2014) cho thấy tỷ lệ có thai cao ở những người mẹ dưới 38 tuổi, có số nang noãn trưởng thành sau kích thích buồng trứng trên 2 nang, có độ dày niêm mạc tử cung là 10mm trở lên và người chồng có tinh trùng di động sau lọc trên 40 triệu.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả có thai của phương pháp IUI trong đó yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến sự thành công của IUI là chất lượng tinh trùng sau khi lọc rửa. Nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới đã tiên lượng thành công của IUI dựa vào chất lượng tinh trùng sau khi lọc rửa. Theo một số nghiên cứu, ngưỡng số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa tối thiểu được đề nghị khi thực hiện IUI dao động từ 0,8 triệu đến 20 triệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% số trường hợp có thai mật độ tinh trùng sau lọc rửa là trên 40 triệu, và 100% số trường hợp có thai có tỷ lệ tinh trùng di động sau lọc rửa trên 50%. Kết quả này cho thấy số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa cao thì xác suất có thai cao. Phù hợp với kết quả của Lê Minh Châu[6], không có trường hợp nào có thai khi tổng số tinh trùng di động sau lọc rửa dưới 5 triệu, tỷ lệ có thai khi tổng số tinh trùng di động sau lọc rửa dưới 10 triệu là 10,3% và tỷ lệ có thai rất cao 75% khi tổng số tinh trùng thu được sau lọc rửa trên 20 triệu ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Châu Mai Phương[7] (2004) cho kết quả tương tự. Điều này cho phép những người làm về lĩnh vực hỗ trợ sinh sản tiên lượng được tỷ lệ thành công của IUI dựa trên số tinh trùng di động sau lọc rửa. Đây là nền tảng giúp cho công tác tư vấn cơ hội mang thai của bệnh nhân ngay trước khi thực hiện IUI.

V. KẾT LUẬN

Có 123 chu kỳ IUI thực hiện trên 70 cặp vợ chồng, số bệnh nhân có thai sinh hóa là 18 trường hợp chiếm 25,7%, có thai trên lâm sàng là 17 trường hợp chiếm tỷ lệ 24,28%.

- Đây là một kỹ thuật đơn giản dễ làm, chi phí đầu tư thấp, áp dụng cho nhiều đối tượng.
- Mỗi cặp vợ chồng niềm vui hạnh phúc lớn nhất là có con để nuôi dạy, thực hiện thiên chức làm cha mẹ, là nguồn cổ vũ tinh thần các thế hệ trong gia đình, giảm đi nỗi vất vả của các cặp vợ chồng khi đi khám tuyến trên phải chờ đợi và đi lại nhiều lần.
- Nâng cao thương hiệu uy tín của bệnh viện tuyến tỉnh, triển khai được các kỹ thuật chuyên sâu, giảm quá tải cho bệnh viện tuyến trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Hải** (2006), “*Kết quả kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung trong điều trị vô sinh tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2006-2007*”, Hội nghị hiếm muộn toàn quốc lần thứ nhất.

2. **Nguyễn Thị Tuyết** (2014), “*Nghiên cứu điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện đại học y Thái Bình*”, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II.

3. **Đỗ Quang Minh** (2002), “*Hiệu quả của bơm tinh trùng vào buồng tử cung điều trị vô sinh không rõ nguyên nhân, Vô sinh các vấn đề mới*”, tr 75-78.

4. **Tô Minh Hương** (2006), “*Đánh giá kết quả điều trị hiếm muộn bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện phụ sản Trung Hà Nội*”, Hội nghị vô sinh và hỗ trợ sinh sản.

5. Dinelli, et al. (2014), “*Prognosis factors of pregnancy after intrauterine insemination with the husband’s sperm: conclusions of an analysis of 2,019 cycles.*” *Fertil Steril*, 101(40): 994-1000

6. Lê Minh Châu, Nguyễn Đức Vy (2006), “*Bơm tinh trùng vào buồng tử cung: liên quan giữa bơm tinh trùng và tỷ lệ có thai ở những cặp vô sinh do thiếu năng tinh trùng*”, Tạp chí y học thực hành, số 9 năm 2007, tr.116-118.

7. Nguyễn Châu Mai Phương, Phùng Huy Tuân (2004), “*Hiệu quả của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung điều trị vô sinh trong các trường hợp có thiếu năng tinh trùng. Vô sinh các vấn đề mới*”, Nhà xuất bản y học, tr.71-74.

KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN CHUYỂN TUYẾN TẠI KHOA KHÁM BỆNH, KHOA NHI-HỒI SỨC CẤP CỨU CỦA TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN GIA VIỄN NĂM 2024

Đặng Tiến Hải^{1*}, Trần Thị Hằng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nguyên nhân chuyển tuyến tại khoa khám bệnh, khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Gia Viễn (TTYT) năm 2024. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được thực hiện bằng cách sử dụng dữ liệu từ Phần mềm quản lý bệnh viện (HIS) tại Khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu của TTYT huyện Gia Viễn năm 2023. Tổng số 2707 người bệnh nhập viện vào khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu, TTYT huyện Gia Viễn đã chuyển tuyến trong năm 2024 được trích xuất. **Kết quả:** Mã bệnh (C00-D48) U tân sinh có tỷ lệ chuyển cao nhất (n=502). Đa số người bệnh chuyển cùng tuyến (n= 2586). Số người bệnh chuyển viện trái tuyến chỉ là 106 người (4%). **Kết luận:** cần tăng cường các hoạt động đào tạo, đào tạo lại cho các bệnh có tỷ lệ chuyển tuyến cao nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Từ khóa: Trung tâm y tế; chuyển tuyến; hồi sức cấp cứu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội càng phát triển thì nhu cầu về khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân ngày càng cao. Với trình độ dân trí ngày càng được nâng cao, việc tiếp cận dễ dàng với các thông tin về bệnh tật, về phương pháp chẩn đoán, điều trị mới, giao thông thuận lợi. Mặt khác người dân luôn mong muốn để các cơ sở y tế có thái độ phục vụ ân cần, chu đáo, phòng bệnh đầy đủ tiện nghi hơn, phương thức chi trả viện phí tiện lợi. Tâm lý chung của người bệnh là muốn được tư vấn sức khỏe, chăm sóc sức khỏe tốt nhất, khi bị bệnh mức vừa, nặng là muốn chuyển lên tuyến trên để điều trị. Theo thống kê của một số cơ sở y tế, các nguyên nhân xin chuyển tuyến thường là do tâm lý của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân chưa yên tâm, bệnh viện còn thiếu các chuyên khoa sâu, hoặc các bác sĩ chuyên môn chưa đạt, thiếu kinh nghiệm xử lý, điều trị, tư vấn những ca bệnh phức tạp. Chính vì vậy việc phát triển chuyên môn y tế cơ sở ngày càng được quan tâm, vì đây là tuyến gần người dân nhất. Tuy nhiên, do vướng mắc trong công tác nhân lực, mua sắm thuốc, trang thiết bị nên việc định hướng phát triển mũi nhọn y tế cơ sở còn gặp nhiều khó khăn ảnh hưởng đến chất lượng chuyên môn điều trị, niềm tin của người bệnh. Do đó, tình trạng người bệnh vượt tuyến ngày càng nhiều gây ra tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, lãng phí tốn kém cho người bệnh và gia đình người bệnh. Trong khi đó ở tuyến cơ sở giảm số lượng người dân đến khám bệnh, chữa bệnh, ảnh hưởng lớn đến tự chủ tài chính như hiện nay, tạo một thách thức lớn cho cơ sở khám, chữa bệnh; buộc các đơn vị phải nỗ lực để phát triển theo kịp xu hướng, để có thể từng bước đáp ứng những yêu cầu ngày càng cao của người bệnh.

Hiện nay, các nghiên cứu khảo sát nguyên nhân chuyển tuyến của người bệnh tại tuyến y tế cơ sở trên địa bàn tỉnh Ninh Bình chưa nhiều, tập chung vào đánh giá, phân tích nguyên nhân chuyển tuyến theo tình trạng bệnh lý của bệnh nhân căn cứ vào khám và đánh giá ban đầu của bác sĩ, chưa khảo sát được nguyên nhân chủ quan từ phía người bệnh. Để giúp bệnh viện tuyến huyện kịp thời có các giải pháp hiệu quả, khắc phục tình trạng chuyển tuyến của người bệnh khi chưa cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu nguyên nhân chuyển tuyến tại khoa khám bệnh, khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Gia Viễn (TTYT) năm 2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: khoa khám bệnh, khoa Nhi - Hồi sức cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Gia Viễn.

¹Trung tâm Y tế Gia Viễn

Tác giả chính liên hệ: Đặng Tiến Hải, Email: hainb67@gmail.com

- Thời gian: từ tháng 01/2024 - tháng 9/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân chuyển tuyến điều trị tại khoa khám bệnh và khoa Nhi- HSCC, Trung tâm Y tế huyện Gia Viễn năm 2024

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt bệnh, thu thập số liệu sẵn có từ Phần mềm quản lý bệnh viện (HIS), tại Khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu của TTYT huyện Gia Viễn.

2.3.2. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Chúng tôi thu thập các thông tin chung liên quan đến người bệnh như tuổi, giới tính. Các thông tin liên quan đến Nhóm theo bệnh ICD-10, có bệnh kèm theo (có/ không), kết quả điều trị (đỡ/ không thay đổi/ nặng hơn). Các thông tin liên quan đến chuyển tuyến : hình thức chuyển tuyến, đúng tuyến (đúng tuyến/ trái tuyến), theo hình thức chi trả viện phí hoặc bảo hiểm y tế, nguyên nhân chuyển tuyến.

2.4. Phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi được trích xuất trực tiếp từ Phần mềm quản lý bệnh viện sang Excel, làm sạch và chuyển sang phần mềm R Studio để phân tích. Đối với các biến định lượng, độ tập trung được mô tả bằng trung vị, độ phân tán được mô tả bằng khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả theo tần suất và tỷ lệ phần trăm.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi Hội đồng Nghiên cứu khoa học của TTYT xét duyệt và chấp thuận cho thực hiện.

- Lấy thông tin dựa trên việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hằng ngày, không ảnh hưởng đến tinh thần và thể chất người bệnh, thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Số lượt	Tỷ lệ %
Nam	1.197	44%
Nữ	1.510	56%

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân chuyển tuyến theo nhóm tuổi

Độ tuổi	số lượng	Tỷ lệ
0-6 tuổi	30	1.1%
7 - 22 tuổi	145	5.4%
22-50 tuổi	762	28.1%
Trên 50 tuổi	1770	65.4%
Tổng cộng	2707	100

Bảng 3. Phân bố BN chuyển tuyến theo nơi đăng ký KCB ban đầu

Nơi đăng ký KCB ban đầu	Số lượng	Tỷ lệ
Huyện Gia Viễn (TTYT huyện, TYT xã, PKĐKKV, PKĐKTN)	2426	90%
Huyện khác (TTYT, TYT xã, PKĐKTN)	160	6%
Tuyến tỉnh	52	2%
Ngoại tỉnh	54	2%
Tổng cộng	2692	100

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân có thẻ BHYT so với bệnh nhân viện phí

Hình thức chi trả	Số lượt	Tỷ lệ %
Bảo hiểm y tế	2692	99,4%
Viện phí	15	0,6%

Bảng 5. Nhóm bệnh chuyển tuyến tại khoa khám bệnh

chương bệnh theo ICD 10	Số lượt	Tỷ lệ
(A00-B99) Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	210	7.9%
(C00-D48) U tân sinh	502	18.9%
(D50-D89) Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch	48	1.8%
(E00-E90) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	356	13.4%
(F00-F99) Rối loạn tâm thần và hành vi	268	10.1%
(G00-G99) Bệnh hệ thần kinh	110	4.1%
(H00-H59) Bệnh mắt và phần phụ của mắt	263	9.9%
(H60-H95) Bệnh tai và xương chũm	30	1.1%
(I00-I99) Bệnh hệ tuần hoàn	342	12.9%
(J00-J99) Bệnh hệ hô hấp	80	3.0%
(K00-K93) Bệnh hệ tiêu hoá	80	3.0%
(L00-L99) Bệnh da và tổ chức dưới da	12	0.5%
(M00-M99) Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết	79	3.0%
(N00-N99) Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	125	4.7%
(O00-O99) Mang thai, sinh đẻ và hậu sản	9	0.3%
(Q00-Q99) Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể	16	0.6%
(R00-R99) Các triệu chứng cơ năng, thực thể và bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng không phân loại nơi khác	44	1.7%
(S00-T98) Tồn thương, ngộ độc và một số hậu quả do nguyên nhân ngoại sinh	82	3.1%
Tổng cộng	2656	

Bảng 6. Nhóm bệnh chuyển tuyến tại khoa Nhi-HSCC

Chương bệnh theo ICD 10	số lượng	Tỷ lệ
(A00-B99) Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	2	3.9%
(C00-D48) U tân sinh	4	7.8%
(D50-D89) Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch	3	5.9%
(E00-E90) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	1	2.0%
(I00-I99) Bệnh hệ tuần hoàn	9	17.6%
(J00-J99) Bệnh hệ hô hấp	20	39.2%

(R00-R99) Các triệu chứng cơ năng, thực thể và bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng không phân loại nơi khác	6	11.8%
(S00-T98) Tổn thương, ngộ độc và một số hậu quả do nguyên nhân ngoại sinh	6	11.8%
Tổng cộng	51	

Bảng 7. Nguyên nhân chuyển tuyến theo đánh giá của bác sĩ

Nguyên nhân	Số phiếu	Tỷ lệ %
Bệnh vượt quá khả năng chuyên môn	165	33%
Thiếu thuốc, VTYT, ngoài danh mục DVKT được thực hiện	120	24%
Theo yêu cầu của bệnh nhân và người nhà (Lo lắng về tình trạng bệnh, không tin tưởng vào khả năng điều trị của cơ sở)	215	43%
Tổng cộng	500	

Bảng 8. Nguyên nhân chuyển tuyến theo ý kiến người bệnh/người nhà

Nguyên nhân	Số Lượt	Tỷ lệ %
Lo lắng về tình trạng bệnh, không tin tưởng vào khả năng điều trị của cơ sở	115	23%
Thiếu thuốc, VTYT, ngoài danh mục DVKT được thực hiện	65	13%
Đã điều trị tại tuyến tỉnh trước đó và có mong muốn duy trì điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh	260	52%

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ giới tính nữ của bệnh nhân chuyển tuyến là 56%, nam là 44%. Không có sự chênh lệch đáng kể về giới tính đối với đối tượng nghiên cứu và hoàn toàn phù hợp với tỷ lệ giới tính bệnh nhân khám bệnh, chữa bệnh tại TTYT huyện Gia Viễn (nam: 44.2 %, nữ: 55.8 %).

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ nhóm tuổi chuyển tuyến nhiều nhất là nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi (65.4%), thấp nhất là nhóm tuổi 0-6 tuổi (1.1%). Có sự chênh lệch khá lớn về độ tuổi chuyển tuyến tại TTYT Gia Viễn. Phản ánh phù hợp với cơ cấu độ tuổi tham gia khám chữa bệnh tại đơn vị: độ tuổi khám bệnh từ 0-6 tuổi chiếm 4%, trên 50 tuổi 74%. Có thể thấy nhóm tuổi trên 50 tuổi là nhóm tuổi cần đến sự chăm sóc y tế nhiều nhất do đặc điểm sức khỏe của nhóm tuổi này gặp nhiều vấn đề sức khỏe hơn, sự quan tâm đến sức khỏe của nhóm tuổi này cũng cao hơn các nhóm tuổi khác. Việc xác định nhóm tuổi chuyển tuyến kết hợp với cơ cấu bệnh tật giúp phân tích định hướng phát triển của đơn vị trong thời gian tới. Tuy nhiên, việc phân bố không đồng đều giữa các nhóm tuổi cũng thể hiện sự phát triển chuyên môn chưa đồng đều tại TTYT Gia Viễn, bao gồm cả các yếu tố khách quan như: sự phát triển của hệ thống phòng khám tư nhân thu hút lượng bệnh nhân thuộc đối tượng trẻ em, người đang trong độ tuổi lao động do yêu cầu khám nhanh, rút ngắn thời gian điều trị, ảnh hưởng của chính sách thông

tuyển KCB BHYT, dẫn đến số lượng bệnh nhân (đặc biệt nhóm tuổi 0-6 tuổi) có xu hướng đến bệnh viện tuyển trên khám và điều trị.

Tuyển đăng ký ban đầu của bệnh nhân chuyên tuyến (bệnh nhân BHYT) và hình thức chi trả. Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phù hợp với thực tế khi thống kê số lượng bệnh nhân chuyển tuyến có đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở y tế trên địa bàn huyện Gia Viễn. Tỷ lệ khám chữa bệnh và chuyển tuyến đối với các đối tượng thông tuyến khá thấp. Như vậy, việc thu hút bệnh nhân từ các địa phương lân cận chưa được hiệu quả tại TTYT Gia Viễn.

Bệnh nhân đến khám và chuyển tuyến tại TTYT huyện Gia Viễn chủ yếu vẫn là đối tượng KCB BHYT với tỷ lệ 99%. Đối với nhóm bệnh nhân viện phí, họ không phụ thuộc vào các quy định chuyển tuyến nên thường họ sẽ khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyển trên theo yêu cầu mà không qua TTYT tuyển huyện (trừ các trường hợp cần sơ cứu, cấp cứu ban đầu).

Cơ cấu bệnh chuyển tuyến tại TTYT Gia Viễn

- Căn cứ kết quả nghiên cứu, nhóm bệnh nhân được chuyển tuyến nhiều nhất thuộc nhóm bệnh lý u tân sinh (C00-D48) với 18.8%. Đây là nhóm bệnh nhân được chuyển tuyến điều trị theo giấy hẹn tái khám của bệnh viện tuyển trên và hiện tại đơn vị không đủ khả năng chuyên môn để khám và điều trị các bệnh lý tại nhóm này.

Tuy nhiên, có một số nhóm bệnh với điều kiện nhân lực, trang thiết bị tại TTYT huyện Gia Viễn bệnh nhân vẫn có thể được điều trị tại đơn vị nhưng vẫn có tỷ lệ chuyển tuyến khá cao như: (I00-I99) Bệnh hệ tuần hoàn tỷ lệ chuyển 13.4%, (E00-E90) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá tỷ lệ chuyển 13.2%, (J00-J99) Bệnh hệ hô hấp tỷ lệ chuyển 3.3%... Như vậy, việc chuyển tuyến các trường hợp bệnh phù hợp với khả năng điều trị tại TTYT Gia Viễn đã là giảm số lượng bệnh nhân điều trị tại đơn vị khá nhiều, đặc biệt là đối với những bệnh nhân mạn tính như tăng huyết áp, cơn đau thắt ngực ổn định, đái tháo đường, rối loạn chuyển hoá lipid... Giảm cơ hội phát triển kỹ thuật mới đối với những bệnh nhân thuộc chuyên khoa sâu như: mắt, da liễu, tâm thần, tai mũi họng...

Thông qua đánh giá cơ cấu nhóm bệnh chuyển tuyến có thể xây dựng định hướng phát triển chuyên môn dựa trên nền tảng cơ sở vật chất, nhân lực sẵn có tại đơn vị, tạo điều kiện cho bệnh nhân được điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh tại địa phương, giảm thời gian đi lại và chi phí điều trị. Thúc đẩy sự nỗ lực nâng cao năng lực chuyên môn, đổi mới tinh thần thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng của người dân gắn với lộ trình tự chủ tài chính.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ chuyển tuyến

- Việc phỏng vấn ngẫu nhiên đối với bác sĩ và người bệnh/người nhà đối với các ca bệnh chuyển tuyến giúp phân tích sâu hơn, có cái nhìn đa chiều về nguyên nhân chuyển tuyến tại TTYT huyện Gia Viễn.

- 52% bệnh nhân cho rằng đã việc duy trì điều trị tại tuyến tỉnh theo giấy hẹn tái khám mang lại hiệu quả điều trị cho họ và họ không muốn thay đổi cơ sở khám chữa bệnh đang điều trị trước đó. Một bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh nhận xét “Mặc dù biết có thể điều trị bệnh của tôi tại TTYT Gia Viễn, nhưng do đã quen với phác đồ điều trị cũng như bác sĩ tại tuyến tỉnh rồi, nên vẫn khám và xin giấy chuyển tuyến để điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh”, “tôi đã được lập hồ sơ bệnh án quản lý tại bệnh viện tỉnh trước đó và có giấy hẹn tái khám tại bệnh viện tỉnh nên tôi đến xin giấy chuyển xuống tỉnh điều trị theo hướng dẫn của bác sĩ”. Việc thay đổi tư duy của nhóm đối tượng này phụ thuộc khá nhiều vào việc đáp ứng nhu cầu về thuốc đã được điều trị trước đó và khả năng tư vấn, thuyết phục, chứng minh hiệu quả điều trị tại đơn vị của bác sĩ, điều dưỡng trực tiếp thăm khám và tư vấn bệnh nhân.

- Có 23% bệnh nhân được hỏi lo lắng về tình trạng bệnh của bản thân, chưa đủ tin tưởng vào khả năng điều trị tại TTYT Gia Viễn. “Tôi được người thân giới thiệu nếu phẫu thuật kết hợp xương nên thực hiện tại bệnh viện chính hình Tam Điệp sẽ tốt hơn” (Bệnh nhân chuyển tuyến do gãy xương cẳng tay); “con tôi đã được điều trị ở nhà 5 ngày nhưng không đỡ, tôi đến TTYT Gia Viễn khám để xin chuyển tuyến cho cháu xuống Bệnh viện Sản nhi khám tìm nguyên nhân và điều trị ở đó” (mẹ bệnh nhân nhi 6 tháng tuổi). Nhóm đối tượng này đa số thuộc độ

tuổi lao động hoặc bố/mẹ/người giám hộ đối với bệnh nhân nhi. Về khả năng kinh tế, nhu cầu điều trị của nhóm đối tượng này khá cao, nên việc họ lựa chọn cơ sở y tế có năng lực chẩn đoán, điều trị cao hơn là hoàn toàn dễ hiểu. Nếu có thể tác động nhằm thay đổi thái độ của nhóm đối tượng bệnh nhân này để họ lựa chọn điều trị tại TTYT huyện Gia Viễn sẽ mang lại cơ hội phát triển năng lực điều trị tại đơn vị do họ sẵn sàng chi phí thêm cho các thuốc, VTYT, dịch vụ ngoài quyền lợi hưởng của BHYT với mục đích được điều trị và chăm sóc tốt nhất, thời gian điều trị ngắn nhất và hiệu quả điều trị cao nhất. Đối với nhóm nguyên nhân lo lắng về tình trạng bệnh và chưa tin tưởng, không hợp tác điều trị được nhóm các bác sĩ đánh giá là nguyên nhân chính của tình trạng chuyển tuyến với 43%. Bác sĩ chuyên khoa sản cho biết “có những bệnh nhân đã được bác sĩ tư vấn về chất lượng dịch vụ tại đơn vị, những lợi ích khi điều trị tại TTYT Gia Viễn về cơ sở vật chất, sự quan tâm sát sao, cả sự hỗ trợ chuyên môn của tuyến trên khi cần thiết hoặc người bệnh có nhu cầu. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn xin chuyển tuyến do chưa tin tưởng và năng lực điều trị tại khoa”. “Có rất nhiều trường hợp, sau tư vấn điều trị, bệnh nhân đã đồng ý điều trị tại khoa rồi nhưng sau khi trao đổi với người nhà thì bệnh nhân đã thay đổi ý kiến và xin chuyển tuyến trên điều trị” (bác sĩ tại khoa Nhi – HSCC).

- Với nhóm nguyên nhân vượt khả năng chuyên môn điều trị tại đơn vị (33%) được các bác sĩ đánh giá thường gặp tại khoa Nhi – HSCC với bệnh nhân có tình trạng nặng, sau khi cấp cứu ban đầu tại khoa được chuyển tuyến điều trị như: suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não... hoặc các bệnh lý về ung bướu (chuyển tuyến tại khoa khám bệnh).

- Nguồn nhân lực tại TTYT huyện Gia Viễn được đánh giá là khá đầy đủ, chất lượng cao với các chuyên khoa: HSCC, nội, ngoại, sản, nhi, truyền nhiễm, da liễu, tai mũi họng, răng hàm mặt, phẫu thuật nội soi, CDHA... Tuy nhiên, việc cung ứng thuốc, trang thiết bị đảm bảo cho sự phát triển chuyên môn có thời điểm chưa đáp ứng tương đương nên có 24% bác sĩ cho rằng việc chuyển tuyến của bệnh nhân do thiếu thuốc, VTYT, ngoài danh mục DVKT được thực hiện. “Một số trường hợp mổ kết hợp xương, phẫu thuật nội soi ổ bụng khác có thể thực hiện tại TTYT Gia Viễn, tuy nhiên thuốc, VTYT phục vụ trong quá trình thực hiện phẫu thuật còn thiếu nên chúng tôi không thể thực hiện điều trị cho bệnh nhân được nên phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị” (bác sĩ khoa Ngoại – CK), “có thời gian chúng tôi phải chuyển bệnh nhân điều trị bệnh mạn tính như đái tháo đường, COPD, hen phế quản lên tuyến trên do đơn vị chưa đáp ứng đủ nhu cầu thuốc cho bệnh nhân” (bác sĩ khoa khám bệnh). “Đối với một số bệnh lý về tâm thần, về nhân lực, các dịch vụ kỹ thuật phục vụ điều trị, theo dõi có nhưng do chưa có thuốc điều trị nên phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để duy trì thuốc”; “chúng tôi đã xây dựng kế hoạch điều trị viêm gan virus B như ký hợp đồng xét nghiệm tải lượng virus viêm gan B với Bệnh viện Đa khoa tỉnh, có nhân lực đủ điều kiện khám và điều trị tuy nhiên do khó khăn trong quá trình đấu thầu thuốc nên hiện tại vẫn chưa triển khai được điều trị viêm gan B và phải chuyển tuyến điều trị cho bệnh nhân sau khi phát hiện bệnh”...

V. KẾT LUẬN

Thực trạng chuyển tuyến của người bệnh từ Khoa Nhi-Hồi sức cấp cứu, TTYT huyện Gia Viễn cho thấy Mã bệnh (C00-D48) U tân sinh có tỷ lệ chuyển cao nhất (n=502). Đa số người bệnh chuyển cùng tuyến (n= 2586). Số người bệnh chuyển viện trái tuyến chỉ là 106 người (4%). Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường các hoạt động đào tạo, đào tạo lại cho các bệnh có tỷ lệ chuyển tuyến cao nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)**, Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. **Bộ Y tế (2014)**, Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 Quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. **Bộ Y tế (2014)**, Thông tư số 37/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 Hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. **Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2014)**, Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực thực hiện công tác chỉ đạo tuyến và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh.

5. **Theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP của Chính Phủ**, quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế.

6. **Quyết định số 3970/QĐ-BYT ngày 24/09/2015 của Bộ Y tế** về việc ban hành Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD-10) tập 1 và tập 2.

7. **Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012)**, Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới – Quảng Bình, Tạp chí khoa học, Đại học Huế, tập 72B, số 3, tr. 75-84.

¹ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT SAU MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Đỗ Văn Mạnh^{1*}, Nguyễn Thị Tuyết Thanh, Trần Thị Dung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đọc thực hiện với 2 mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tắc ruột sau mổ và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 5/2016 – 04/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang bao gồm 203 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột cơ học sau mổ và được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 05/2016 đến 4/2019. **Kết quả:** nam giới chiếm 57,6%; cao hơn nữ giới là 42,4%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-59 tuổi và 60-79 tuổi đều chiếm 33,5%, đa số có tiền sử phẫu thuật 1 lần chiếm 71,9%; phẫu thuật 2 lần chiếm 23,2%; 3 lần chiếm 3,9%; ≥ 4 lần chiếm 1%. Thời gian phẫu thuật từ lần cuối cùng đến khi vào viện dưới 1 năm; có 37,9% , từ 1 đến 5 năm và 37,9%. Có 31% có tiền sử phẫu thuật ruột non; 23,6% tiền sử phẫu thuật ruột thừa;. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân vào viện đa số là dưới 24 giờ (76,4%); tiếp theo là từ 24 đến 72 giờ chiếm 22,1%. Triệu chứng cơ năng: đau bụng cơn chiếm tỷ lệ 99%; bí trung đại tiện 92,1%; nôn 82,8%. Trong các triệu chứng toàn thân thì triệu chứng mạch nhanh trên 90 lần/phút chiếm 24,1%; dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc chiếm 22,2%. Về triệu chứng thực thể: bụng chướng chiếm 95,6%; dấu hiệu rắn bò 44,3%; có quai ruột nổi 29,1%... Về các triệu chứng CLS: dấu hiệu ruột giãn trên X quang chiếm 37,4%; có mức hơi mức nước 75,4%. trên siêu âm 73,4% bệnh nhân có chuyển động ngược dịch ổ bụng chiếm 35,5%; có 77 bệnh nhân trong số 203 bệnh nhân được điều trị ngoại khoa chiếm tỷ lệ 37,9%. trong số đó có 88,3% bệnh nhân được phẫu thuật mở; 9,1% được phẫu thuật nội soi và 2,6%, được phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở do có bụng chướng nhiều, và tổn thương dính phức tạp vùng tiểu khung không tiến hành gỡ dính được. Trong số các bệnh nhân mổ mở thì có 9 bệnh nhân bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 12,8%; thời gian trung tiện trung bình của bệnh nhân mổ mở là 62 giờ; còn ở bệnh nhân nội soi trung bình là 40 giờ. thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân mổ mở là 9,3 ngày; còn ở bệnh nhân nội soi thì thời gian nằm viện trung bình là 6,7 ngày. **Kết luận:** Bệnh lý tắc ruột sau mổ bụng cũ gặp ở nam nhiều hơn nữ, chủ yếu bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật trên ruột non và ruột thừa. các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường có ngũ chứng kinh điển. Hầu hết bệnh nhân được chỉ định mổ mở (88,3%). Thời gian phục hồi sau mổ ở bệnh nhân được mổ nội soi tốt hơn mổ mở nhưng việc chỉ định mổ nội soi cần phải cân nhắc.

Từ khoá: Tắc ruột sau mổ, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sau mổ là bệnh lý hay gặp trong các bệnh ngoại khoa cấp cứu ổ bụng. Là sự ngừng trệ lưu thông dịch tiêu hóa, thức ăn, hơi trong lòng ruột do nguyên nhân dính hoặc dây chằng hoặc kết hợp cả hai trên những bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ. Bệnh có thể xảy ra sớm sau phẫu thuật ổ bụng từ 5-7 ngày nhưng cũng có thể xuất hiện sau 10- 20 năm và việc điều trị bệnh lý này vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Việc chẩn đoán, chỉ định điều trị cho bệnh lý tắc ruột dựa trên căn cứ các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tiền sử phẫu thuật để đưa ra quyết định điều trị nội khoa hay phẫu thuật. Tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về loại bệnh lý tắc ruột sau mổ nhưng các nghiên cứu của các tác giả cho thấy các kết quả không giống nhau và các quan điểm giữa các tác giả nghiên cứu còn khác biệt. Không ít các trường hợp bệnh nhân tắc ruột sau mổ, chỉ định phẫu thuật chậm đã để lại các biến chứng nặng nề làm diễn biến điều trị sau mổ phức tạp, thời gian điều trị kéo dài, tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình chúng tôi thực nghiên cứu đề tài; “**Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình**” nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tắc ruột sau mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 5/2016 – 04/2019.

^{1*} Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Đỗ Văn Mạnh - Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tel: 0982926557, <mailto:Dr.dovanmanh@gmail.com> Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 5/2016 – 04/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 203 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột cơ học sau mổ và được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 05/2016 đến 4/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 203 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột cơ học sau mổ và được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 05/2016 đến 04/2019.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới (n=203)

Nhóm tuổi	Giới	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p _{1,2}
		n	%	n	%	n	%	
< 20		3	2,6	1	1,2	4	2,0	< 0,05
20-39		36	30,8	12	14,0	48	23,6	
40-59		32	27,4	36	41,9	68	33,5	
60-79		43	36,8	25	29,1	68	33,5	
≥ 80		3	2,6	12	14,0	15	7,4	
Tổng		117	57,6	86	42,4	203	100	

Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 57,6%; cao hơn nữ giới là 42,4%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-59 tuổi và 60-79 tuổi đều chiếm 33,5%.

Bảng 2. Tiền sử số lần điều trị tắc ruột (n=203)

Số lần điều trị tắc ruột	n	Tỷ lệ (%)
0	95	46,8
1	55	27,1
2	37	18,2
3	10	4,9
≥ 4	6	3,0

Có 46,8% đối tượng chưa từng điều trị tắc ruột trước đây; có 27,1% đối tượng từng điều trị 1 lần; 18,2% đối tượng từng điều trị 2 lần; 4,9% đã từng điều trị 3 lần, còn lại 3% đã từng điều trị từ 4 lần trở lên.

Bảng 3. Bệnh lý được phẫu thuật gần nhất (n=203)

Bệnh lý mổ gần nhất	n	Tỷ lệ (%)
Ruột non	63	31,0
Ruột thừa	48	23,6
Dạ dày	24	11,8
Tử cung	20	9,9
Đại tràng	15	7,4
Gan mật	13	6,3
Buồng trứng	8	4,0
Lách	4	2,0
Khác (bàng quang, hạch, thoát vị)	8	4,0

Có 31% đối tượng nghiên cứu đã từng phẫu thuật ruột non; 23,6% đối tượng đã từng phẫu thuật ruột thừa; 11,8% đối tượng đã từng phẫu thuật dạ dày; 9,9% đối tượng đã từng phẫu thuật tử cung; 7,4% đối tượng đã từng phẫu thuật đại tràng...

Bảng 4. Triệu chứng chung lúc vào viện (n=203)

Triệu chứng lúc vào viện	n	Tỷ lệ (%)
Toàn thân		
Mạch > 90 lần/phút	49	24,1
Nhiệt độ > 38 ⁰ C	1	0,5
Huyết áp tối đa <100 mmHg	6	3,0
Dấu hiệu nhiễm trùng	45	22,2
Cơ năng		
Đau bụng từng cơn	201	99,0
Nôn	168	82,8
Bí trung đại tiện	187	92,1
Thực thể		
Bụng chướng	194	95,6
Dấu rắn bò	90	44,3
Quai ruột nổi	59	29,1
Điểm đau khu trú	28	13,8
Phản ứng thành bụng	25	12,3

Các triệu chứng toàn thân thì triệu chứng mạch nhanh trên 90 lần/phút chiếm 24,1%; tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc chiếm 22,2%.

Về triệu chứng cơ năng: tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng cơn chiếm 99%; bí trung đại tiện chiếm 92,1%; triệu chứng nôn chiếm 82,8%.

Về triệu chứng thực thể: tỷ lệ bệnh nhân có bụng chướng chiếm 95,6%; tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu rắn bò chiếm 44,3%; có quai ruột nổi chiếm 29,1%...

Bảng 5. Hình ảnh X quang bụng trước mổ (n=203)

Dấu hiệu trên X quang	n	Tỷ lệ (%)
Ruột giãn	76	37,4
Mức hơi nước	153	75,4

Bảng 6. Cách thức phẫu thuật (n=77)

Cách thức phẫu thuật	n	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật mở	68	88,3
Phẫu thuật nội soi	7	9,1
PTNS chuyển mổ	2	2,6

Những bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật thì có 88,3% bệnh nhân được phẫu thuật mở; 9,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và 2,6% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở.

Bảng 7. Đặc điểm thương tổn trong mổ (n=77)

Loại thương tổn	CD phẫu thuật	Mổ mở (n=70)		Mổ nội soi (n=7)	
		n	%	n	%
Dây chằng		1	33,3	2	66,7
Dính		38	97,4	1	2,6

Dính + dây chằng	18	81,8	4	18,2
Dính + bã thức ăn	6	100	0	0
Hoại tử ruột	5	100	0	0
Dính + thoát vị	2	100	0	0

Những bệnh nhân có dính ruột kết hợp với có bã thức ăn hoặc thoát vị đều có chỉ định mổ mở.

Bảng 8. Biến chứng sau mổ (n=77)

CD phẫu thuật	Mổ mở (n=70)		Mổ nội soi (n=7)	
	n	%	n	%
Nhiễm trùng vết mổ	9	12,8	0	0
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	1,4	0	0
Viêm phổi	1	1,4	0	0
Suy kiệt	1	1,4	0	0

Không có bệnh nhân mổ nội soi nào bị biến chứng sau mổ. Trong số các bệnh nhân mổ mở thì có 9 bệnh nhân bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 12,8%; 3 bệnh nhân còn lại bị các biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi hoặc suy kiệt.

Bảng 9. Kết quả điều trị theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở (n=70)		Mổ nội soi (n=7)	
	n	%	n	%
Tốt	25	35,7	4	57,1
Trung bình	41	58,6	3	42,9
Xấu	4	5,7	0	0

Trong số 7 bệnh nhân mổ nội soi thì, kết quả điều trị tốt chiếm 4 bệnh nhân (57,1%); kết quả trung bình có 3 bệnh nhân chiếm 42,9%. Không có bệnh nhân có kết quả xấu. Trong số 70 bệnh nhân mổ mở có 35,7% bệnh nhân có kết quả tốt; 58,6% bệnh nhân có kết quả trung bình và 5,7% bệnh nhân có kết quả xấu (trong đó có 2 bệnh nhân đến muộn sau 3 ngày bị hoại tử ruột phải cắt bỏ đoạn ruột, 01 bệnh nhân dính nhiều khi gỡ dính làm thủng bàng quang, 01 bệnh nhân cao tuổi thể trạng suy kiệt, sau mổ có nhiễm khuẩn hô hấp).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong số 203 bệnh nhân được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu này có tới 57,6% bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với 42,4% bệnh nhân là nữ giới. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính nam: nữ là 1,3:1, tỷ lệ này tương tự với phân bố về giới trong các nghiên cứu của tác giả Mig Zhe Li (2012) với tỷ lệ nam/nữ là 1,3. Nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Hùng với tỷ lệ là 1,4; tỷ lệ nam/nữ là 1,1:1 trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Sơn (2010) và 1:1 là tỷ lệ ở nghiên cứu năm 2008 của tác giả Nguyễn Văn Hải.

Chúng tôi nhận thấy độ tuổi thường gặp bệnh lý tắc ruột sau mổ cao nhất là 40-79 tuổi, cụ thể theo nghiên cứu tại hai nhóm tuổi là 40-59 và nhóm tuổi từ 60-79 đều chiếm tỷ lệ 33,5% tổng số bệnh nhân.

Về số lần phẫu thuật bụng trước đây, 70% đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đã phẫu thuật 1 lần, số lượng lần đầu phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp, chỉ 2%. Số còn lại đã từng phẫu thuật bụng 2 lần hoặc 3 lần; có 23,2% bệnh nhân từng phẫu thuật 2 lần và phẫu thuật 3 lần chỉ chiếm 3,9%. Chỉ có 2 trong tổng số 203 trường hợp được đưa vào nghiên cứu có tới 4 lần phẫu thuật bụng trước đây.

Bệnh lý mổ gần nhất trong các trường hợp phổ biến nhất là bệnh liên quan đến ruột non, chiếm 31%. Phẫu thuật ruột thừa (23,6%), phẫu thuật dạ dày (11,8%), tử cung (9,9%), đại tràng (7,4%) ...

Về các đường mổ bụng trong các lần phẫu thuật trước đây, vị trí hay được sử dụng đó là đường giữa trên và dưới rốn (chiếm 41,9%). Tiếp đó là vị trí tại đường giữa trên rốn (chiếm 19,7%), phẫu thuật nội soi chiếm 14,3%, còn lại là tại các vị trí đường giữa dưới rốn, đường MacBurney, đường trắng bên và đường ngang nếp bụng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian bệnh nhân từ khi có triệu chứng đau bụng đến khi vào viện dưới 24 giờ chiếm 76,4% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Hùng với tỷ lệ là 58,5%; tỷ lệ bệnh nhân vào viện sau 72 giờ chỉ chiếm 1,5%; cũng có tới 22,1%. Bệnh nhân vào viện trong khoảng từ 24 đến 71 giờ kể từ khi khởi phát đau. Nhân định từ nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Hùng và Nguyễn Ngọc Huy và Hoàng Mạnh An khi cho rằng đa số bệnh nhân vào viện trong ngày đầu sau khi khởi phát cơn đau đầu tiên, chỉ có một số ít bệnh nhân vào viện sau 3 ngày kể từ lần đau đầu tiên.

Bệnh nhân khi tới viện thường có nhiều triệu chứng khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có hai triệu chứng toàn thân phổ biến là mạch nhanh trên 90 lần/phút (chiếm 24,1%) và có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc (chiếm 22,2%). Về triệu chứng cơ năng, có tới 99% bệnh nhân vào viện khi có triệu chứng đau bụng, triệu chứng bí trung đại tiện chiếm 92,1%, tiếp đó là triệu chứng nôn với tỷ lệ là 82,2%. Đây là các triệu chứng khá thường gặp trong bệnh lý tắc ruột sau mổ, do sự lưu thông trong lòng ruột bị tắc nghẽn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 95,6% bệnh nhân có triệu chứng chướng bụng, các triệu chứng ít phổ biến hơn như dấu hiệu rắn bò (chiếm 44,3%), quai ruột nổi (chiếm 29,1%)..v..v..

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đối với nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng Xquang là công cụ để chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân có 75,4% bệnh nhân có hình nahr mức hơi, mức nước.

Trên Siêu âm có tới 73,4 % bệnh nhân có dấu hiệu tắc ruột.

4.4. Kết quả điều trị tắc ruột sau mổ bụng

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 4 năm 2019 có tổng cộng 203 trường hợp tắc ruột sau mổ được điều trị. Trong đó có 77 trường hợp bệnh nhân được chỉ định điều trị ngoại khoa, cụ thể 68 trường hợp được phẫu thuật mở, chiếm 88,3%. Phẫu thuật nội soi có 7 trường hợp được chỉ định, 2 trường hợp bệnh nhân được mổ mở sau phẫu thuật nội soi thất bại.

Đặc điểm thương tổn với chỉ định loại phẫu thuật được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tất cả những bệnh nhân có dính ruột kết hợp với có bã thức ăn hoặc thoát vị nội, hay hoại tử ruột đều có chỉ định mổ mở. Những bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi khi có dính đơn thuần, tắc ruột do dây chằng hoặc dính kết hợp với dây chằng. Đối với bệnh nhân thực hiện mổ nội soi loại thương tổn phổ biến hay gặp nhất là dây chằng với 66,7%; tiếp đến là dính kết hợp với dây chằng chiếm 17,2%. Tuy nhiên đặc điểm thương tổn so với mổ mở chủ yếu tập trung vào các loại dính, dính kết hợp với dây chằng và bã thức ăn, thoát vị nội.

Đánh giá về kết quả điều trị, trong số 7 bệnh nhân mổ nội soi thì kết quả điều trị tốt chiếm 4 bệnh nhân (57,1%); kết quả trung bình có 3 bệnh nhân chiếm 42,9%. Không có bệnh nhân có kết quả xấu. Trong số 70 bệnh nhân mổ mở có 35,7% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt; bệnh nhân kết quả trung bình có tỷ lệ trong nhóm mổ mở chiếm kết quả điều trị cao hơn cả 58,6% và có tới 4 trường hợp bệnh nhân (chiếm 5,7%) có kết quả xấu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý tắc ruột sau mổ thường gặp ở nam nhiều hơn nữ tần suất xuất hiện nhiều ở độ tuổi trên 40. Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật lần đầu có thời gian bị tắc ruột là trên 1 năm. Các triệu chứng lâm sàng, và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định vẫn dựa vào các triệu chứng kinh điển là: đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng, X quang bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước mức hơi + tiền sử mổ bụng cũ. Chỉ định điều trị nội khoa là chủ yếu, chỉ can thiệp ngoại khoa khi điều trị nội khoa thất bại hoặc tắc ruột có triệu chứng đau rầm rộ.

Vấn đề điều trị ngoại khoa chủ yếu là mổ mở do tính chất dính của ổ bụng cũng như, khó khăn khi tiếp cận bằng PTNS. Tuy nhiên việc chỉ định PTNS cũng cần cân nhắc vì tính ưu việt của nó nhưng cho từng trường hợp cụ thể và với trình độ của phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu, Nguyễn Hồng Sơn (2008), Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(1), tr.154-160.

2. Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Trung Tín, Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2013), Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột do dính sau mổ, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17(6), tr.157-165.

3. Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Việt Thành, Phan Minh Trí và các cộng sự. (2007), "Điều trị tắc ruột sau mổ bằng phẫu thuật nội soi", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 11(1), tr. 65-70.

4. Phạm Duy Hiền, Nguyễn Minh Khôi (2016), Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em bằng phương pháp phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương (01/13-06/15), *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 20(5), tr. 264-270.

5. Dương Trọng Hiền (2014), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ, *Trường Đại Học Y Hà Nội*.

6. Phạm Đức Huân (2010), Tắc ruột, Cấp cứu ngoại khoa, *Nhà xuất bản Giáo dục Hà Nội*, tr. 69-78.

7. Đặng Ngọc Hùng (2016), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, *Luận án Tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế.

8. Đặng Ngọc Hùng, Đặng Như Thành, Lê Lộc (2014), Tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 18(2), tr. 55-62.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP BẰNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2019 - 2020

Đào Thị Nhâm^{1*}, Nguyễn Thùy Anh Thư, Phạm Thị Hồng Tính

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết (TSH) đường tĩnh mạch, nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan sau điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, (2) Nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan sau điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tổng số 45 bệnh nhân (BN) bị đột quỵ nhồi máu não cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $69,22 \pm 9,8$. Triệu chứng lâm sàng liệt nửa người và liệt các dây thần kinh sọ gặp ở hầu hết các trường hợp (91,93%). Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, rối loạn Lipid máu chiếm tỷ lệ hàng đầu (80%, 53,3%). Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi dùng thuốc Alteplase là $157,5 \pm 33,7$. Các dấu hiệu mất phân biệt chất xám chất trắng, xóa các rãnh cuộn khá thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 68,9%, 64,4%. Dấu hiệu tăng quang động mạch não giữa đoạn M1 gặp ở 62,2%. Điểm ASPECT trung bình là $7,9 \pm 1,11$. Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là $9,61 \pm 3,2$. Khi ra viện là $2,79 \pm 3,4$. Theo thang điểm Henry Liệt nhẹ (độ 0-2) khi vào viện là 10%, khi ra viện tăng lên 30%. Độ tuổi dưới 70 tuổi khả năng hồi phục tốt. Đối với bệnh nhân được TSH ở thời điểm $\leq 3h$ tỷ lệ hồi phục tốt nhất chiếm 53,3%. Sau 3h, chỉ có 7 bệnh nhân hồi phục tốt và có 1 bệnh nhân bị di chứng nặng và tử vong. Sau 3 tháng có 34 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 75,6% và có 4 bệnh nhân để lại di chứng nặng và tử vong. 5 trường hợp bệnh nhân có xuất huyết não chuyển dạng chiếm 11,1%. Không có trường hợp nào chảy máu nội tạng, dị ứng hoặc sốc phản vệ sau khi dùng thuốc. Sau 90 ngày có 2 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 4,4%. Bệnh nhân TSH sau 3h có biến chứng chảy máu là 3 bệnh nhân chiếm 6,7%, chỉ có 2 bệnh nhân TSH trước 3h chiếm 4,4%. 3 bệnh nhân trên 80 tuổi có biến chứng, chiếm 11,1%. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não cấp được tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tỷ lệ hồi phục tốt, hạn chế di chứng và tàn phế đặc biệt là bệnh nhân đến sớm trước 3h tính từ lúc khởi phát bệnh. Biến chứng xuất huyết não chuyển dạng thường gặp nhất tuy nhiên chiếm tỷ lệ thấp, tuổi càng cao thì biến chứng chảy máu càng tăng, đặc biệt không có trường hợp nào dưới 60 tuổi có biến chứng chảy máu.

Từ khóa: Hiệu quả điều trị, nhồi máu não cấp, tiêu sợi huyết.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh tim mạch và ung thư; và là nguyên nhân thường gặp nhất gây tàn tật tại các nước phát triển. Đa số các ca đột quỵ có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng thần kinh, vận động nặng nề và kéo dài nếu không được cấp cứu, xử trí kịp thời, đúng cách. Do vậy gánh nặng của bệnh để lại cho gia đình và xã hội là rất lớn [1].

Nhồi máu não là bệnh lý xảy ra khi mạch máu não bị tắc nghẽn do cục máu đông. Nhồi máu não giai đoạn cấp luôn được coi là một trường hợp cấp cứu. Theo các nghiên cứu khoảng trên 80% bệnh nhân đột quỵ là do nhồi máu não [2]. Đa số các ca đột quỵ có nguy cơ tử vong cao hoặc mang di chứng thần kinh, vận động nặng nề và kéo dài nếu không được cấp cứu, xử trí kịp thời, đúng cách. Hiện nay, phương pháp điều trị tiêu sợi huyết có tác dụng làm tan cục máu đông được triển khai sâu rộng tại nhiều bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh đã chứng tỏ hiệu quả tối ưu đối với bệnh nhân nhồi máu não trong khoảng thời gian vàng 4,5 giờ

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Người chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Nhâm

Địa chỉ: Phường Nam Thành, thành phố Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình

SĐT: 0988267263, Email: dr.daothinham1984@gmail.com.

đầu tính từ thời điểm khởi phát [3]. Tại Việt Nam, việc ứng dụng các thành tựu y học hiện đại trong điều trị đang là yêu cầu trọng tâm của nền y tế nước nhà, với mục tiêu giảm thắt tỷ lệ tử vong và tàn phế, giảm chi phí gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc ứng dụng điều trị thuốc tiêu sợi huyết Alteplase đường tĩnh mạch trong điều trị nhồi máu não cấp đã được thực hiện tại Bệnh viện Nhân Dân 115 Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2007 và tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2009. Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình khoa Đột quy được thành lập từ tháng 6/2017 và bắt đầu triển khai kỹ thuật tiêu sợi huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp từ tháng 3/2018. Các bệnh nhân sau khi dùng thuốc có tỷ lệ hồi phục cao, ít để lại di chứng, giảm thời gian điều trị, nhiều bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau khi dùng thuốc. Tuy nhiên, tại Ninh Bình chưa có nghiên cứu nào về điều trị thuốc tiêu sợi huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "**Đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2019 - 2020**" với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết (TSH) đường tĩnh mạch, nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan sau điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Đột quy - Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.
- Thời gian nghiên cứu: được thực hiện từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân nhồi máu não được điều trị bằng Alteplase
 - + Các thành viên của gia đình bệnh nhân và/hoặc bệnh nhân đồng ý dùng thuốc.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Bệnh nhân kết hợp cả phương pháp điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học
 - + Bệnh nhân có chống chỉ định dùng Alteplase, Aspect < 7 điểm
 - + Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng các phương pháp chính là mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2020.

2.3.2. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Bệnh nhân được đánh giá chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS (< 5 điểm là suy giảm chức năng thần kinh mức độ nhẹ) [5]. Thang điểm Henry (độ 1, độ 2 là suy giảm chức năng vận động mức độ nhẹ và trung bình) [6], thang điểm mRS⁷ (0-2 điểm là hồi phục tốt). Các yếu tố liên quan đến thay đổi điểm mRS như: tuổi, thời gian khởi phát, thời gian tiêu sợi huyết, thay đổi điểm NIHSS, biến chứng xuất huyết não chuyên dạng.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được đánh giá theo một mẫu bệnh án thống nhất. Đánh giá tại thời điểm ra viện: đánh giá theo thang điểm NIHSS, đánh giá mức độ hồi phục theo thang điểm Rankin sửa đổi, đánh giá mức độ cải thiện độ liệt theo thang điểm Henry. Sau 3 tháng: đánh giá mức độ hồi phục theo thang điểm Rankin sửa đổi bằng phỏng vấn qua điện thoại.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS. Phần mềm thống kê SPSS 20.0 sẽ được sử dụng trong phân tích số liệu. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ % theo test khi bình phương và so sánh giá trị trung bình của các nhóm theo T - test với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Những nội dung khai thác được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học và

đảm bảo giữ bí mật theo quy định, nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ sức khỏe người bệnh không nhằm một mục đích nào khác, những bệnh nhân sau khi đã được giải thích rõ về mục đích, yêu cầu của nghiên cứu đồng thời tự nguyện tham gia mới đưa vào danh sách.

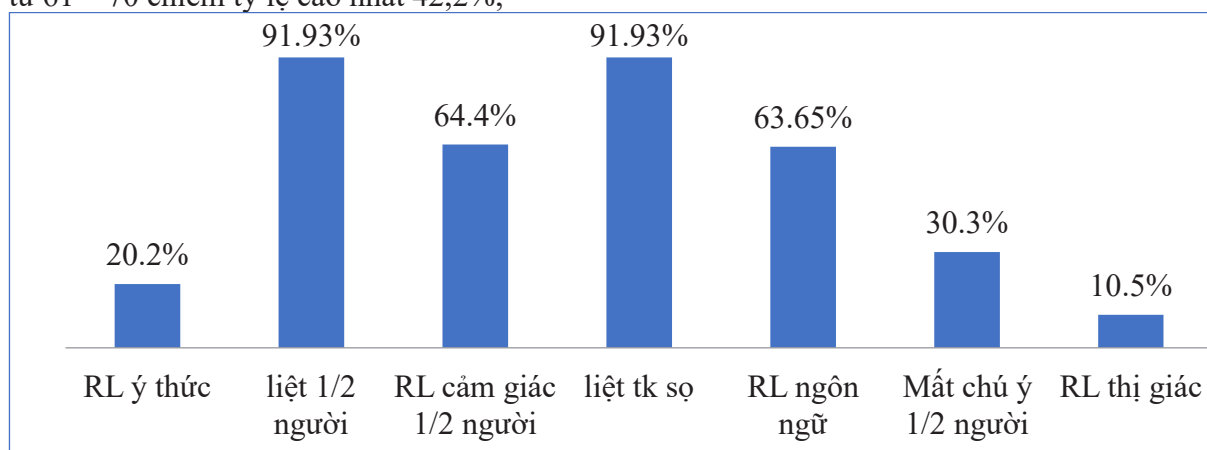
III. KẾT QUẢ

3.1. Đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Bảng 1. Đặc điểm phân bố bệnh theo tuổi và giới

Giới tính Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
< 50	0	0	1	2,2	1	2,2
51 – 60	5	11,1	2	4,4	7	15,6
61 – 70	13	28,9	6	13,3	19	42,2
71 – 80	6	13,3	7	15,6	13	28,9
> 80	2	4,4	3	6,7	5	11,1
Tổng	26	57,8	19	42,2	45	100
Tuổi $\bar{X} \pm SD$	69,22 \pm 9,8; Min = 44; Max = 90					

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 69,22 \pm 9,8, trong đó nhóm tuổi từ 61 – 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%,



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng trước khi điều trị

Nhận xét: Liệt nửa người và liệt các dây thần kinh sọ gặp ở hầu hết các trường hợp (91,93%). Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác nửa người bên liệt cũng rất thường gặp chiếm tỷ lệ lần lượt 63,65% và 64,4%.

Bảng 2. Điểm NIHSS khi vào viện

Điểm NIHSS	Trung bình	Trung vị	Cao nhất	Thấp nhất
		9,56 \pm 3,2	9	19

Nhận xét: Điểm NIHSS trung bình khi vào viện 9,56 \pm 3,2

Bảng 3. Thời gian điều trị

Thời gian (phút)	Trung bình	Trung vị	Cao nhất	Thấp nhất
Từ khi khởi phát đến khi vào viện	114,17 \pm 49	114	232	48
Từ khi vào viện đến khi dùng thuốc	45,61 \pm 20,8	43	73	33
Từ khi khởi phát đến khi dùng thuốc	157,5 \pm 33,7	157	190	124

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi dùng thuốc Alteplase là $157,5 \pm 33,7$.

Bảng 4. Các dấu hiệu sớm trên phim chụp cắt lớp vi tính

Dấu hiệu sớm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giảm tỷ trọng nhân bào	12	26,7
Xóa các rãnh cuộn não thùy đảo	26	57,8
Mất phân biệt chất xám chất trắng	31	68,9
Xóa các rãnh cuộn não	29	64,4
Tăng quang động mạch não giữa	28	62,2

Nhận xét: Các dấu hiệu thiếu máu cục bộ sớm dưới vỏ như mất phân biệt chất xám chất trắng, xóa các rãnh cuộn khá thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 68,9%, 64,4%.

Bảng 5. Điểm ASPECT trên phim chụp cắt lớp vi tính

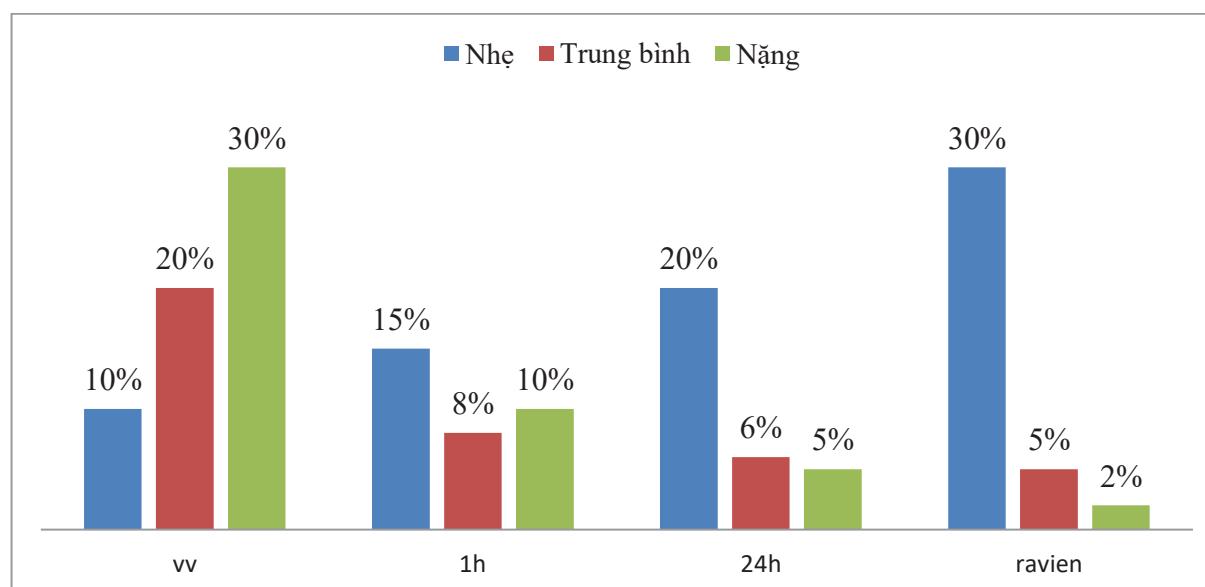
Điểm ASPECT	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
10 điểm	4	8,89
9 điểm	11	24,4
8 điểm	13	28,9
7 điểm	8	17,8
Trung bình	$7,9 \pm 1,11$	

Nhận xét: Điểm ASPECT trung bình là $7,9 \pm 1,11$

Bảng 6. Mức độ hồi phục theo thang điểm NIHSS

Điểm NIHSS	Trung bình
Trước tiêm Alteplase	$9,61 \pm 3,2$
Sau tiêm Alteplase 1h	$4,6 \pm 4,4$
Sau tiêm Alteplase 24h	$3,35 \pm 4,1$
Khi ra viện	$2,79 \pm 3,4$
	$p = 0,0324$

Nhận xét: Điểm NIHSS sau tiêm Alteplase 24h giảm trung bình 5 điểm so với điểm NIHSS lúc vào viện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Cải thiện độ liệt theo thang điểm Henry

Nhận xét: Liệt nhẹ (độ 0-2) khi vào viện là 10%, khi ra viện tăng lên 30

Bảng 7. Mức độ hồi phục theo tuổi

Thang điểm Rankin Nhóm tuổi	Hồi phục tốt		Di chứng nhẹ và TB		Di chứng nặng và tử vong	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
< 50	1	2,2	0	0	0	0
50 – 60	4	8,9	2	4,4	0	0
61 – 70	13	28,9	6	13,3	0	0
71 – 80	3	6,7	10	22,2	1	2,2
> 80	2	4,4	2	4,4	1	2,2
Tổng	23	51,1	20	44,5	2	4,4

Nhận xét: độ tuổi dưới 70 tuổi khả năng hồi phục tốt. Ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi, chỉ có 2 bệnh nhân có di chứng nặng và tử vong chiếm 4,4%.

Bảng 8. Mức độ hồi phục theo thời gian TSH

Thang điểm Rankin Thời gian	Hồi phục tốt		Di chứng nhẹ và trung bình		Di chứng nặng và tử vong	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 3h	24	53,3	8	17,8	1	2,2
>3h	7	15,6	4	8,8	1	2,2
Tổng	31	68,9	12	26,6	2	4,4

Nhận xét: Bệnh nhân được TSH ở thời điểm ≤ 3h tỷ lệ hồi phục tốt nhất chiếm 53,3%.

Bảng 9. Mức độ hồi phục sau 3 tháng

Thang điểm mRs	Hồi phục tốt	Di chứng nhẹ và trung bình	Di chứng nặng và tử vong
Số bệnh nhân	34	7	4
%	75,6	15,6	8,9

Nhận xét: Sau 3 tháng có 34 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 75,6%

3.2. Nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan sau điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

Bảng 10. Các biến chứng TSH

Xuất huyết não	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu nội tạng	5	11,1
Chảy máu dưới da	0	0
Chảy máu vị trí khác	1	2,2
Dị ứng – nổi ban	0	0
Sốc phản vệ	0	0
Tử vong sau 90 ngày	2	4,4

Nhận xét: Có 5 trường hợp bệnh nhân có xuất huyết não chuyển dạng chiếm 11,1%

Bảng 11. Liên quan giữa biến chứng chảy máu não và thời gian THK

Chảy máu não Thời gian	Có chảy máu		Không chảy máu	
	Số BN	%	Số BN	%
<3h	2	4,4	30	66,7
>3h	3	6,7	10	22,2

Nhận xét: Bệnh nhân TSH sau 3h có biến chứng chảy máu là 3 bệnh nhân chiếm 6,7%,

Bảng 12. Liên quan giữa biến chứng chảy máu não và tuổi

Chảy máu não Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 50	0	0
56 – 60	0	0
60 – 70	1	2,2
70 – 80	1	2,2
>80	3	6,7
Tổng	5	11,1

Nhận xét: Tuổi càng cao thì biến chứng chảy máu càng tăng .

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $69,22 \pm 9,8$, trong đó nhóm tuổi từ 61 – 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%, đáng chú ý là nhóm tuổi < 50 chỉ chiếm tỷ lệ 2,2%. Bệnh nhân có rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ thấp (20,2%). Tất cả các trường hợp trên đều còn khả năng thức tỉnh (mở mắt) nhưng giảm nhận thức nhẹ. Liệt nửa người và liệt các dây thần kinh sọ gặp ở hầu hết các trường hợp (91,93%) tương đồng với nghiên cứu của Mai Duy Tôn là 90,9% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm NIHSS trung bình khi vào viện là $9,56 \pm 3,2$ Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi dùng thuốc Alteplase là $157,5 \pm 33,7$. Chúng tôi ghi nhận trong 45 bệnh nhân nghiên cứu phần lớn các trường hợp có ít nhất 1 dấu hiệu tổn thương sớm trên phim chụp CT. Các dấu hiệu thiếu máu cục bộ sớm dưới vỏ như mất phân biệt chất xám chất trắng, xóa các rãnh cuộn khá thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 68,9%, 64,4%

Nghiên cứu của chúng tôi - Điểm ASPECT trung bình là $7,9 \pm 1,11$. Điểm NIHSS sau tiêm Alteplase giảm trung bình 5 điểm so với điểm NIHSS lúc vào viện. Khi ra viện, điểm NIHSS trung bình là $2,79 \pm 3,4$, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng với mức giảm điểm NIHSS trung bình sau 24h tương đương 4 điểm, và tỷ lệ bệnh nhân có điểm NIHSS giảm trung bình từ 4 điểm trở lên chiếm lần lượt là 60% và 79,73%⁸. Liệt nhẹ (độ 0-2) khi vào viện là 10%, khi ra viện tăng lên 30%. Ở bệnh nhân đột quy, theo dõi việc cải thiện vận động là tiêu chí được chú ý nhiều nhất. TSH giúp khôi phục tuần hoàn nhanh, tạo điều kiện để hồi phục chức năng thần kinh sớm. Đối với bệnh nhân được TSH ở thời điểm $\leq 3h$ tỷ lệ hồi phục tốt nhất chiếm 53,3%. Bệnh nhân TSH sau 3h, chỉ có 7 bệnh nhân hồi phục tốt và có 1 bệnh nhân bị di chứng nặng và tử vong. Sau 3 tháng có 34 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 75,6% và có 4 bệnh nhân để lại di chứng nặng và tử vong. Tỷ lệ tử vong sau 3 tháng tương đương với kết quả nghiên cứu Mai Duy Tôn là 8,7%[2]. Có 5 trường hợp bệnh nhân có xuất huyết não chuyển dạng chiếm 11,1%. Không có trường hợp nào chảy máu nội tạng, dị ứng hoặc sốc phản vệ sau khi dùng thuốc. Sau 90 ngày có 2 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 4,4%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình:

- Giúp cải thiện chức năng thần tốc, các yếu tố thay đổi điểm NIHSS, thời gian từ khi vào viện đến khi tiêu sợi huyết, thời gian từ khi khởi phát đến khi tiêu sợi huyết, tuổi có liên quan đến kết quả cải thiện chức năng thần kinh.

- Đối với bệnh nhân được TSH ở thời điểm $\leq 3h$ tỷ lệ hồi phục tốt nhất chiếm 53,3%. Sau 3h, chỉ có 7 bệnh nhân hồi phục tốt và có 1 bệnh nhân bị di chứng nặng và tử vong. Sau 3 tháng có 34 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 75,6% và có 4 bệnh nhân để lại di chứng nặng và tử vong.

5.2. Nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan sau điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

- 5 trường hợp bệnh nhân có xuất huyết não chuyển dạng chiếm 11,1%. Không có trường hợp não chảy máu nội tạng, dị ứng hoặc sốc phản vệ khi dùng thuốc. Sau 90 ngày có 2 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 4,4 %.

- Tuổi càng cao thì biến chứng chảy máu càng tăng, bệnh nhân được tiêu sợi huyết trước 3h tính từ thời điểm khởi phát tỷ lệ biến chứng gặp phải thấp hơn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông về phương pháp điều trị tiêu sợi huyết cho bệnh nhân đột quỵ não cấp giai đoạn cửa sổ 4,5h để có thêm nhiều bệnh nhân hơn nữa được hưởng lợi từ phương pháp này.

Nên xem xét đánh giá các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị nhất là áp dụng các thang điểm tiên lượng đã được công nhận để giúp chọn lựa các bệnh nhân có nhiều khả năng được hưởng lợi nhất, nhằm làm gia tăng hiệu quả điều trị đồng thời giúp hạn chế các biến cố bất lợi của phương pháp tiêu sợi huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương, “Thực hành lâm sàng Thần Kinh học”, NXB Y học, 2015, Tr18-25.
2. Mai Duy Tôn, “Đánh Giá Hiệu Quả Điều Trị Đột Quỵ Nhồi Máu Cấp Trong Vòng 3 Giờ Đầu Bằng Thuốc Tiêu Huyết Khỏi Đường Tĩnh Mạch Alteplase Liều Thấp”. Luận Án Tiến Sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, 2012.
3. Mai Duy Tôn, “Đánh Giá Hiệu Quả Bổ Sung Điều Trị Nhồi Máu Não Giai Đoạn Cấp Bằng Thuốc Tiêu Huyết Khỏi Actilyse”, Hội Nghị Đột Quỵ Toàn Quốc, Bệnh Viện Trung Ương Quân Đội 103, 2012.
4. Lê Đức Hình và cộng sự. Tai Biến Mạch Máu Não, Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Xử Trí. NXB Y Học; 2008, Tr 109-135.
5. El-Koussy M., Schroth G., Brekenfeld C., et al. *Imaging of Acute Ischmic Stroke. Eur Neurol.* Published Online, 2014, Tr 309-316.
6. Anderson Craig S, Robínon Thompson, et al, *Low Dose versus Standard Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke*, New England Journal of Medicine, 2016, Tr. 2313 – 2323.
7. The Modified Rankin scale.
8. Nguyễn Huy Thắng, “Điều Trị Thuốc Tiêu Sợi Huyết rtPA Đường Tĩnh Mạch Trên BN Nhồi Máu Não Cấp Trong 3 Giờ Đầu”. Luận Án Tiến Sĩ y Học. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, 2016.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2020

Bùi Thị Liên^{1*}, Đặng Hồng Thanh, Ngô Xuân Núi

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu gồm: nhận xét thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình và đánh giá một số yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 369 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là người bệnh được phẫu thuật có chuẩn bị tại các khoa hệ ngoại (ngoại tổng hợp, ngoại thận tiết niệu, chấn thương chỉnh hình, ngoại thần kinh sọ não- bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình) giai đoạn từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch là 5.3%. Cơ quan nhiễm khuẩn cao nhất là cơ xương khớp (9.3%). Các nhiễm khuẩn vết mổ chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ sâu (chiếm 60%) và thường gặp NKVM trên người bệnh phẫu thuật mổ mở (6.6%). Vi khuẩn chính gây nhiễm khuẩn vết mổ phân lập được là E.coli. Nghiên cứu cho thấy loại vết mổ, thời gian phẫu thuật kéo dài trên 120 phút, phẫu thuật mổ mở, thời gian dẫn lưu kéo dài trên 48h làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Tỷ lệ tuân thủ thực hành chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của NVYT tại bệnh viện tương đối tốt. **Kết luận:** Việc tuân thủ các biện pháp dự phòng như: tắm khử khuẩn trước phẫu thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NKVM là hậu quả không mong muốn thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong ở người bệnh được phẫu thuật trên thế giới. Tại Hoa Kỳ NKVM đứng hàng thứ hai sau nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh được phẫu thuật mắc NKVM thay đổi từ 2-15% tùy theo loại phẫu thuật. Tại Việt Nam chưa có hệ thống giám sát NKVM cấp quốc gia mà chỉ có các giám sát đơn lẻ, thống kê báo cáo, đề tài nghiên cứu khoa học về NKVM, Theo số liệu báo cáo NKVM xảy ra từ 5 - 10% trên tổng số 2 triệu người bệnh phẫu thuật hàng năm, đây cũng là loại NKVM hay gặp nhất. Ngày nay do sự phát triển của ngành ngoại khoa, các kỹ thuật mới được áp dụng nhằm nâng cao sức khỏe, cứu sống người bệnh do vậy số lượng người bệnh được thực hiện các phẫu thuật thủ thuật ngày càng cao do đó nguy cơ bị nhiễm khuẩn vết mổ cũng tăng lên. Để đánh giá thực trạng công tác ngoại khoa và các biện pháp phòng ngừa NKVM trên người bệnh phẫu thuật có chuẩn bị nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Khảo sát thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2020**" nhằm hai mục tiêu:

1. Nhận xét thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2. Đánh giá một số yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Các khoa hệ ngoại (ngoại tổng hợp, ngoại thận tiết niệu, chấn thương chỉnh hình, ngoại thần kinh sọ não - Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình)

- Thời gian nghiên cứu: được thực hiện từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được phẫu thuật có chuẩn bị tại 4 khoa hệ ngoại, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình: Ngoại tổng hợp, Ngoại thận tiết niệu, chấn thương chỉnh hình, khoa ngoại thần kinh sọ não

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Bùi Thị Liên – PTK Kiểm soát nhiễm khuẩn;

Địa chỉ: đường Tuệ Tĩnh, phường Nam Thành, TP Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình

SĐT: 0374677832, Email: builien.nd.10@gmail.com.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh trốn viện, chuyển viện, tử vong dưới 48h sau phẫu thuật.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng các phương pháp chính là mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ NKVM:

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

n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 = 1,96$: Giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy, với hệ số tin cậy là 95%.

p: Ước tính tỷ lệ NKVM trên người bệnh phẫu thuật có chuẩn bị tại các khoa hệ ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình là: $p = 0,04$ (báo cáo tổng kết hàng năm tại bệnh viện).

d: Là sai số tuyệt đối (chọn $d = 0,02$)

Thay vào công thức ta tính được $n = 369$ người bệnh

Giám sát tuân thủ thực hành ngoại khoa: Cỡ mẫu thuận tiện.

2.3.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Thông tin về: Tuổi, giới, bệnh mạn tính kèm theo, cơ quan phẫu thuật. Tình trạng tắm khử khuẩn trước phẫu thuật. Điểm ASA trước phẫu thuật, loại phẫu thuật (mở hay nội soi), loại vết mổ, thời gian phẫu thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng, thời gian đặt dẫn lưu. Các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ.

2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu thu thập số liệu trên HSBA của người bệnh và quan sát hoạt động đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn và kết quả nuôi cấy, phân lập định danh vi khuẩn, kết quả điều trị theo kháng sinh đồ

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Epidata, SPSS 16.0. Kết quả được trình bày dưới dạng các bảng tần số và biểu đồ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

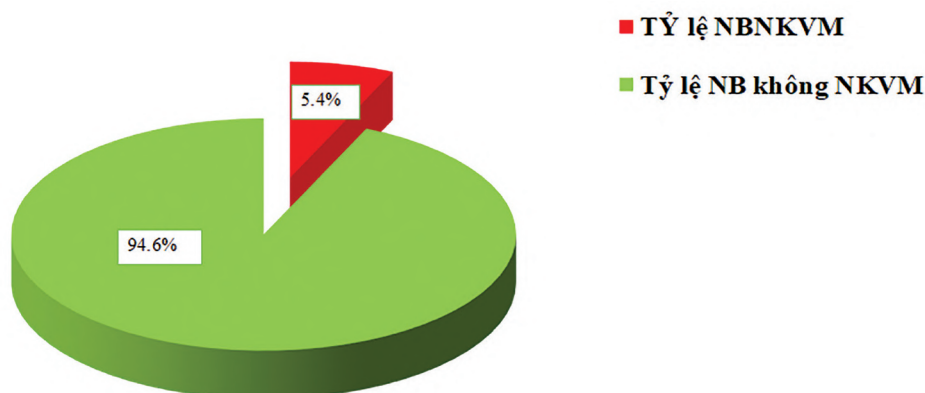
- Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi được thông qua của Hội đồng xét duyệt đề cương của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình và Sở y tế tỉnh Ninh Bình.

- Kết quả nghiên cứu phải đảm bảo tính khách quan và trung thực.

- Đảm bảo tính bí mật thông tin trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ.



Biểu đồ 3.1: tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh mổ có kế hoạch

Nhận xét: tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch là 5.4 %

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ phân theo cơ quan phẫu thuật

Khoa	Số NB	NKVM	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu hóa	123	6	4.9
Gan mật	52	2	3.8
Tiết niệu	27	0	0
Sinh dục	8	0	0
Cơ xương khớp	108	10	9.3
Khác	50	2	4
Tổng	369	20	5.4

Nhận xét: tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên cơ quan cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất: 9.3 %, tiêu hóa (4.9 %), gan mật (3.8 %).

Bảng 3.2. Tỷ lệ Nhiễm khuẩn vết mổ theo loại nhiễm khuẩn

Loại NKVM	Số NB	Tỷ lệ (%)
Nông	4	20
Sâu	12	60
Khoang cơ thể/tạng	4	20
Tổng	20	100

Nhận xét: tỷ lệ NKVM nông chiếm tỷ lệ 20%, sâu: 60 %, khoang tạng 20%

Bảng 3.3 Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ

TT	Tên vi khuẩn	Số lượng
1	E.coli	3
2	Pseudomonas	2
Tổng		5

Nhận xét: vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ phân lập được là E.coli (3/5), Pseudomonas (2/5)

3.2 Một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch

Bảng 3.4. Yếu tố tuổi người bệnh liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Tuổi	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
≥ 60 tuổi	11 (7%)	150 (93%)	1.621	0.655-4.012
<60 tuổi	9 (4%)	199 (96%)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB ≥ 60 tuổi là 7%, NB <60 tuổi (4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Yếu tố hình thức phẫu thuật liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Hình thức phẫu thuật	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
Mổ mở	19 (6,6%)	287 (93,4%)	3.2	0.9-10.71
Nội soi	1 (1,2%)	82 (98,8%)		

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên phẫu thuật mổ mở: 6.6 %, mổ nội soi: 1.2 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Những bệnh nhân mổ mở có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn 3 lần so với những bệnh nhân mổ nội soi (OR=3.2)

Bảng 3.6. Yếu tố loại vết mổ liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Loại vết mổ	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
Sạch	6 (4,2%)	136 (95,8%)	1.408	0.562-3.530

Sạch nhiễm	12 (6,2%)	180 (93,8%)	0,671	0,252-1,789
Nhiễm	0 (0%)	3 (100%)		
Bản	2 (6,2%)	30 (93,8%)	2,8	0.262-5,338

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM gặp cao nhất ở vết mổ bản. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Yếu tố bệnh mạn tính liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Bệnh mạn tính kèm theo	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
Có	6 (7%)	77 (93%)	1.514	0.56-4.07
Không	14 (5%)	272 (95%)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB có bệnh mạn tính kèm theo là 7%, NB không có bệnh mạn tính là 5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Yếu tố tình trạng người bệnh trước phẫu thuật (điểm ASA) liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Điểm ASA	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
1 điểm	7 (4%)	174 (96%)	0,542	0,211-1,39
2 điểm	13 (8%)	157 (92%)		
3 điểm	0	18		
4 điểm	0	0		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB có điểm ASA 2 điểm là 8%, NB 1 điểm là 4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.9. Yếu tố sử dụng kháng sinh dự phòng liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Sử dụng kháng sinh dự phòng	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
Không sử dụng	19 (6%)	306 (94%)	2,7	1,049-2,869
Có sử dụng	1 (2%)	43 (98%)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB có sử dụng kháng sinh dự phòng là 2%, NB không sử dụng kháng sinh dự phòng là 6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. (OR=2,7 KTC 95% (1,049-2,869))

Bảng 3.10. Yếu tố thời gian phẫu thuật liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Thời gian phẫu thuật	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
≥120 phút	3 (23%)	10 (77%)	5,98	1,9 – 19,85
< 120 phút	17 (5%)	339 (95%)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB có thời gian phẫu thuật kéo dài trên 120 phút là 23%, dưới hoặc bằng 120 phút là 5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. (OR=5.98 KTC 95% (1,9-19,85))

Bảng 3.11. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ liên quan tới thời gian dẫn lưu vết mổ

Thời gian dẫn lưu	NKVM		OR	KTC (95%)
	Có	Không		
Trên 48h	10 (12%)	76 (88%)	3,03	1,121-5,902
≤ 48h	7 (4%)	161 (96%)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở NB có thời gian dẫn lưu trên 48h là 12%, dưới hoặc bằng 48h là 4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. (OR=3,03 KTC 95% (1,121-5,902))

Bảng 3.12 Tỷ lệ tuân thủ thực hành chuẩn bị người bệnh trước mổ

STT	Nội dung	Có		Không	
		n	%	n	%
1	Được làm xét nghiệm Glucose	369	100	0	0
2	Được làm xét nghiệm protit	40	11	329	89

3	Tắm khử khuẩn trước mổ	358	97	11	3
4	Chuẩn bị vết mổ đúng	269	73	100	27
5	Sử dụng kháng sinh dự phòng	45	12	324	88

Nhận xét: những thực hành có tỷ lệ tuân thủ cao như: làm xét nghiệm Glucose (100%), tắm khử khuẩn trước mổ (97%), chuẩn bị vết mổ đúng (73%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ NKVM mổ trên người bệnh mổ có kế hoạch

Tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu của chúng tôi là 5.4 %

Nếu so sánh với kết quả nghiên cứu của Bùi Tú Quyên và cộng sự tại Bệnh viện đa khoa Sa Đéc có tỷ lệ NKVM là 6,3 % thì đề tài của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, điều này có thể lý giải là vì có thể nghiên cứu tại bệnh viện Sa Đéc của Bùi Tú Quyên bao gồm cả phẫu thuật cho các đối tượng chuyên khoa Sản nên nguy cơ NKVM có thể khác. [1]

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sâu là cao nhất, chiếm tỷ lệ 60 %, kết quả này cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác và phù hợp với thực tế, bệnh sinh của nhiễm khuẩn vết mổ liên quan đến các yếu tố như số lượng vi khuẩn nhiễm, độc lực của vi khuẩn đó, và sức đề kháng của vật chủ và do đó, nhiễm khuẩn sâu là điều kiện tốt cho sự phát triển của các loại vi khuẩn.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên phẫu thuật mổ mở là 6.6 %, tỷ lệ này thấy hơn so với nghiên cứu của Lê Tuyên Hồng Dương và cộng sự tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương năm 2011 là 11%, tại bệnh viện Quân y 110 năm 2019 là 17,6%. [2] Nhiễm khuẩn vết mổ ở vết mổ sạch- nhiễm và vết mổ bẩn là cao nhất chiếm 6.2%. Đây là những loại vết mổ thường gặp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. [3]

Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (9.3%), điều này phù hợp với thực tế tại bệnh viện. Những bệnh nhân bị chấn thương được phẫu thuật tại bệnh viện đa phần là những vết thương hở đến muện do vậy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở cơ quan này cao hơn so với các cơ quan khác.

4.2 Một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh mổ có kế hoạch

NKVM tập chung ở nhóm có độ tuổi >60 chiếm 7% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các nhóm tuổi khác. Kết quả này thấp hơn ở nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng, Dương Văn Hoanh tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ với tỷ lệ là 33,1%, nghiên cứu của Tống Vĩnh Phú và cộng sự tại các khoa hệ ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là 26,1%. Điều này cho thấy, nhóm tuổi càng cao dễ mắc bệnh NKVM sau phẫu thuật hơn vì ở độ tuổi này có rất nhiều bệnh lý toàn thân đi kèm như: tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, dinh dưỡng kém và hệ thống miễn dịch phần nào bị tổn thương cho nên tỷ lệ NKVM cao là hoàn toàn phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NKVM của mổ mở và nội soi trong nghiên cứu này là (10.8 %; 3,7%), có sự khác biệt giữa tỷ lệ NKVM của Người bệnh được mổ mở và mổ nội soi, mổ mở có nguy cơ NKVM cao hơn mổ nội soi, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ suất chênh (OR) có nguy cơ NKVM của mổ mở cao gấp 3.2 lần mổ nội soi. Tỷ lệ NKVM ít là một lợi điểm của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở đã được công nhận rộng rãi và điều này cũng cho thấy tính ưu việt của phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, tiết trùng dụng cụ bằng cách ngâm trong dung dịch Cidex cũng có thể làm tăng tỷ lệ NKVM sau phẫu thuật nội soi và cũng không nên coi nhẹ công tác vô khuẩn trong phẫu thuật nội soi vì nhiễm khuẩn hay không nhiễm khuẩn phụ thuộc nhiều vào công tác này chứ không phải vào cách thức phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật có thời gian kéo dài trên 120 phút có nguy cơ NKVM cao hơn 6 lần so với các phẫu thuật có thời gian ngắn hơn. Điều này cũng có thể được lý giải như sau: những phẫu thuật phức tạp với thời gian kéo dài tăng tổn thương tổ chức, tăng mất máu làm giảm sức đề kháng của có thể Người bệnh và cũng làm tăng nguy cơ vi sinh vật từ phẫu trường thâm nhập vào vết mổ. Trong nghiên cứu này thì tỷ lệ NKVM của các loại vết mổ sạch- nhiễm và bẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 6.2% tuy nhiên vẫn trong giới hạn cho phép. Những vết mổ bẩn có nguy cơ NKVM cao hơn gấp 3 lần so với những vết mổ khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Thời gian lưu dẫn lưu kéo dài trên 48h cũng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này cho thấy nguy cơ vi sinh vật xâm nhập qua các ống dẫn lưu gây ra nhiễm khuẩn vết mổ. Chính vì vậy việc chỉ định thời gian rút dẫn lưu sớm nhất có thể cũng như quy trình chăm sóc ống dẫn lưu cần được quan tâm sát sao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng việc chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật của các khoa hệ Ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình là khá tốt, tỷ lệ người bệnh được xét nghiệm Glucose, tắm trước phẫu thuật đạt 100%. Đây là những thực hành tốt nhằm phát hiện và loại bỏ nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cho người bệnh. Theo hướng dẫn của tổ chức APSIC về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, việc hướng dẫn người bệnh tắm bằng xà phòng có sát khuẩn hoặc không sát khuẩn được chứng minh có hiệu quả giảm tỷ lệ NKVM rõ rệt. Tuy nhiên nghiên cứu cũng chỉ ra rằng số lượng người bệnh được xét nghiệm Protid trước phẫu thuật chỉ chiếm 11%, sử dụng kháng sinh dự phòng (12%), đây là những thực hành còn thấp tại bệnh viện. Những bệnh nhân có nguy cơ trước phẫu thuật như: người bệnh bị suy dinh dưỡng, albumin trước phẫu thuật < 3.5 mg/dL. Do vậy việc xét nghiệm protid để loại bỏ yếu tố nguy cơ cho người bệnh là một thực hành rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) trên người bệnh phẫu thuật có kế hoạch là 5.3%. Chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ sâu chiếm 60%. NKVM trên người bệnh phẫu thuật mổ mở (6.6 %) cao hơn mổ nội soi (1.2%). NKVM trên vết mổ sạch- nhiễm, vết mổ bẩn chiếm tỷ lệ cao nhất: 6.2%

Tác nhân chính gây NKVM là *E.coli* 60 %, *Pseudomonas* chiếm 40 %.

Các yếu tố nguy cơ của NKVM trong nghiên cứu:

Vết mổ bẩn có tỷ lệ NKVM cao gấp 3 lần so với những loại vết mổ khác (OR=2.8). Việc sử dụng kháng sinh dự phòng làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ 3 lần (OR=3). Thời gian phẫu thuật kéo dài trên 120 phút làm tăng nguy cơ NKVM hơn 6 lần so với những phẫu thuật có thời gian ngắn hơn. Mổ mở nguy cơ NKVM so với mổ nội soi (OR =3.2). Thời gian dẫn lưu kéo dài trên 48h làm tăng nguy cơ NKVM hơn 3 lần

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đưa ra một số đề xuất tăng cường giám sát công tác thực hành phòng ngừa NKVM, tăng cường sử dụng kháng sinh dự phòng và tắm khử khuẩn cho người bệnh mổ có chuẩn bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Tú Uyên, Trương Văn Dũng**, (2013), "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa hệ ngoại, sản bệnh viện đa khoa Sa Đéc năm 2012", *Tạp chí y tế công cộng*, 27(27).

2. **Lê Tuyên Hồng Dương và cộng sự** (2011), "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương", *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ*.

3. **Đặng Hồng Thanh** (2011), "*Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011*", *Tạp chí y học thực hành*, 869(5).

Asia pacific society of infection control (2018), "*Guidelines for infection control in health care personnel, 2018*", APSIC.

4. **Bệnh viện Chợ Rẫy** (2009), *Tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện*, Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, NXB Y học, tr 9-13.

5. **Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** (2012), "*Kết quả đánh giá sơ bộ thực trạng chăm sóc vết thương tại phòng Hồi tỉnh, khoa Gây mê hồi sức, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2012*". *Tạp chí y học thực hành*.

6. **Bộ Y tế**. (2012). *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (Ban hành kèm theo quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012)*: Hà Nội.

7. **Nguyễn Thị Tính, Trần Thị Vân, Lê Thị Thiệp**, (2011), "*Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2011*", Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị.

¹ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Lê Đức Nghị¹, Nguyễn Hoàng Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu đánh giá trên 85 Bệnh nhân với 96 khớp toàn phần không xi măng đã được thay bằng đường mổ ít xâm lấn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 02/2020– 8/2021. Trong đó có 11 bệnh nhân được mổ thay khớp háng toàn phần 2 bên. Kết quả được đánh giá thông qua thang điểm chức năng khớp háng Charnley. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,13 \pm 13,57$, tỉ lệ nam giới là 81,18%, nữ giới là 18,82%. Có 74 bệnh nhân thay khớp háng 1 bên và 11 bệnh nhân thay cả 2 bên. Ngày nằm viện trung bình $8,8 \pm 2,3$. Kết quả xa sau mổ, bệnh nhân không đau (66,67%), biên độ gấp khớp háng $> 90^\circ$ chiếm tỷ lệ 64,58%, tình trạng chức năng sau mổ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 96,87%. Các biến chứng sau mổ có tỷ lệ không đáng kể, có 84,38% số bệnh nhân sau mổ không có biến chứng gì. và 15,62 % số bệnh nhân có biến chứng các loại, tuy nhiên không có các biến chứng nguy hiểm như: Nhiễm khuẩn nông 4,16%, giãn chi 11,46% nhưng chủ yếu là giãn ở mức độ nhẹ. **Kết Luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt giúp cho bệnh nhân giảm đau và phục hồi lại chức năng của khớp háng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng toàn phần là phẫu thuật cắt bỏ chỏm cổ xương đùi, sụn và một phần xương dưới sụn của ổ chảo thay vào đó là khớp nhân tạo nhằm phục hồi chức năng vốn có của khớp. Khớp háng toàn phần không chỉ thay thế các phần khớp hư hỏng mà còn tăng đúng mức chiều dài cánh tay đòn cơ dạng, chuyển hướng lực tác dụng, tái lập cân bằng cơ sinh học để có một khớp háng hoàn toàn mới nhằm đảm bảo được chức năng trong suốt quãng đời còn lại của Bệnh nhân. Đây là một thành tựu lớn của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình nói riêng và của y học nói chung [1],[2]. Phẫu thuật thay KHTP là phẫu thuật hiện nay được sử dụng nhiều trong CTCH để điều trị nhiều bệnh lý khớp háng như gãy cổ xương đùi ở người lớn, thoái hóa khớp háng, hoại tử chỏm xương đùi...

Tại Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần được thực hiện từ những năm 70 của thế kỷ XX nhưng với số lượng ít và không thường xuyên. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về kinh tế, khoa học kỹ thuật, tuổi thọ và mức sống tăng lên... Phẫu thuật này đã được áp dụng phổ biến ở nhiều trung tâm lớn.

Có nhiều đường mổ để phẫu thuật thay khớp háng việc xử dụng đường mổ nào tùy thuộc vào trình độ, kinh nghiệm, và quan điểm của phẫu thuật viên.

Đường mổ kinh điển rộng rãi (khoảng 25cm) dễ thao tác nhưng gây tổn thương phần mềm nhiều, mất máu, thời gian hồi phục lâu, kém thẩm mỹ.

Đường mổ ít xâm lấn ($\leq 10\text{cm}$) ít gây tổn thương phần mềm, ít mất máu, thời gian hồi phục nhanh, và vết sẹo nhỏ thẩm mỹ hơn... Nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kỹ năng tốt, nhiều kinh nghiệm và đầy đủ dụng cụ [2],[3].

Tại bệnh viện Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình đã tiến hành ca thay khớp háng toàn phần đầu tiên từ năm 2012. Cho đến nay, cùng xu thế phát triển chung, thay khớp háng toàn phần đường mổ ít xâm lấn đã thực hiện một cách phổ biến hơn và đã có tiên bộ nhất định trong chỉ định và kỹ thuật. Mặc dù việc đánh giá hiệu quả điều trị, phát hiện sớm những tai biến, biến chứng để rút ra bài học kinh nghiệm nhằm làm tốt hơn, hoàn thiện hơn cho những trường hợp tiếp theo là thực sự cần thiết nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại cơ sở này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: BSCKII Lê Đức Nghị, trưởng khoa chấn thương chỉnh hình, BVĐK tỉnh Ninh Bình

Email: Leducnghinb@gmail.com, tel: 0912403336;

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 85 bệnh nhân với 96 khớp toàn phần không xi măng đã được thay bằng đường mổ ít xâm lấn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ 02/2020– 8/2021. Trong đó có 11 bệnh nhân được mổ thay khớp háng toàn phần 2 bên

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn lối vào khớp sau bên

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chụp phim X-Quang trước và sau mổ, có địa chỉ rõ ràng Bệnh nhân đến khám lại theo đúng lịch hẹn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nhiễm trùng hoặc đang tiềm ẩn nhiễm trùng vùng háng.

Bệnh nhân béo phì (BMI > 30)

Bệnh nhân không tuân thủ chế độ khám định kỳ, không tái khám hoặc không liên lạc được.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin hoặc thất lạc phim Xquang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cách chọn cỡ mẫu : Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu:

Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Ghi chép, đánh giá đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu. Tìm những thông tin cần thiết trên hồ sơ bệnh án với các bệnh nhân hồi cứu.

Hẹn bệnh nhân khám lại theo lịch.

Phân tích và xử lý số liệu thu thập được

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, nguyên nhân chỉ định mổ và các phương pháp điều trị trước mổ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả nghiên cứu sau mổ, chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Charnley.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3. 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=85)

Tuổi	n	Tỉ lệ %
Dưới 40 tuổi	9	10,59
40 – 49 tuổi	11	12,94
50 – 59 tuổi	21	24,71
60 – 69 tuổi	26	30,58
Trên 70 tuổi	18	21,18
Tổng	85	100

Nhận xét:

Tuổi trung bình $48,13 \pm 13,57$. Trong đó tuổi thấp nhất là 23, tuổi cao nhất là 81 tuổi.

3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Tỉ lệ giới tính trong nhóm bệnh nhân (n=85)

Giới	n	Tỉ lệ %
Nam	69	81,18
Nữ	16	18,82
Tổng	85	100

Nhận xét: Nam chiếm phần lớn: 81,18%). Nữ giới gặp ít hơn: 18,82%.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân (n=96)

Triệu chứng BN	n	Tỉ lệ %
Đau	96	100
Hạn chế vận động	96	100
Ngăn chi	61	63,54

Cứng khớp	30	31,25
Biến dạng khớp	8	8,34

Nhận xét: 100% BN có biểu hiện đau khớp háng bị tổn thương . 100% BN hạn chế vận động, các động tác của khớp háng bị hạn chế. 61 BN ngắn chi chiếm tỷ lệ 63,54%, có BN ngắn chi tới 6 cm. 8 BN(chiếm 8,34%) biến dạng khớp háng

3.4. Mức độ đau trước mổ

Bảng 3.4. Mức độ đau trước mổ (n=96)

Mức độ đau	Tỷ lệ các mức độ đau	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không đau (1)	0	0
Đau nhẹ (2)	15	15,63
Trung bình (3)	26	27,08
Rất đau (4)	55	57,29
Tổng	96	100,0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trước mổ đều bị đau bên khớp háng bị bệnh

3.5. Kết quả sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng đường mổ ít xâm lấn.

3.5.1. Kết quả gần sau mổ

Bảng 3.5. Kết quả gần sau mổ (n=96)

Các chỉ số theo dõi	Kết quả theo dõi	
1. Thời gian nằm viện trung bình (ngày, tính trung bình nhân)	Trung bình (ngày)	Fmin –Fmax (ngày)
	8,8 ± 2,3	6- 25
2. Chảy máu sau mổ	Số có chảy máu	Số không chảy máu
	0/96 (0,0%)	96/96(100,0%)
3. Liên vết mổ	Thì đầu	Các thì tiếp theo
	92/96 (95,83%)	4/96 (4,16%)
4. Nhiễm trùng vết mổ	Số có nhiễm trùng	Số không nhiễm trùng
	4/96(4,16%)	92/96(95,83%)
5. Trật khớp sau mổ	Số có trật khớp sau mổ	Số không trật khớp sau mổ
	1/96 (1,04%)	95/96(98,96%)
6. Kết quả chụp X-quang kiểm tra sau khi mổ	Kết quả tốt	Kết quả chưa tốt
	95/96 (98,96%)	1/96(1,04%)

Nhận xét:

- Thời gian nằm viện 8,8 ± 2,3 ngày.
- Không có trường hợp nào bị chảy máu sau mổ.
- 95,83% liền vết mổ ngay thì đầu.
- Có 4/96 khớp được thay bị nhiễm trùng vết mổ nguyên nhân do các bệnh nhân này có tiền sử đái đường.
- Có 1/96 khớp được thay bị trật khớp sau mổ do bệnh nhân thay đổi tư thế không theo hướng dẫn.
- 98,96% có hình ảnh X-quang rất tốt.

3.5.2. Kết quả xa sau phẫu thuật:

- Mức độ đau:

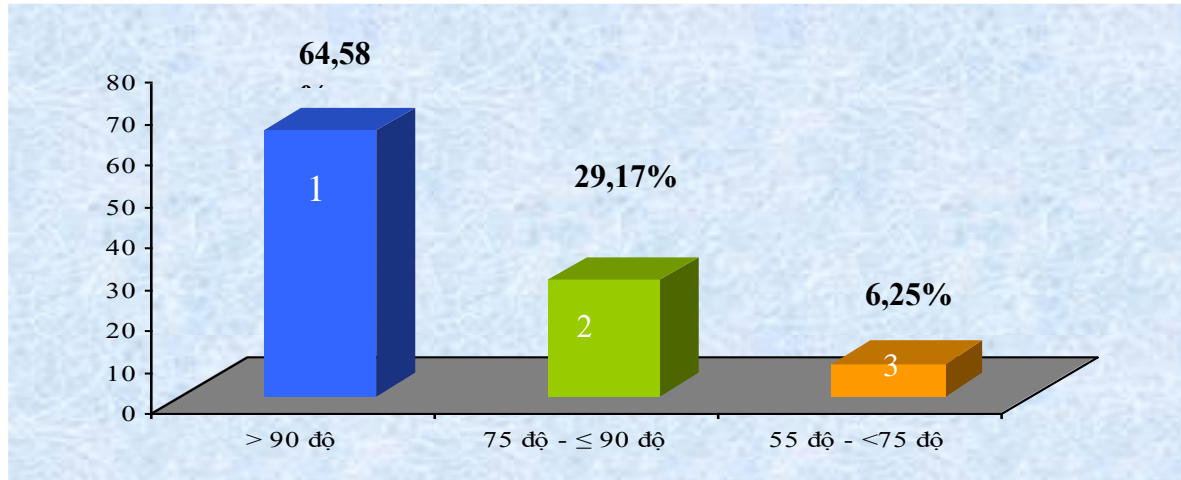
Theo thang điểm D' Aubibne' – Postel: Rất đau là người bệnh luôn phải dùng thuốc giảm đau, đau vừa và đau nhẹ là đau khi vận động, không đau là người bệnh không phải dùng thuốc

B' Aubibn M Aubibne' – Post (n=96)

Mức độ đau	Tỷ lệ các mức độ đau	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không đau (1)	64	66,67
Đau nhẹ (2)	19	19,79
Đau vừa (3)	12	12,5
Rất đau (4)	1	1,04
Tổng	96	100,0

Số bệnh nhân không đau chiếm đa số (66,67%), số bệnh nhân cảm thấy rất đau chiếm tỷ lệ không đáng kể (1,04%). Có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân đau ở các mức độ khác nhau:

- *Biên độ gấp khớp háng*



Biểu đồ 3.1. Biên độ gấp khớp háng

Nhận xét:

Biên độ gấp khớp háng trong nhóm nghiên cứu thu được: Khớp háng được gấp > 90° chiếm tỷ lệ cao nhất 64,58% (62/96 khớp), khớp háng gấp được từ 75° - ≤ 90° là 29,17% (28/96 khớp), khớp háng gấp được từ 55° - ≤ 75° là 6,25% (6/96 khớp)

- *Đánh giá kết quả chức năng sau mổ*

Bảng 3.7. Kết quả chung (n=96)

Tình trạng chức năng sau mổ	Các mức độ đánh giá				Tổng (N)
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	
Số lượng (n)	62	31	2	1	96
Tỷ lệ (%)	64,58	32,29	2,09	1,04	100,0

Nhận xét:

Kết quả sau mổ: Rất tốt chiếm tỷ lệ 64,58%, tốt 32,29%, khá 2,09%, kém 1%.

3.5.3. Tai biến và biến chứng

- *Biến chứng sớm trong và sau mổ*

Tại thời điểm nghiên cứu, không có trường hợp nào gặp các biến chứng nứt rạn xương, vỡ thủng ổ cối, chảy máu sau mổ, tắc mạch sau mổ, hay trật khớp sớm sau mổ. Không có trường hợp nào liệt thần kinh hông to. Có 4 ca bị nhiễm khuẩn nông sau khi thay băng và cắt chỉ thừa bệnh nhân ổn định.

Bảng 3.8. Mức độ ngăn chi sau mổ (n=85)

Mức độ ngăn chi so với bên lành	Tình trạng ngăn chi	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 1 cm (1)	05/96	5,21
1 - 2 cm (2)	4/96	4,17
2 - 5 cm (3)	02/96	2,08
Tổng	11/96	11,46

Nhận xét:

Ngăn chi dưới 1cm có 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,21%, ngăn chi từ 1-2 cm có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 4,17%, ngăn chi trên 2 cm có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,35%.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần có thể thực hiện ở hầu hết các lứa tuổi khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 23 tuổi, cao tuổi nhất là 81

tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 50 – 59 tuổi và nhóm bệnh nhân từ 60-69 tuổi là 2 nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất, với tỉ lệ đều là 55,29%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tường (2007) Chiến nghiên cứu trên 98 bệnh nhân mổ thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện Bạch Mai [4] tương đương. Như vậy ngoại trừ nhóm tuổi dưới 40 (do khoảng xác định rộng), đã có sự thay đổi về nhóm tuổi được thay khớp háng toàn phần. Điều này có thể lý giải là do tiến bộ trong việc điều trị nội khoa các bệnh lý khớp háng trong thời gian qua đã giúp giảm tỉ lệ phải thay khớp nhân tạo ở nhóm tuổi trung niên, là nhóm tuổi lao động chính trong các gia đình. Có 67 bệnh nhân độ tuổi < 70(78,82%) được thay khớp háng bằng đường mổ ít xâm lấn. Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu gần đây ở các trung tâm chấn thương chỉnh hình trong cả nước thấy số bệnh nhân ở độ tuổi này phải thay khớp háng toàn phần có xu hướng tăng lên đáng kể [2],[5] Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $48,13 \pm 13,57$. So sánh với một số tác giả trong và ngoài nước, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt lớn. Theo Michael T.Manley nghiên cứu trên 85 bệnh nhân thay khớp háng toàn phần, tuổi trung bình là 50, trẻ nhất là 16, già nhất là 81[6].. Đoàn Việt Quân (2003) nghiên cứu trên 62 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 60[16]. Trần Nguyễn Phương (2003) nghiên cứu trên 98 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $47,18 \pm 10,92$ [4]

Về giới tính: Kết quả nghiên cứu tỉ lệ nam/nữ là 4,3/1 . Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả trong nước. Theo Nguyễn Mạnh Tường [4] tỉ lệ này là 3/1. Theo Trần Nguyễn Văn Hoạt [7] tỉ lệ này là 3,45/1. Điều này có thể giải thích là do nam giới có đặc thù nghề nghiệp và vai trò lao động trong gia đình cũng như hay uống rượu bia... ảnh hưởng nhiều hơn tới khớp háng. Theo y văn kinh điển của thế giới, tỉ lệ nam/nữ thay khớp háng toàn phần là 8/1. Như vậy, so với kết quả của chúng tôi có sự khác biệt đáng kể. Một thực tế cho thấy là ngày nay, vai trò của phụ nữ với xã hội và gia đình ngày càng được cải thiện. Do vậy nhu cầu điều trị thay khớp háng toàn phần của giới nữ là đã tăng lên trong thời gian qua. Do đó tỉ lệ nam/nữ ngày càng giảm dần. Kết quả gần sau mổ: Vấn đề phục hồi chức năng sau mổ là hết sức quan trọng, trong nghiên cứu chúng tôi đã thực hiện: Sau mổ bệnh nhân được nằm ở tư thế hai đùi dạng 40° , giữa hai đùi được đặt 1 nẹp tam giác, hai bên khoeo chân kê gối mềm. Ngày thứ hai, sau mổ nếu bệnh nhân không có biến chứng gì thì được hướng dẫn luyện tập chủ động tại giường. Ngày thứ ba, bệnh nhân được tập đứng lên có hỗ trợ của khung tập đi và có sự trợ giúp của người nhà hoặc hộ lý. Vì vậy chúng tôi không gặp biến chứng tử vong, tắc mạch, vỡ ổ cối, tai biến mạch máu não hay gãy xương đùi. Nhận định của chúng tôi trên đây cũng rất phù hợp với nhận định của Trần Đình Chiến [2] cũng là tác giả của phương pháp mang tên ông: Là phương pháp thay khớp háng . Ưu điểm của phương pháp là bệnh nhân có thể vận động ngay sau khi mổ mà không cần phải chờ thời gian liền xương, điều này rất có ý nghĩa với người cao tuổi, tránh được nhiều biến chứng do nằm lâu bất động, tuy nhiên phương pháp này vẫn có một số nhược điểm như: lỏng cán chỏm, ổ cối, trật khớp, đau, nhiễm khuẩn [2] ,[8]

Kết quả xa sau mổ :

Mức độ đau:

Việc đánh giá mức độ đau là do cảm nhận của người bệnh. Chúng tôi đánh giá mức độ đau theo D' Aubibne' – Postel: Rất đau là người bệnh luôn phải dùng thuốc giảm đau, đau vừa và đau nhẹ là đau khi vận động, không đau là người bệnh không phải dùng thuốc,

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước mổ có 57,29 % bệnh nhân đau dữ dội không chịu đựng được, 27,08 % bệnh nhân đau trung bình, còn lại là đau nhẹ và không đau. Sau mổ 3 tháng số bệnh nhân không đau chiếm tỷ lệ 66,67%(64BN), chỉ 19 bệnh nhân có triệu chứng đau nhưng cũng chỉ đau mức độ nhẹ, lúc đau lúc không và không phải dùng thuốc giảm đau.

Như vậy phẫu thuật thay khớp đã có kết quả tốt, giảm rất nhiều triệu chứng đau cho bệnh nhân.

Biên độ gấp khớp háng:

Biên độ gấp khớp háng là một chỉ số rất quan trọng để đánh giá mức độ hồi phục của người bệnh. Biên độ gấp khớp háng càng cao thì kết quả điều trị càng tốt và ngược lại [7],[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Biểu đồ 3.2) biên độ gấp khớp háng > 90° chiếm

tỷ lệ cao nhất 64,58% . Có khác biệt về số có biên độ gấp khớp háng $> 90^\circ$ với số gấp được từ $75^\circ - \leq 90^\circ$ và từ $55^\circ - \leq 75^\circ$ với các giá trị tương ứng (64,58% so với 29,17% và 6,25%). Kết quả này khẳng định kỹ thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn là rất ưu việt, hiệu quả điều trị rất cao.

Đánh giá kết quả chung sau mổ:

Rất tốt có 62 trường hợp chiếm 64,58%, tốt 31 trường hợp chiếm 32,29%, trung bình 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,09% và chỉ có 1 trường hợp xấu chiếm tỷ lệ 1,04%. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ tốt và rất tốt chiếm 96,87% cao hơn các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tiến Bình (1999)[1] là 72,9%, Đoàn Việt Quân (1998)[9] là 74,5%, Lê Ngọc hải và cộng sự (2012)[2] là 80,7%..

Điều này có thể lý giải như sau: Theo thời gian thì kỹ thuật ngày càng phát triển và hoàn thiện, các công tác chẩn đoán với các máy móc thiết bị ngày càng tốt, tỷ lệ mổ thành công ở mức độ rất tốt và tốt rất cao. Điều này cũng khẳng định tay nghề của đội ngũ thầy thuốc Việt Nam đã bắt kịp với các nước trên thế giới .

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế là tỷ lệ khỏi bệnh và có kết quả tốt rất cao trong nghiên cứu của chúng tôi với hàng loạt các chỉ số khẳng định điều này: Không đau (66,67%), Biên độ gấp khớp háng $> 90^\circ$ chiếm tỷ lệ 64,58%, tình trạng chức năng sau mổ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 96,87%.

Các biến chứng sau mổ có tỷ lệ không đáng kể. Có 84,38% số bệnh nhân sau mổ không có biến chứng gì. 15,62 % số bệnh nhân có biến chứng các loại, tuy nhiên không có các biến chứng nguy hiểm như: Nhiễm khuẩn nông 4,16%, ngắn chi 11,46% nhưng chủ yếu là ngắn ở mức độ nhẹ

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân và 96 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đường mổ ít xâm lấn từ tháng 2/2020 đến tháng 8/2021 tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

5.1. Kết quả gần sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình $8,8 \pm 2,3$ ngày. Không có trường hợp nào bị chảy máu sau mổ, chỉ có 4/96 (4,16%) trường hợp nhiễm trùng sau mổ và 1/96 (1,04%) bệnh nhân trật khớp sau mổ. Có 95,83% số bệnh nhân liền vết mổ ngay thì đầu, 98,5% có hình ảnh X-quang tốt (Đúng vị trí, không bị sai lệch).

5.2. Kết quả theo dõi xa sau mổ

Thay đổi các triệu chứng lâm sàng thay đổi rất rõ rệt như: Không đau (66,67%), Biên độ gấp khớp háng $> 90^\circ$ chiếm tỷ lệ 64,58%, tình trạng chức năng sau mổ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 96,87%, không có biến chứng nguy hiểm xảy ra ở bất kỳ hình thức nào.

Phương pháp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng đường mổ ít xâm lấn rất có hiệu quả. Các biến chứng sau mổ có tỷ lệ không đáng kể. Có 84,38% số bệnh nhân sau mổ không có biến chứng gì. và 15,62 % số bệnh nhân có biến chứng các loại, tuy nhiên không có các biến chứng nguy hiểm như: Nhiễm khuẩn nông 4,16%, ngắn chi 11,46% nhưng chủ yếu là ngắn ở mức độ nhẹ

5.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

- Chất lượng xương: Chất lượng xương càng giảm thì cho bệnh nhân sau mổ đau hơn, tập phục hồi chức năng muộn hơn, Nếu không được điều trị sẽ đau lâu dài và lỏng khớp nhân tạo.

- Độ thoái hóa khớp háng: Nếu thoái hóa khớp háng càng nặng thì cuộc mổ rất khó khăn và kéo dài vì phải đục xương và xử chữa lại nhiều , sau đó lại phải cân bằng phần mềm xung quanh khớp háng, vì vậy sau mổ bệnh nhân thường rất đau, nguy có nhiễm trùng cao và khả năng tập phục chức năng khớp khó khăn hơn

- Độ tuổi:

+ Đối với những bệnh nhân cao tuổi thường bị loãng xương và có các bệnh mãn tính phối hợp như cao huyết áp, đái đường, gout vì vậy sau mổ thường dễ nhiễm trùng hơn và khả năng phục hồi chức năng kém hơn .

+ Bệnh nhân trẻ tuổi thì khả năng phục hồi sau mổ tốt hơn so với người lớn tuổi. Tuy nhiên tuổi càng trẻ thì khả năng phải thay lại khớp lần 2 càng cao vì tuổi thọ của khớp nhân tạo khoảng từ 15 đến 20 năm. Khi mổ lại để thay thế khớp khác về sau sẽ ngày càng khó khăn hơn ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và lao động

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Bình (2001)**, “Nhận xét về tổn thương giải phẫu bệnh lý chỏm xương đùi trong bệnh lý hư khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần”, *Tạp chí thông tin y dược*, Số 9, tr, 13-15.

2. **Lê Ngọc Hải, Trần Đình Chiến, (2012)** “Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật ít xâm lấn lồi sau ”, *Tạp chí Y học Việt Nam*

3. **Nguyễn Thái Bảo, Lê Nghi Thành Nhân (2016)** *Ứng dụng đường mổ nhỏ qua lồi trước trong phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Huế*. s.l. : Đại học Y dược Huế.

4. **Nguyễn Mạnh Tường (2017)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng”, *Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội*.

5. **Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Ngọc Liêm (1999)**, “Nhận xét kết quả 126 trường hợp thay khớp háng toàn phần và bán phần tại Bệnh viện trung ương quân đội 108”, *Báo cáo khoa học đại hội ngoại khoa toàn quốc lần thứ 10*, tr, 135-137.

6. **Spencer J.D. and Booker M (2015)**, “Avascular necrosis and the blood supply of the femoral head”, *Clinical Orthopaedics and Related research*, No 152, pp, 3-4.

7. **Nguyễn Văn Hoat (2004)**, “Đánh giá về kết quả thay khớp háng bán phần cho những bệnh nhân gãy cổ xương đùi do chấn thương”, *Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.

8. **Ngô Hạnh, Huỳnh Phiến, Lê Văn mười (2015)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện Đà Nẵng”, *Hội nghị khoa học Hội chấn thương chỉnh hình toàn quốc lần thứ 14*. Tr 2013-2018.

9. **Đoàn Việt Quân, Đoàn Lê Dân (1998)**, “ Nhận xét về thay chỏm xương đùi tại Bệnh viện Việt Đức Hà Nội”, *Ngoại khoa số 5, Tổng hội Y dược học Việt Nam*, tr, 24-27.

¹KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG ĐA DÂY THẦN KINH NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Ngô Thị Lua^{1*}, Phạm Văn Hiệp, Trần Thái Sơn

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ biến chứng đa dây thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trên 350 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ2 theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2017 tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 49,1% bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường typ2. 90,7% bệnh nhân có cảm nhận nhiệt bình thường, còn lại là nhóm bệnh nhân mất/giảm cảm giác nhiệt 2 chân chiếm 8,7% và nhóm bệnh nhân mất/giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%. 90,7% bệnh nhân có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament; còn lại là nhóm bệnh nhân mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament chiếm 8,7% và nhóm bệnh nhân mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm 0,6%. 86,0% bệnh nhân có cảm nhận rung bình thường còn lại là nhóm bệnh nhân có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất chiếm 9,9%, giảm 1 bên chân chiếm 4,1%. 47,7% bệnh nhân có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên, tiếp theo là nhóm bệnh nhân có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm bệnh nhân có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

Từ khóa: Dây thần kinh ngoại biên; Đái tháo đường typ 2; Biến chứng đái tháo đường

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thần kinh ngoại vi do đái tháo đường (ĐTĐ) là một biến chứng thường gặp và xuất hiện khá sớm, trong đó bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ thường gặp nhất chiếm khoảng 20-30% số bệnh nhân [1]. Bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ làm tăng nguy cơ loét bàn chân dẫn đến cắt cụt chi dưới gây tổn hại nhiều về chất lượng cuộc sống và kinh tế cho người bệnh và xã hội[2]. Trên thế giới đã có rất nhiều đề tài đề cập bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ [3], [4] nhưng tại Việt Nam có lẽ chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt tại các tuyến y tế cơ sở. Những thông tin về bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ giúp nâng cao chất lượng công tác khám chữa bệnh, tạo cơ sở cho các nhà quản lý đề ra các chính sách phòng ngừa biến chứng ĐTĐ. Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình là đơn vị đầu ngành về y tế của tỉnh Ninh Bình thực hiện công tác khám chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh. Tính đến thời điểm 2021, bệnh viện đang quản lý và điều trị ngoại trú hơn 4000 bệnh nhân ĐTĐ và chưa có đề tài nghiên cứu về bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu “Xác định tỉ lệ biến chứng đa dây thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình”.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ2 theo tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2 của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2017[5].

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường:

+ Glucose huyết tương lúc đói (nhịn ăn trong vòng ít nhất 8h trước khi làm xét nghiệm) ≥ 7.0 mmol/L hoặc

+ Glucose huyết tương bất kỳ ≥ 11.1 mmol/L kèm theo triệu chứng cổ điển của tăng glucose máu (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).

^{1*} Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Ths. Ngô Thị Lua, khoa Nội tiết - BVĐK tỉnh Ninh Bình;

Tel: [0988556933](tel:0988556933); Email: ngothilua86@gmail.com.

+ Glucose huyết tương sau 2 giờ uống 75g glucose (nghiệp pháp tăng đường máu) \geq 11.1 mmol/l.

+ HbA1C \geq 6.5% . Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ typ 2:

- + Xuất hiện ở tuổi trưởng thành
- + Khởi phát chậm, thường không rõ triệu chứng
- + Đặc điểm lâm sàng: Bệnh tiến triển âm ỉ, ít triệu chứng, thể trạng béo phì, thừa cân, tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ typ 2, có gai đen, hội chứng buồng trứng đa nang
- + Không có chiều hướng nhiễm toan ceton
- + Glucose máu kiểm soát được khi áp dụng chế độ ăn hợp lý, vận động thể lực đều đặn hoặc kết hợp với các thuốc hạ glucose máu hoặc insulin liều thấp.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ những bệnh nhân không đồng ý phối hợp để tham gia nghiên cứu

Chẩn đoán xác định ĐTĐ typ2 nhưng mắc các bệnh sau:

- + Yếu tố gia đình: loại trừ các bệnh thần kinh di truyền
- + Bệnh thận: loại trừ suy thận gây tổn thương thần kinh
- + Tiền sử nghiện rượu: loại trừ bệnh đa dây thần kinh do rượu
- + Chế độ dinh dưỡng: loại trừ quá thiếu thốn gây suy dinh dưỡng
- + Biểu hiện thiếu vitamin nhóm B: tê phù, sa sút trí tuệ, tiền sử cắt dạ dày gây bệnh

Biemer, ia chảy, bệnh ngoài da.

- + Phụ nữ có thai
- + Tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên: INH, vincristin, metronidazol
- + Các bệnh lý ác tính kèm theo: bệnh máu, ung thư, nhiễm khuẩn.
- + Bệnh nhân không khám được bằng dụng cụ.

2.2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên của bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh năm 2001 bao gồm:

Cho điểm triệu chứng cơ năng và cho điểm khám lâm sàng

Sàng lọc giữa hai điểm triệu chứng cơ năng và lâm sàng để có chẩn đoán BCTKNV

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ.

Tổng cỡ mẫu là 350 bệnh nhân.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu được tiến hành chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Các bước tiến hành cụ thể như sau:

Bước 1: Lập danh sách tất cả bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Tiểu đường theo thứ tự A, B, C (danh sách lấy từ phòng khám tiểu đường)

Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu

Tính khoảng cách mẫu bằng cách lấy tổng số bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 chia cho mẫu nghiên cứu, $k = N/n$ (trong đó N là tổng số bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 = 2000 BN, n là cỡ mẫu cần nghiên cứu 350 BN). Vậy $k=2000/350=5,7$. Vậy khoảng cách chọn mẫu là 5. Chọn một số ngẫu nhiên bất kỳ trong khoảng từ 1-5, số ngẫu nhiên đó tương ứng với bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 đầu tiên được chọn sau đó cộng với khoảng cách mẫu và chọn cho đến khi đủ 350 BN ĐTĐ tuýp 2 thì dừng chọn. Trong trường hợp đối tượng từ chối trả lời hoặc không có khả năng trả lời thì sẽ chọn đối tượng liền kề tiếp theo trong danh sách BN khám tại ngày hôm đó.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ biến chứng TKNV theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Thần Kinh Anh 2001

TT	Biến chứng TKNV	n=350	%
1	Có biến chứng	172	49,1
2	Không biến chứng	178	50,9

Nhận xét: Kết quả trong nhóm nghiên cứu cho thấy BN có biến chứng TKNV do ĐĐT typ2 chiếm tỷ lệ 49,1% và BN không có biến chứng TKNV chiếm tỷ lệ 50,9%.

Bảng 2. Tỷ lệ cảm nhận nhiệt đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Mức độ rối loạn cảm giác nhiệt	n = 172	%
1	Bình thường	156	90,7
2	Mất, giảm 1 chân	1	0,6
3	Mất, giảm 2 chân	15	8,7

Nhận xét: Đa số là nhóm BN có cảm nhận nhiệt bình thường chiếm tỷ lệ 90,7%, còn lại là nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 2 chân và nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,7% và 0,6%.

Bảng 3. Tỷ lệ cảm nhận đau khi khám bằng monofilament đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Cảm nhận đau khi khám bằng Monofilament	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Cảm nhận bình thường	156	90,7
2	Mất cảm nhận ở 1 chân	1	0,6
3	Mất cảm nhận ở 2 chân	15	8,7

Nhận xét: Nhóm BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ 90,7%; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,7% và 0,6%.

Bảng 4. Tỷ lệ cảm nhận rung âm thoa đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Mức độ rối loạn cảm nhận rung âm thoa	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Bình thường	148	86,0
2	Mất, giảm 1 bên chân	7	4,1
3	Mất, giảm 2 bên chân	17	9,9

Nhận xét: Nhóm BN có cảm nhận rung bình thường chiếm tỷ lệ 86,0%; còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất, giảm 1 bên chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 4,1%.

Bảng 5. Tỷ lệ phản xạ gân Achille 2 bên chân của nhóm bệnh TKNV

TT	Phản xạ gân Achille	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Mất hoặc giảm một bên	17	9,9
2	Mất hoặc giảm hai bên	82	47,7
3	Bình thường	73	42,4

Nhận xét: Nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7%; tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ BCTKNV theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh

Sau khi đã đánh giá kết hợp giữa hỏi bệnh và khám bệnh theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh, chúng tôi phát hiện thấy BN có biến chứng thần kinh ngoại vi do ĐTD typ2 chiếm tỷ lệ 49,1% và BN không có biến chứng TKNV chiếm tỷ lệ 50,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Lê Quang Cường 84% do tác giả chỉ đánh giá tổn thương ở ít nhất một triệu chứng lâm sàng còn chúng tôi đưa tỉ lệ này ra khi đã sàng lọc các triệu chứng lâm sàng cả về hỏi bệnh và khám bệnh khi đã đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TKNV [7].

Kết quả từ nghiên cứu trên 3867 bệnh nhân ĐTD mới phát hiện, chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại vi dựa vào mất phản xạ gân gối/gân gót và đánh giá ngưỡng cảm giác rung với máy đo độ rung cho thấy có tới 11,6% bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi [8].

Nghiên cứu quốc gia về ĐTD tại Sri Lanka ở 597 bệnh nhân ĐTD tít 2 mới phát hiện. Chẩn đoán BCTKNV dựa vào bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh và máy đo độ rung cho tỷ lệ BCTKNV là 25,2% [9].

Như vậy, tại các nước đang phát triển ở Châu Á, biến chứng thần kinh ngoại vi đều có tỷ lệ khá cao khi có cùng tiêu chuẩn chẩn đoán.

4.2. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo rối loạn cảm giác về nhiệt

Bảng 1. cho thấy nhóm BN có cảm nhận nhiệt bình thường chiếm tỷ lệ 90,7%, còn lại là nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 2 chân (8,7%) và nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%.

Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác về nhiệt độ chiếm tỷ lệ thấp (9,3%). Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Nhật năm 2010 tỉ lệ bệnh nhân bình thường về cảm nhận nhiệt là 57,1%, mất cảm nhận nhiệt ở 2 bên chân là 36,4%, mất cảm nhận nhiệt ở 1 bên chân là 6,5% [6]. Vậy rối loạn cảm nhận nhiệt chủ yếu gặp đối xứng 2 bên.

4.3. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo Monofilament

Nhóm BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ 90,7%; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament là 8,7% và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament là 0,6% (bảng 3).

Thật vậy, Monofilament 10g là test thường dùng để đánh giá cảm giác bảo vệ của bàn chân và có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ loét chân. Việc phát hiện tỷ lệ biến chứng thần kinh ở mức độ thấp phản ánh một thực tế rằng Monofilament 5,07 thích hợp trong đánh giá lâm sàng nguy cơ loét bàn chân hơn là phát hiện BCTKNV.

4.4. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo âm thoa 128HZ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá cảm giác rung bằng âm thoa 128 HZ theo phương pháp tính thời gian do phương pháp này độ nhạy cao hơn (80% vs 53%) và độ đặc hiệu tương tự (98% vs 99%) phương pháp có/không.

Trong 172 BN có biến chứng TKNV thì đa phần là nhóm BN có cảm nhận rung bình thường chiếm tỷ lệ 86,0%; còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất, giảm 1 bên chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 4,1%.

4.5 Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo giảm/mất phản xạ gân Achille

Tổn thương thần kinh trong bệnh ĐTD làm mất hoặc gián đoạn bao Myelin của sợi thần kinh, làm cho dẫn truyền TK bị chậm hoặc mất biểu hiện trên lâm sàng là giảm/mất phản xạ gân xương. Trong đó giảm/mất phản xạ gân Achille xuất hiện sớm và gặp với tỷ lệ nhiều hơn. Bảng 5 cho thấy trong 172 BN có biến chứng thần kinh ngoại vi thì nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7%; tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Nhật năm 2010 35,7% BN có phản xạ gân Achille bình thường, 63,66% BN mất hoặc giảm phản xạ gân Achille 2 bên, và 0,64% BN mất hoặc giảm phản xạ gân Achille 1 bên [6].

Như vậy, giảm/mất phản xạ gân Achille là dấu hiệu lâm sàng hay gặp, gợi ý tới tổn thương thần kinh ở người ĐTĐ. Nhận xét này cũng phù hợp ý kiến với nhiều tác giả [6].

V. KẾT LUẬN

49,1% BN có biến chứng TKNV do ĐTĐ typ2. 90,7% BN có cảm nhận nhiệt bình thường, còn lại là nhóm BN mất/giảm cảm giác nhiệt 2 chân chiếm 8,7% và nhóm BN mất/giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%.

90,7% BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament chiếm 8,7% và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm 0,6%.

86,0% BN có cảm nhận rung bình thường còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất chiếm 9,9%, giảm 1 bên chân chiếm 4,1%.

47,7% BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên, tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gill H K, Yadav S B and Ramesh V (2014), "A prospective study of prevalence and association of peripheral neuropathy in Indian patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus", *J Postgrad Med*, 60(3), 270-5.

2. Laura Mayeda, Ronit Katz, Iram Ahmad et al. (2020), "Glucose time in range and peripheral neuropathy in type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease", *BMJ open diabetes research & care*, 8(1), 991.

3. Anne-Caroline Jeannin, Joe-Elie Salem, Ziad Massy et al. (2020), "Inactive matrix gla protein plasma levels are associated with peripheral neuropathy in Type 2 diabetes", *PloS one*, 15(2), 145.

4. Jamie Burgess, Bernhard Frank, Andrew Marshall et al. (2021), "Early Detection of Diabetic Peripheral Neuropathy: A Focus on Small Nerve Fibres", *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(2), 165.

Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2.

5. Trần Thị Nhật (2010), "Nghiên cứu tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân ĐTĐ tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

6. Lê Quang Cường (1999), "Nghiên cứu tổn thương thần kinh ngoại vi do đái tháo đường bằng cách ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh", Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. UK Prospective Diabetes Study Group (1998), "Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group", *Lancet*, 352(9131), 837-53.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN DO LẠNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ÔN CHÂM KẾT HỢP THUỐC CỔ TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2021-2022

Nguyễn Đức Tuyền^{1*}, Hoàng Văn Khiêm

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền. Khảo sát các tác dụng không mong muốn của phương pháp ôn châm trên bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị trên 30 bệnh nhân. **Kết quả:** Qua đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền ở 30 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả sau: Phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền có tác dụng tốt trong điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh: Tỷ lệ khỏi bệnh là 80%, tỷ lệ đỡ là 20%. Số ngày điều trị trung bình là: $15,17 \pm 4,51$ ngày; 30% số bệnh nhân và 3,6% số lần châm có xảy ra tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị. **Kết luận:** Do hiệu quả tốt, rút ngắn thời gian điều trị, và không gây ra tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng do đó có thể phổ biến rộng rãi phương pháp ôn châm kết hợp bài thuốc cổ phương Đại tân giao thang trong điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh

Từ khóa: Dây thần kinh VII ngoại biên; Liệt dây thần kinh do lạnh; Ôn châm; Thuốc cổ truyền

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên y học cổ truyền gọi là “Khẩu nhãn oa tà”. Bệnh xảy ra ở mọi giới, mọi lứa tuổi, nhưng đa số gặp ở tuổi thanh niên. Nguyên nhân thường do lạnh, nhiễm trùng, chấn thương, u hoặc các rối loạn trong xương đá nhưng chủ yếu là nguyên nhân do lạnh chiếm 60%. Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, thẩm mỹ, làm hạn chế khả năng lao động, hạn chế quan hệ xã hội của người bệnh. Vì vậy, việc phát hiện sớm và điều trị sớm căn bệnh này nhằm phục hồi lại khả năng làm việc và sinh hoạt của bệnh nhân là vấn đề quan trọng và cần thiết.

Về phương diện điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh, y học hiện đại đã áp dụng các phương pháp chiếu tia hồng ngoại hoặc sóng ngắn, thuốc corticoid và vitamin, phẫu thuật... Nhược điểm của các phương pháp này là giá thành cao, đặc biệt corticoid có ảnh hưởng đến dạ dày, gan, thận, xương, huyết áp... Vì thế Tổ chức Y tế Thế Giới đã khuyến cáo cần nghiên cứu sử dụng các phương pháp Y học cổ truyền trong điều trị để vừa hạ giá thành vừa tránh được tai biến do dùng thuốc.

Y học cổ truyền có nhiều phương pháp để điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh như: uống thuốc, cao dán, cứu, ôn châm, điện châm, điện cực dán, thủy châm, laser châm, từ châm, dán thuốc lên huyết, xoa bóp bấm huyết...

Đa số các trường hợp liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh điều trị bằng phương pháp châm cứu đem lại kết quả tốt. Ôn châm là một phương pháp điều trị có tác dụng kết hợp giữa châm và cứu, được áp dụng nhiều trong điều trị và thường sử dụng trong các trường hợp bệnh có tính thiên hàn, thích hợp sử dụng trong điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh. Hơn nữa, một số tác giả cho rằng điện châm chỉ nên bắt đầu từ ngày thứ 3 - 4 vì kích thích sớm có thể chuyển sang co cứng các cơ ở mặt bên liệt. Phương pháp cứu cũng được khuyến cáo không nên sử dụng để tránh gây sẹo ở mặt.

Xuất phát từ nhận xét trên và nhằm đáp ứng nhu cầu đòi hỏi của bệnh nhân làm sao cho chóng khỏi để có khuôn mặt trở lại bình thường không ảnh hưởng đến sinh hoạt, thẩm mỹ. Mặt khác để thừa kế và phát huy tiềm năng của y học cổ truyền chúng tôi tiến hành nghiên

^{1*} Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: BSCKI. Nguyễn Đức Tuyền - Khoa Y học cổ truyền, BVĐK tỉnh Ninh Bình.

ĐT: 0974207172,

Email: tuyen241290@gmail.com.

cứu đề tài: “**Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền**” với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền. Khảo sát các tác dụng không mong muốn của phương pháp ôn châm trên bệnh nhân nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Gồm 30 bệnh nhân được khám, chẩn đoán liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh, không phân biệt tuổi, giới tính, nghề nghiệp, đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHHĐ và YHCT, tình nguyện tham gia nghiên cứu, được điều trị tại khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại

2.1.2.1. Về lâm sàng

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh của Hồ Hữu Lương .

Nguyên nhân do lạnh thường xuất hiện đột ngột, hay gặp vào mùa lạnh hay sáng sớm và thường không tìm thấy nguyên nhân khác.

2.1.2.2. Về cận lâm sàng

Kết quả chụp MRI Sọ não không thấy bất thường

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được chẩn đoán bệnh danh là Khẩu nhãn oa tà thể phong hàn

2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân không có tổn thương các dây thần kinh sọ não khác kèm theo. Bệnh nhân không có hội chứng thần kinh khác. Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính. Tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật vùng đường đi của dây thần kinh VII. Khám tai mũi họng có biểu hiện viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, zona tai... Bệnh nhân có kèm theo các bệnh khác như: suy tim, bệnh phổi, bệnh tâm thần, HIV - AIDS, rối loạn đông máu. Bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị, bỏ điều trị quá 3 ngày hoặc dùng thêm các phương pháp điều trị khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị. Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán: Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 với $p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

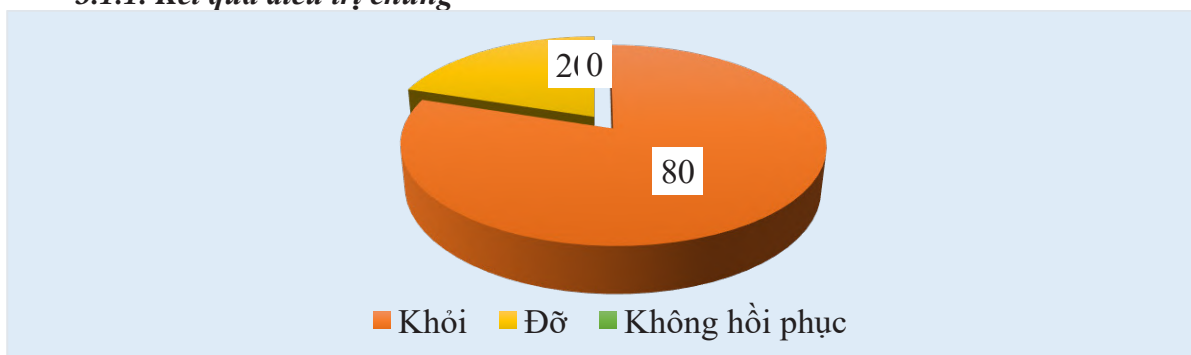
2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 tại khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

3.1.1. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung

Số bệnh nhân khỏi bệnh sau khi điều trị chiếm tỷ lệ cao (80%), tỷ lệ đỡ sau điều trị là 20% và không có bệnh nhân không hồi phục trong quá trình điều trị.

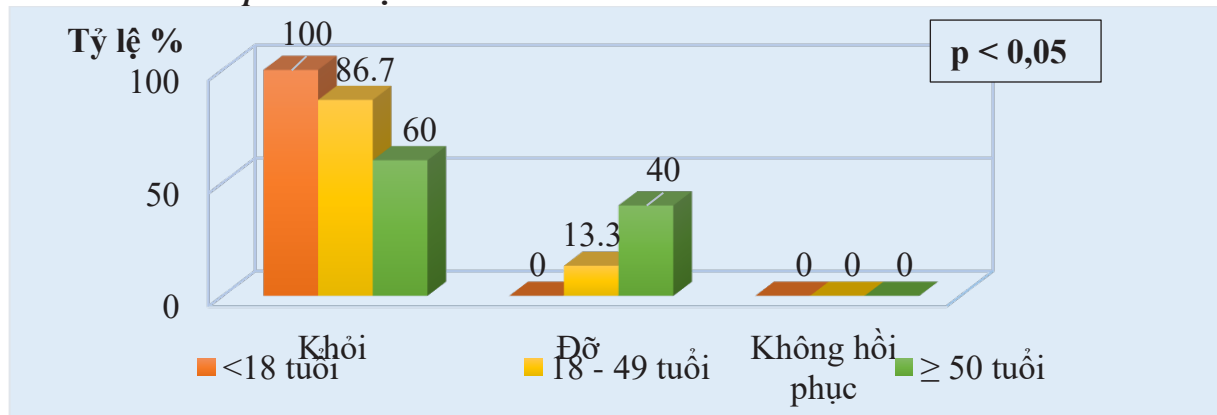
3.2.2. Kết quả điều trị các triệu chứng chính của liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh

Bảng 1. Kết quả điều trị các triệu chứng chính

Triệu chứng		Trước điều trị		Sau điều trị			
				Còn		Hết	
		n	%	n	%	n	%
Rối loạn vận động	Mất nếp nhăn trán	30	100,0	3	10	27	90
	Charles - Bell (+)	30	100,0	3	10	27	90
	Souques (+)	30	100,0	6	20	24	80
	Mất rãnh mũi má	30	100,0	3	10	27	90
	Lệch nhân trung - méo miệng	30	100,0	6	20	24	80
	Không co cơ cười	30	100,0	0	0	30	100,0
Rối loạn thực vật	Chảy nước mắt	15	50,0	0	0,0	15	100,0
	Khô mắt	4	13,3	0	0,0	4	100,0
	Giảm vị giác	8	26,7	0	0,0	8	100,0
	Giảm tiết nước bọt	10	33,3	0	0,0	10	100,0
	Nghe vang đầu	3	10,0	0	0,0	3	100,0
	Cảm giác đau sau tai	10	33,3	0	0,0	10	100,0

Sau điều trị, đa số bệnh nhân đều hồi phục các triệu chứng RL vận động (90%). Các triệu chứng RL thực vật đều hết (100%).

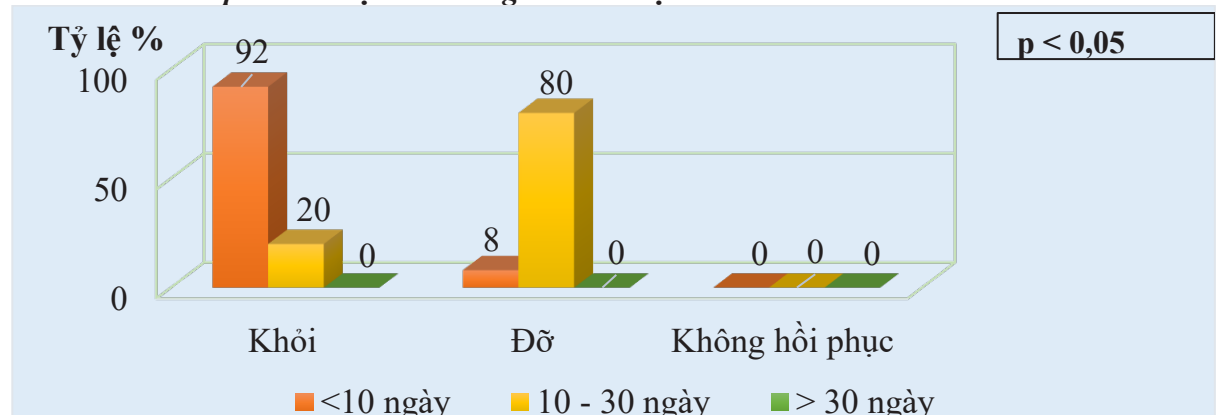
3.2.3. Kết quả điều trị theo tuổi



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị theo tuổi

Những bệnh nhân dưới 18 tuổi đáp ứng điều trị tốt hơn hai nhóm còn lại, bệnh nhân tuổi càng nhỏ thì đáp ứng với điều trị càng cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Kết quả điều trị theo thời gian khởi bệnh



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị theo thời gian khởi bệnh

Bệnh nhân vào viện càng sớm có tỷ lệ đáp ứng điều trị càng cao. Nhóm bệnh nhân đến sớm trước 10 ngày có tỷ lệ khỏi đạt 92%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị theo thời gian khởi bệnh ($p < 0,05$).

3.2.5. Thời gian điều trị

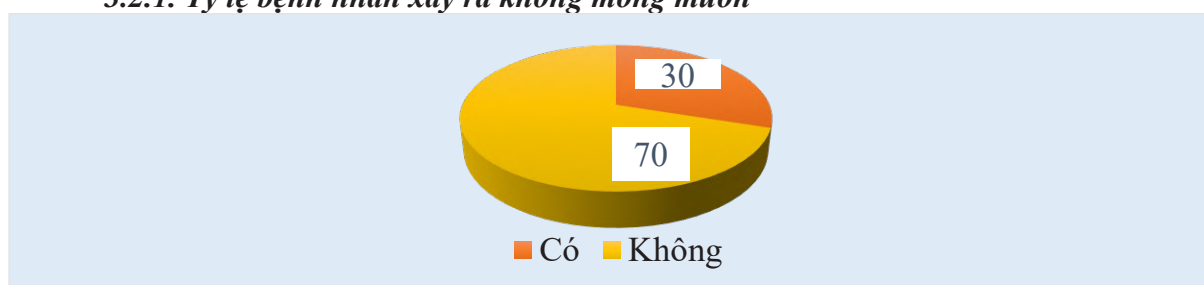
Bảng 2. Thời gian điều trị

Thời gian (ngày)	n	%	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)
≤ 15 ngày	20	66,7	15,17 \pm 4,51 ngày
16 - 30 ngày	10	33,3	
> 30 ngày	0	0	

Đa số bệnh nhân điều trị trong khoảng thời gian ≤ 15 ngày (chiếm 66.7%). Thời gian điều trị trung bình là 15,17 \pm 4,51 ngày.

3.2. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị bằng phương pháp ôn châm

3.2.1. Tỷ lệ bệnh nhân xảy ra tác dụng không mong muốn



Biểu đồ 4. Tỷ lệ bệnh nhân xảy ra tác dụng không mong muốn

Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng không mong muốn là 30%.

3.3.2. Các tác dụng không mong muốn của phương pháp ôn châm

Bảng 3. Mô tả các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Tác dụng không mong muốn	Bệnh nhân n = 30		Số lần châm n = 440	
	n	%	n	%
Chảy máu	3	10	5	1,1
Bầm máu	2	6,7	2	0,5
Gãy, cong kim	0	0,0	0	0,0
Đau sau khi kim qua da	3	10	7	1,2
Đau sau khi rút kim, sát trùng	1	3,3	2	0,5
Nhiễm trùng vết châm	0	0,0	0	0,0
Vụng châm	0	0,0	0	0,0
Châm trúng thần kinh	0	0,0	0	0,0
Kim khó rút	0	0,0	0	0,0
Bỏng	0	0,0	0	0,0
Cháy chần màn, quần áo	0	0,0	0	0,0
Tổng	9	30	16	3,6

Trong quá trình điều trị TDKMM xảy ra nhiều nhất là đau sau khi kim qua da (10% theo số bệnh nhân và 1,2% theo số lần châm) và chảy máu (10% theo số bệnh nhân và 1,1% theo số lần châm).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao với 80% bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ đỡ 20%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp không hồi phục. Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, các triệu chứng RL vận động gặp ở 100% bệnh nhân như: mắt nếp nhăn trán, dấu hiệu Charles - Bell dương tính, dấu hiệu Souques dương tính, méo miệng - lệch nhân trung, mắt rãnh mũi má, không co cơ cười. Căn cứ vào bảng chỉ tiêu đánh giá điểm lâm sàng thì đa số các bệnh nhân này đều bị liệt mặt ở mức độ nặng. Các triệu chứng

RL thần kinh thực vật, rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ thấp hơn, trong đó thường gặp nhất là các triệu chứng chảy nước mắt (50%), giảm tiết nước bọt (33,3%), cảm giác đau sau tai (33,3%), giảm vị giác (26,7%). Còn các triệu chứng khác ít gặp hơn như khô mắt (13,3%), nghe vang đầu (10%). Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các triệu chứng RL thực vật sau khi điều trị đều hết (100% bệnh nhân nghiên cứu). Các triệu chứng RL vận động sau điều trị hết ở 90% bệnh nhân. Liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở người trẻ và trung niên. Kết quả nghiên cứu thấy nhóm bệnh nhân dưới 18 tuổi có tỷ lệ khỏi hoàn toàn cao nhất (100%), và tỷ lệ này giảm dần theo lứa tuổi. Như vậy, có thể nói rằng nhóm tuổi càng trẻ thì đáp ứng với điều trị càng tốt, nhóm bệnh nhân dưới 18 tuổi có tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn ngay ở liệu trình điều trị đầu tiên cao nhất (100%), và tỷ lệ này giảm dần theo tuổi cho thấy bệnh nhân tuổi càng trẻ thì hồi phục càng nhanh. Bệnh nhân vào viện càng sớm thì đáp ứng với điều trị càng tốt, khi bệnh nhân đến càng sớm thì sự chèn ép dây thần kinh VII được giải quyết càng sớm, sự phục hồi của sợi trục càng cao và kết quả điều trị càng cao. Theo quan niệm của Y học cổ truyền, những bệnh nhân đến sớm chính khí còn mạnh, tà khí còn nông nên việc loại bỏ tà khí sẽ nhanh và hiệu quả hơn so với những bệnh nhân đến muộn, lý giải cho việc bệnh nhân đến sớm trước 10 ngày thì tỷ lệ khỏi bệnh đạt tới 92%. Theo như kết quả nghiên cứu đa số bệnh nhân điều trị với thời gian khoảng từ ≤ 15 ngày (chiếm 66,7%), và thời gian điều trị trung bình của 30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $15,17 \pm 4,51$ ngày. Khi so sánh với thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của các tác giả khác như: Lê Thị Diệu Hằng và cộng sự (2012) - $21,5 \pm 6,1$ ngày; Lê Văn Thành (2007) - $20,56 \pm 10,3$ ngày; Nguyễn Hoàng Trung (2013) - $21,13 \pm 5,24$ ngày thì thời gian điều trị trung bình của nhóm chúng tôi đều ngắn hơn chứng tỏ phương pháp ôn châm ưu điểm rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân. Điều này rất có giá trị vì rút ngắn được thời gian điều trị tức là sớm đưa người bệnh trở về với cuộc sống bình thường, đồng thời góp phần giảm bớt chi phí điều trị.

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu thì có 30% bệnh nhân có các biểu hiện chảy máu, đau, bầm máu khi châm và rút kim. Đây cũng là những biểu hiện thường gặp trong phương pháp châm, chảy máu tại chỗ và lượng ít, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

Ôn châm là một phương pháp cứu gián tiếp, mà tác dụng không mong muốn thường được chú ý nhất trong phép cứu chính là bông. Hơn nữa, chúng tôi lại tiến hành ôn châm chủ yếu các huyệt ở đầu mặt, khi bông sẽ ảnh hưởng xấu đến thẩm mỹ của bệnh nhân. Tuy nhiên, trong quá trình chúng tôi tiến hành ôn châm cho 30 bệnh nhân nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào xảy ra bông do ôn châm. Điều này có thể giải thích vì ôn châm là phương pháp cứu gián tiếp, chúng tôi không đặt ngải đang cháy trực tiếp lên da bệnh nhân mà cách da 2 - 3 cm qua kim châm cứu. Đây là phương pháp đơn giản, rẻ tiền và dễ thực hiện lại đem lại hiệu quả cao. Phương pháp này vừa có tác dụng của châm vừa có tác dụng ôn kinh tán hàn của cứu, lại an toàn, có thể áp dụng điều trị ngay khi bệnh nhân vào viện từ đó có thể rút ngắn được thời gian điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh điều trị bằng phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền chúng tôi rút ra một số kết luận:

Phương pháp ôn châm kết hợp thuốc cổ truyền có tác dụng tốt trong điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh, rút ngắn thời gian điều trị :

- Tỷ lệ khỏi bệnh là 80%, tỷ lệ đỡ là 20%.
- Số ngày điều trị trung bình là: $15,17 \pm 4,51$ ngày

Các tác dụng không mong muốn gặp trong ôn châm: đau sau khi kim qua da (10% bệnh nhân và 1,2% số lần châm); chảy máu (10% bệnh nhân và 1,1% số lần châm); bầm máu (6,7% bệnh nhân, 0,5% số lần châm); đau khi rút kim, sát trùng (3,3% bệnh nhân, 0,5% số lần châm).

- Ôn châm không gây ra tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Do hiệu quả tốt, rút ngắn thời gian điều trị, và không gây ra tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng do đó có thể phổ biến rộng rãi phương pháp ôn châm kết hợp bài thuốc cổ phương Đại tần giao thang trong điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh.

2. Cần có một nghiên cứu với mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hiệu quả điều trị của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012), “Liệt dây thần kinh VII ngoại biên”, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 187 - 189.

2. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2002), “Kỹ thuật châm và cứu”, Châm cứu tổng hợp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 179 - 187.

3. Bộ Y tế (2007), “Phương pháp châm cứu”, “Liệt dây thần kinh VII ngoại biên”, Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 65 - 84, tr 167 - 172.

4. Bộ Y tế (2013), “Phương pháp châm cứu”, “Liệt dây thần kinh VII ngoại biên”, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 166 - 179, tr 334 - 335.

5. Bộ Y tế (2013), “Ôn châm”, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 18 - 19.

6. Lê Thị Diệu Hằng và cộng sự (2012), “Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh bằng điện cực dán kết hợp bài thuốc Đại tần giao thang”, Tạp chí Y dược học (số 10), tr 70 – 75

7. Lê Văn Thành (2007), Đánh giá tác dụng điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ CỦA VIỆC ÁP DỤNG LEAN ĐỂ GIẢM THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HÓA SINH, MIỄN DỊCH CỦA BỆNH NHÂN TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Vũ Xuân Huynh^{1*}, Hứa Thị Phương

TÓM TẮT

Thời gian trả kết quả xét nghiệm ngắn là mong đợi của bác sỹ lâm sàng và bệnh nhân, để góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh kịp thời. Chúng tôi tiến hành đề tài với **mục tiêu** khảo sát thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch và đánh giá hiệu quả của việc áp dụng LEAN để giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Phương pháp nghiên cứu** mô tả can thiệp, so sánh trước sau để đánh giá hiệu quả áp dụng LEAN. Tiến hành thu thập số liệu về thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của tất cả các bệnh nhân khám tại khoa Khám bệnh trước và sau khi áp dụng LEAN để cải tiến. **Kết quả** cho thấy thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh giảm 51,1 % từ 108,4 phút xuống còn 53,0 phút sau cải tiến. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Miễn dịch giảm 43,1% từ 112,5 phút xuống 64,0 phút sau cải tiến. Toàn bộ cán bộ, kỹ thuật viên được đào tạo LEAN và ứng dụng thành thạo. Chúng tôi kết luận: Áp dụng LEAN mang lại hiệu quả cao đối với việc giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm.

Từ khóa: Lean; Kết quả xét nghiệm hóa sinh, miễn dịch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, các phòng xét nghiệm đóng vai trò ngày càng quan trọng trong việc giúp đưa ra chẩn đoán, chẩn đoán sớm, đánh giá điều trị, tiên lượng và dự phòng bệnh tật. Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), các kết quả xét nghiệm ảnh hưởng từ 60% đến 70% các quyết định lâm sàng [1]. Vì thế, chính bản thân các phòng xét nghiệm cần không ngừng cải tiến để nâng cao chất lượng xét nghiệm, trong đó một mặt phải đưa ra những xét nghiệm có độ chính xác cao, một mặt rút ngắn thời gian thực hiện xét nghiệm để đưa ra kết quả nhanh nhất cho lâm sàng.

Những yêu cầu này đòi hỏi sự cần thiết của việc sử dụng công cụ quản lý chất lượng để thiết kế lại luồng công việc, tăng năng suất và giảm thiểu các sai sót. Có rất nhiều phương pháp quản lý chất lượng, trong đó Lean là một phương pháp đã được nghiên cứu và áp dụng khá thành công vào các cơ sở Y tế [2], [3], [4], [5], đặc biệt là áp dụng vào phòng xét nghiệm để cải tiến, nâng cao chất lượng xét nghiệm [6],[7], [8], [9]. LEAN hay sản xuất tinh gọn là các cải tiến có tính chất hệ thống, liên tục nhằm tạo thêm giá trị và loại bỏ lãng phí. Trên thế giới đã có rất nhiều các nghiên cứu áp dụng LEAN vào phòng xét nghiệm và các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, tuy Lean được bắt nguồn từ ngành sản xuất công nghiệp nhưng các nguyên tắc chính của Lean vẫn có thể áp dụng vào phòng xét nghiệm và sẽ mang lại những lợi ích đáng kể về năng suất và tốc độ. Ở Việt Nam, hiện nay có rất ít những nghiên cứu về việc áp dụng LEAN và phòng xét nghiệm được công bố. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: “*Khảo sát thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch và đánh giá hiệu quả của việc áp dụng LEAN để giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

- Thời gian trả kết quả xét nghiệm (TAT: turnaround time): là thời gian từ khi bác sỹ ra chỉ định xét nghiệm đến khi bệnh nhân nhận được kết quả xét nghiệm.

- Nghiên cứu thu thập thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của tất cả bệnh nhân đến khám ngoại trú tại khoa Khám bệnh - bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình và được chỉ định làm xét nghiệm Hóa sinh và Miễn dịch.

2.2. Phương pháp

- Mô tả can thiệp, so sánh trước sau.

- Phương pháp thu thập số liệu:TAT được chia thành 6 giai đoạn từ T1 đến T6, các

^{1*} Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: Vũ Xuân Huynh, email: Biensexanh10112004@gmail.com. SĐT: 0912 324 506.

khoảng thời gian từ T1 đến T6 được tính dựa vào thời gian ra chỉ định (t1), thời gian nhận số chờ xét nghiệm (t2), thời gian được lấy mẫu xét nghiệm (t3), thời gian mẫu được bàn giao tại khoa Xét nghiệm (t4), thời gian đưa mẫu vào máy phân tích (t5), thời gian có kết quả (t6), thời gian kết quả được ký duyệt (t7) (được coi là thời gian trả kết quả cho bệnh nhân). Trong đó t1,t2,t3,t6,t7 được lấy từ phần mềm quản lý xét nghiệm, t4, t5 được ghi trên phiếu chỉ định xét nghiệm (do nhân viên thực hiện tại vị trí làm việc ghi).

- Số liệu được thu thập trong 2 tuần liên tiếp (trừ thứ 7 và chủ nhật), lấy làm 2 lần: 1 lần trước khi tiến hành cải tiến (số liệu nền), và 1 lần sau khi tiến hành các biện pháp cải tiến.

- Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm Excel.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018.

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, và được Ban giám đốc bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho phép triển khai nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả khảo sát thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của bệnh nhân khám ngoại trú tại khoa Khám bệnh

Tại khoa Khám bệnh bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, từ ngày 02/10/2017 đến ngày 13/10/2017 chúng tôi đã khảo sát được 2.607 mẫu Hóa sinh và 508 mẫu Miễn dịch phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch trước cải tiến.

	Hóa sinh (phút)	Miễn dịch (phút)
Thời gian từ khi lấy chỉ định đến khi lấy số chờ (T1)	54	4,8
Thời gian từ khi lấy số chờ đến khi lấy mẫu (T2)	9,9	11,8
Thời gian từ khi được lấy mẫu đến khi bàn giao (T3)	29,5	28,0
Thời gian xử lý mẫu trước phân tích (T4)	21,0	17,6
Thời gian phân tích mẫu (T5)	18,8	35,0
Thời gian từ khi có kết quả đến khi được ký (T6)	23,8	15,3
Tổng thời gian	108,4	112,5

Nhận xét: Thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh trung bình là 108,4 phút, của xét nghiệm Miễn dịch trung bình là 112,5 phút. Trong đó, các khoảng thời gian từ khi mẫu được lấy đến khi mẫu được bàn giao (T3), thời gian xử lý mẫu trước phân tích (T4) và thời gian ký kết quả (T6) là ba giai đoạn có tỷ lệ thời gian lãng phí rất lớn. Thời gian ký kết quả (T6) là lãng phí nhất với 23,8 phút sau khi đã có kết quả.

3.2. Đánh giá hiệu quả việc áp dụng Lean để giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh

3.2.1. Kế hoạch cải tiến và tổ chức thực hiện kế hoạch cải tiến

Sau khi khảo sát và phân tích số liệu nền và phân tích thực trạng từng giai đoạn trong các bước thực hiện xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch cho bệnh nhân khám ngoại trú tại khoa Khám bệnh chúng tôi đưa ra kế hoạch cải tiến nhằm giảm thời gian trả kết xét nghiệm cho bệnh nhân như sau:

Bảng 2. Các biện pháp cải tiến

Giai đoạn	Nguyên nhân gây kéo dài thời gian	Biện pháp cải tiến
T1	- Người bệnh không tìm được nơi đóng viện phí hoặc không tìm được nơi phát	- Sử dụng: sơ đồ hướng dẫn, bảng chỉ dẫn, hướng dẫn viên để hướng dẫn người bệnh.

	số chờ xét nghiệm. - Người bệnh đi làm các cận lâm sàng khác trước như X- quang, thăm dò chức năng...	
T2	- Máy in bacode bị lỗi, lỗi mạng LAN, Lỗi máy tính.	- Phòng công nghệ thông tin kiểm tra, bảo trì máy định kỳ, hướng dẫn cho nhân viên in bacode xử trí một số lỗi thông thường hay gặp.
	- Kỹ năng in bacode chưa tốt.	- Phân công cố định nhân viên in bacode và tập huấn cách in và dán bacode.
	- Hết giấy in bacode giữa giờ.	- Thực hiện 5S tại vị trí in bacode.
	- Số lượng nhân viên lấy mẫu chưa đủ vào giờ cao điểm.	- Tăng cường thêm 1 vị trí lấy mẫu và nhân viên lấy mẫu trong giờ cao điểm: từ đầu giờ sáng đến 9h30 phút.
	- Nhân viên lấy mẫu có kỹ năng lấy mẫu chưa tốt.	- Tập huấn, đào tạo kỹ năng lấy mẫu trước khi cho lấy mẫu, đặc biệt vào giờ cao điểm.
	- Hết dụng cụ, vật tư tiêu hao khi đang lấy mẫu.	- Thực hiện 5S tại các vị trí lấy mẫu.
T3	- Số lượng nhân viên vận chuyển ít, thời gian vận chuyển dài (30 phút/lần)	- Tăng cường nhân viên chuyển mẫu thành 2 người, rút ngắn thời gian vận chuyển mẫu (15 phút/lần).
	- Số lượng mẫu bàn giao 1 lần nhiều, không sắp xếp.	- Nhân viên vận chuyển gom mẫu, sắp xếp theo thứ tự trước khi bàn giao.
T4	- Xử lý mẫu lâu do số lượng mẫu bàn giao nhiều, không được sắp xếp.	- Giảm bớt số lượng mẫu trong 1 lần bàn giao và yêu cầu sắp xếp mẫu khi bàn giao như phân trên.
	- Máy xét nghiệm chưa chạy nội kiểm đạt vào đầu giờ làm việc. - Máy xét nghiệm phải bổ sung hóa chất bị hết giữa giờ làm việc.	- Phân công 1 trong 2 nhân viên chạy máy đến sớm 30 phút để chạy nội kiểm và bổ sung hóa chất nếu cần thiết. - Nhân viên chạy máy Hóa sinh và Miễn dịch không phải giao ban.
T5	- Máy xét nghiệm bị lỗi: hết hóa chất, mất nước cấp cho máy, lỗi mạng LAN..	- Thường xuyên kiểm tra, bảo trì bảo dưỡng máy và các yếu tố liên quan.
T6	- Mạng LAN chậm, ký duyệt nhiều thao tác (5 thao tác cho 1 phiếu kết quả).	- Đề xuất phòng công nghệ thông tin nâng cấp tốc độ mạng LAN và giảm bớt các thao tác khi ký chữ ký điện tử.

3.2.2. Đánh giá hiệu quả của việc thực hiện kế hoạch cải tiến

Sau khi tổ chức thực hiện kế hoạch cải tiến, chúng tôi tiến hành lấy số liệu đánh giá hiệu quả. Trong 10 ngày, chúng tôi đã khảo sát được 3.092 mẫu Hóa sinh và 757 mẫu phù hợp với điều kiện nghiên cứu. Kết quả như sau:

a. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh.

Bảng 3. So sánh thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh trước và sau cải tiến.

	Trước (phút)	Sau (phút)	Thời gian giảm (phút)	Thời gian giảm (%)
T1	5,4	3,5	1,9	35,2
T2	9,9	5,2	4,7	47,5
T3	29,5	16,0	13,5	45,8
T4	21,0	11,5	9,5	45,2
T5	18,8	14,8	4,0	21,3

T6	23,8	2,0	21,8	91,6
TAT	108,4	53,0	55,4	51,1

Nhận xét:

- Nhìn chung thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh giảm ở tất cả các giai đoạn phân tích, trong đó giảm nhiều nhất là giai đoạn ký kết quả với tỷ lệ giảm 91,6% so với trước khi cải tiến, tương đương với giảm được 21,8 phút. Giai đoạn giảm ít nhất là giai đoạn phân tích mẫu (T5) với tỷ lệ giảm là 21,3 % so với trước cải tiến, tương đương với giảm 4,0 phút. Có ba giai đoạn giảm được gần một nửa là giai đoạn chờ và lấy mẫu (giảm 47,5%), giai đoạn vận chuyển mẫu (giảm 45,8%), giai đoạn xử lý mẫu (giảm 45,2%).

- Tổng thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh giảm 51,1%, tương đương 55,4 phút so với trước cải tiến, từ 108,4 phút xuống còn 53,0 phút.

*b. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Miễn dịch***Bảng 4. So sánh thời gian trả kết quả xét nghiệm Miễn dịch trước và sau cải tiến.**

	Trước (phút)	Sau (phút)	Thời gian giảm (phút)	Thời gian giảm (%)
T1	4,8	3,5	1,3	27,1
T2	11,8	6,0	5,8	49,2
T3	28,0	15,6	12,4	44,3
T4	17,6	10,4	7,2	40,9
T5	35,0	26,8	8,2	23,4
T6	15,3	1,7	13,6	88,9
TAT	112,5	64,0	48,5	43,1

Nhận xét:

- Nhìn chung thời gian trả kết quả xét nghiệm Miễn dịch cũng giảm ở tất cả các giai đoạn. Trong đó giảm nhiều nhất là giai đoạn ký kết quả với tỷ lệ giảm 88,9% so với trước khi cải tiến, tương đương với giảm 13,6 phút, tiếp theo là các giai đoạn: chờ và lấy mẫu, vận chuyển mẫu, xử lý mẫu, giai đoạn lấy số chờ xét nghiệm lần lượt tương ứng với tỷ lệ giảm 49,2%; 44,3%; 40,9%, 27,1%, giảm ít nhất là giai đoạn phân tích với tỷ lệ giảm 23,4% so với trước khi cải tiến, tương đương giảm 13,6 phút.

- Thời gian trả kết quả xét nghiệm Miễn dịch giảm 43,1% so với trước cải tiến, tương đương với giảm 48,5 phút, từ 112,5 phút xuống còn 64,0 phút.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi tiến hành khảo sát thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh, Miễn dịch cho bệnh nhân khám ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi nhận thấy, thời gian trả kết quả cho bệnh nhân là tương đối dài. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh trung bình là 108,4 phút nếu tính khi bệnh nhân nhận chỉ định xét nghiệm. Nếu tính từ khi được lấy mẫu (tức là bằng tổng các thời gian T3 đến T6) thì thời gian trả kết quả Hóa sinh trung bình là 93,1 phút, Thời gian trả kết quả xét nghiệm của Miễn dịch trung bình là 112,5 phút, và nếu tính từ khi được lấy mẫu thì thời gian trung bình là 95,9 phút. Quan sát thực tế chúng tôi nhận thấy trong mỗi giai đoạn thực hiện xét nghiệm đều có những lãng phí về mặt thời gian, do đó đã áp dụng các biện pháp cải tiến để giảm thời gian trả kết quả cho bệnh nhân.

Sau khi áp dụng một số biện pháp cải tiến, chúng tôi khảo sát lại thời gian trả kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân và thấy thời gian trả kết quả xét nghiệm của cả Hóa sinh và Miễn dịch đều giảm rất nhiều. Thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh giảm 51,1% từ 108,4 phút xuống còn 53,0 phút, thời gian Miễn dịch giảm 43,1% từ 112,5 phút xuống còn 64,0 phút. Trong đó thì tất cả các giai đoạn đều giảm. Giai đoạn cải tiến hiệu quả nhất là giai đoạn ký kết quả cho bệnh nhân.

Trong tất cả các cải tiến thì cải tiến mà chúng tôi nhận thấy có ảnh hưởng đến nhiều giai đoạn và mang lại hiệu quả tốt hơn so với trước cải tiến đó là phân công thêm một người vận chuyển mẫu và thay đổi thời gian vận chuyển từ 30 phút xuống còn 15 phút một lần. Khi đó, ở giai đoạn vận chuyển đương nhiên sẽ giảm được 15 phút chờ đợi của mẫu sau khi đã được lấy. Tiếp theo là khi giảm thời gian vận chuyển mẫu thì số lượng mẫu sẽ giảm trong một lần bàn giao nên bàn giao nhanh, chính xác, mẫu đã được sắp xếp theo thứ tự nên xử lý mẫu nhanh, và khi phân tích mẫu sẽ cho kết quả nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng LEAN để giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm Hóa sinh và Miễn dịch, mang lại những lợi ích to lớn về chất lượng và hiệu quả, tùy vào điều kiện cụ thể tại phòng xét nghiệm mà ta có thể áp dụng những công cụ của LEAN để cải tiến phù hợp mang lại hiệu quả cao nhất cho phòng xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Clinical Laboratory Association ,(2014).** "Importance of Clinical Lab Testing Highlighted During Medical Lab Professionals Week". <<http://www.acla.com/importance-of-clinical-lab-testing-highlighted-during-medical-lab-professionals-week/>>. Xem 12/8/2017
2. **Dirk Van Goubergen, Jo Lambert. (2012).** *Applying Toyota Production System Principles And Tools At The Ghent University Hospital*, The Ghent University.
3. **Harrison. M. I, Paez K, Carman KL, et al. (2016).** Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems. *Health Care Manage Rev*, **41(2)**,127-44.
4. **Hawthorne H. C, David J. Masterson.(2013)**, Lean health care.*NC Med J*. **74(2)**,133-6.
5. **James. C. (2007).** *A Lean Enterprise Approach to Process Improvement in a Health Care Organization* . Science in Engineering and Management.
6. **Ana K. Stankovic, (2008).** Developing a Lean consciousness for the Clinical laboratory. *Journal of Medical Biochemistry*, **27**, 354-359.
7. **Craig C. Foreback, PhD (2014).** Lean Thinking in the Medical Laboratory. [online] Available at: <http://www.clpmag.com/2014/07/lean-thinking-medical-laboratory/>. [Accessed 12 August 2017].
8. **David A. Novis and George Konstantakos, (2006).** Reducing errors in the Practices of Pathology and Laboratory Medicin. *Am J Pathol*, **126**, 30-35.
9. **David A. Novis, (2008).** Reducing errors in the Clinical Laboratory: A Lean Production System approach. *LABMEDICINE*, **39**, 521-529.

¹NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC TỔN THƯƠNG THƯỜNG GẶP CỦA NẠN NHÂN CHẾT VÌ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO DO TAI NẠN GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ ĐƯỢC GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TẠI TỈNH NINH BÌNH TỪ 2015 - 2019

Nguyễn Thanh Hải ^{1*}, Đinh Thị Mừng, Trần Trung Tín

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố dịch tễ liên quan chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ tại tỉnh Ninh Bình từ 2015 đến 2019 và mô tả các hình thái tổn thương thường gặp của nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu 102 hồ sơ giám định nạn nhân chết vì chấn thương sọ não (CTSN) do tai nạn giao thông đường bộ (TNGTĐB) tại tỉnh Ninh Bình từ năm 2015 - 2019. **Kết quả:** Các nạn nhân chết vì CTSN do TNGTĐB thường gặp ở nhóm tuổi từ 15 - 29, nam giới chiếm phần lớn, đa phần không đội mũ bảo hiểm, 100% các nạn nhân có tổn thương da đầu và xương sọ, nhiều nhất là các trường hợp máu tụ nội sọ và dập não. **Kết luận:** Nạn nhân tử vong vì CTSN do TNGTĐB thường gặp là nam giới, độ tuổi từ 15 - 29 tuổi, là người điều khiển hoặc ngồi trên xe máy - xe đạp điện, đa số nạn nhân không đội mũ bảo hiểm, thường xảy ra vào khung giờ 17 giờ - 23 giờ, các nạn nhân chết vì CTSN đều có tổn thương xương sọ và tổn thương da đầu. Tổn thương thường gặp là vỡ xương sọ và dập não, chảy máu não.

Từ khóa: Chấn thương sọ não, tai nạn giao thông đường bộ, giám định y pháp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là tổn thương da đầu, hộp sọ hoặc các thành phần của não bộ xảy ra khi năng lượng sang chấn truyền đến vượt quá sự bù trừ của sọ não và cơ thể gây rối loạn chức năng hay những tổn thương thực thể ở sọ não. Có thể gặp sang chấn nhẹ như chấn động não, tụ máu da đầu nhưng cũng có thể nặng khi có máu tụ hay tổn thương trong não.

Trên thế giới, chấn thương sọ não gây tổn thương lớn về sức khỏe và kinh tế xã hội, là bệnh lý gây tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư, tim mạch nhưng là nguyên nhân hàng đầu ở lứa tuổi 15 - 45. Hàng năm tại Mỹ có 1,6 triệu nạn nhân CTSN trong đó 52.000 tử vong, 90.000 mang di chứng thần kinh suốt đời [2].

CTSN có nhiều nguyên nhân đặc biệt là tai nạn giao thông đường bộ (TNGTĐB). Theo một số nghiên cứu ở Việt Nam CTSN do tai nạn giao thông (TNGT) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và có tốc độ gia tăng nhanh chóng với tỷ lệ 79,28% [2]. Theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2009 có khoảng 18.000 trường hợp tử vong do TNGT cao hơn rất nhiều so với năm 1998 là 6.394 trường hợp, trong số đó nạn nhân bị tử vong do CTSN là 76,5% [1].

Để làm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng do CTSN cần thiết phải có sự đóng góp từ nhiều ngành chức năng trong đó những nghiên cứu về dịch tễ học sẽ giúp chúng ta hiểu được nguy cơ CTSN trong TNGTĐB, đồng thời việc đánh giá những tổn thương CTSN có ý nghĩa quan trọng trong công tác chẩn đoán, điều trị nói chung và giám định y pháp nói riêng.

Hiện tại CTSN do TNGTĐB là một trong những thương tổn chiếm tỷ lệ cao trong những trường hợp tử vong do TNGTĐB tại tỉnh Ninh Bình, nhưng việc khám nghiệm tử thi không phải lúc nào cũng thuận lợi do nhiều nguyên nhân chủ quan và khách quan, gây không ít khó khăn cho công tác điều tra xét xử và đặc biệt là góp phần tìm ra các biện pháp phòng tránh TNGT.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “**Nhận xét đặc điểm và các tổn thương thường gặp của nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ được giám định pháp y tại tỉnh Ninh Bình từ 2015 - 2019**” với mục tiêu:

1. *Khảo sát một số yếu tố dịch tễ liên quan chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ tại tỉnh Ninh Bình từ 2015 đến 2019.*

^{1*} Trung tâm pháp y Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: BSCKII. Nguyễn Thanh Hải, SĐT: 0913061369, Trung tâm pháp y Ninh Bình

2. Mô tả các hình thái tổn thương thường gặp của nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Pháp y tỉnh Ninh Bình từ tháng 01/2018 - 10/2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ được giám định pháp y tại tỉnh Ninh Bình từ tháng 01/01/2015 - 31/10/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả có phân tích hồi cứu từ 01/01/2015 - 31/12/2017 và tiến cứu từ 01/01/2018 - 31/10/2019.

2.3.2. Cỡ mẫu

- Đề tài áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

Nghiên cứu hồi cứu từ 01/01/2015 - 31/12/2017 được 80 hồ sơ và tiến cứu từ 01/01/2018 - 31/10/2019 được 22 hồ sơ giám định nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do TNGTĐB. Thu thập thông tin theo mẫu thiết kế trước.

2.3.3. Các chỉ số nghiên cứu

- **Một số yếu tố dịch tễ liên quan chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ:** Giới, tuổi (phân loại của WHO), thời điểm bị TNGT trong ngày, thời điểm trong năm, thời gian sống sau tai nạn (phân loại theo Hiệp hội ngoại khoa Hoa Kỳ), nơi xảy ra, có hay không đội mũ bảo hiểm, có hay không có cồn trong máu, lượng cồn trong máu, phương tiện đang sử dụng khi bị TNGT.

- **Các chỉ số liên quan đến các tổn thương sọ - não:** Tổn thương da đầu, tổn thương xương sọ, tổn thương nội sọ.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực.

- Nghiên cứu nhằm nêu lên các yếu tố nguy cơ chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ và mô tả các tổn thương sọ não trên nạn nhân bị CTSN do TNGTĐB, không nhằm mục đích khác.

- Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

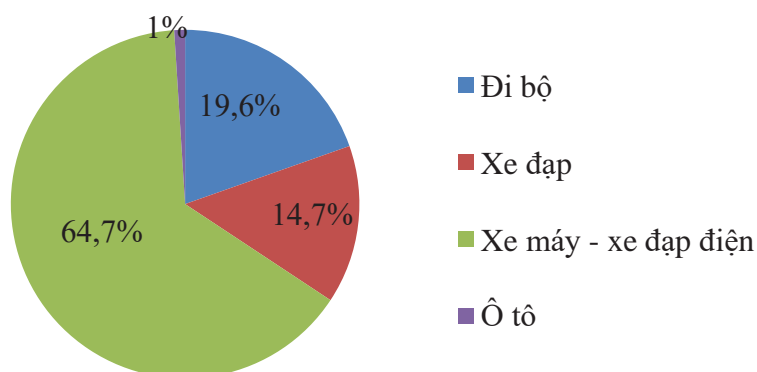
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ các nhóm tuổi, theo giới bị CTSN do TNGTĐB (n= 102)

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 14	2	2,0	4	3,9	6	5,9
15-29	25	24,5	3	2,9	28	27,4
30-44	21	20,6	2	2,0	23	22,5
45-59	14	13,7	5	4,9	19	18,6
≥ 60	15	14,7	11	10,8	26	25,6
Tổng số	77	75,5	25	24,5	102	100

Nhận xét: Tuổi: Nhóm tuổi 15 - 29 nhiều nhất chiếm 27,4%, tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi chiếm 25,6% và nhóm 30 - 44 chiếm 22,5%, nhóm 45 - 59 tuổi là 18,6% và thấp nhất là nhóm dưới 14 tuổi chiếm 5,9 %.

Giới: Đa số là nam giới chiếm 75,5%, nữ giới chiếm 24,5%.

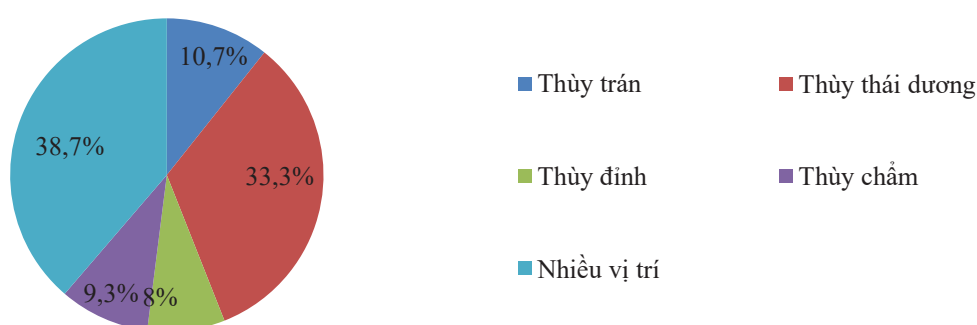
Biểu 1. Phân bố phương tiện tham gia giao thông của nạn nhân (n=102)

Nhận xét: Đa đa số nạn nhân điều khiển hoặc ngồi trên xe máy - xe đạp điện chiếm 64,7%. Tỷ lệ nạn nhân điều khiển các loại phương tiện còn lại thấp: Đi bộ là 19,6%, xe đạp chiếm 14,7%, ô tô chiếm 01%.

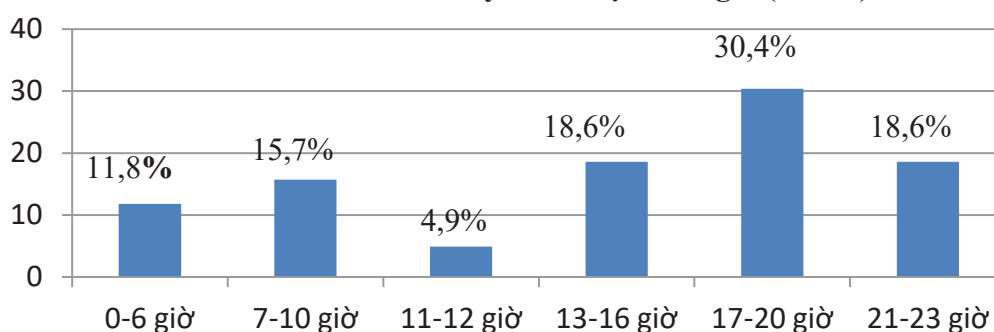
Bảng 2. Tỷ lệ đội mũ bảo hiểm (n=102)

Phương tiện tham gia giao thông	Số lượng		Tỷ lệ %
	Đội mũ bảo hiểm	18	
Xe máy - xe đạp điện	Không đội mũ bảo hiểm	48	47,1
Phương tiện khác	36		35,3

Nhận xét: Đa số nạn nhân chết vì CTSN do TNGTĐB khi tham gia giao thông không đội mũ bảo hiểm chiếm 47,1%.

Biểu 3. Vị trí khối máu tụ nội sọ (n= 102)

Nhận xét: Hay gặp nhất là khối máu tụ ở nhiều vị trí chiếm 38,7%, tiếp đến là thùy thái dương chiếm 33,3%.

Biểu 2. Phân bố thời điểm xảy ra tai nạn theo giờ (n=102)

Nhận xét: Các vụ tai nạn xảy ra nhiều nhất vào các thời điểm 17h -20h chiếm 30,4%, tiếp đến 13-16h và 21-23h chiếm 18,6%, thấp nhất vào 11-12 giờ chiếm 4,9%.

Bảng 3. Tỷ lệ nạn nhân có cồn trong máu và đặc điểm nồng độ cồn của nạn nhân có cồn trong máu (n= 102)

Sử dụng rượu, bia	Số lượng	Tỷ lệ %	Nồng độ cồn trong máu	mg/100ml máu	Tỷ lệ %
Có	36	35	Tối thiểu	6,2	
			Trung bình	134,1	
			Tối đa	333,9	
			> 50 mg/100ml máu	27	75
			< 50 mg/100ml máu	9	25
Không	66	65			

Nhận xét: Có 35% nạn nhân có sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông. Trong đó 75% nạn nhân có nồng độ cồn vượt qui định. Nạn nhân có nồng độ cồn cao nhất là 333,9mg/100ml máu.

Bảng 4. Tổng hợp các hình thái tổn thương sọ - não (n= 102)

Các tổn thương sọ não	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương da đầu	102	100
Tổn thương xương sọ	102	100
Máu tụ nội sọ	75	73,5
XHKDN	14	13,7
Dập não	90	88,2
Chảy máu não thất	5	4,9
Phù não	14	13,7
Tụt kẹt hạnh nhân tiểu não	2	1,9

Nhận xét: Tổn thương da đầu và tổn thương xương sọ xuất hiện 100% các trường hợp, tiếp đó dập não chiếm 88,2%, máu tụ nội sọ chiếm 73,5%.

Bảng 5. Vị trí dập não (n= 102)

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thùy trán	13	14,4
Thùy thái dương	15	16,7
Thùy đỉnh	2	2,2
Thùy chẩm	7	7,8
Thân não	5	5,6
Tiểu não	3	3,3
Nhiều vị trí	45	50

Nhận xét: Hay gặp dập não ở nhiều vị trí chiếm 50%, dập não thùy thái dương chiếm 16,7% và thùy trán chiếm 14,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố dịch tễ liên quan chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ

4.1.1. Tuổi

Trong 102 nạn nhân chết vì CTSN do TNGTĐB từ 01/1/2015 - 31/12/2019, nhóm tuổi thường gặp nhất là tuổi 15 - 29 chiếm nhiều nhất 27,4%, nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất là dưới 14 tuổi (5,9%). Phần lớn tử vong do tai nạn giao thông đường bộ tập trung trong nhóm tuổi từ 15-59 (68,5%). Các tỷ lệ này phù hợp với các công trình nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Lưu Sỹ Hùng [2], nhóm tuổi 15 - 29 chiếm nhiều nhất (55%), tiếp theo là nhóm 45 - 59 (20%), nhóm 30 - 44(14%).

4.1.2. Giới

Nam giới chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Sự chênh lệch này là do trên thực tế nam giới khi tham gia giao thông thường hay sử dụng rượu bia, chất kích thích. Ngoài ra, theo tập quán của người Việt Nam nói chung và người dân trên địa bàn tỉnh Ninh Bình nói riêng, khi điều khiển các phương tiện mô tô - xe máy có 2 người (một nam, một nữ) thì người điều khiển thường là nam giới. Chính vì điều này dẫn đến phóng nhanh, vượt ẩu, chạy quá tốc độ hậu quả dễ gây tai nạn giao thông đường bộ cho mình và những người tham gia giao thông. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với một số tác giả khác. Theo Nguyễn Phương Hoa và Phạm Thị Lan [5] nam giới là 78,9%, nữ chiếm 21,1%.

4.1.3. Phương tiện tham gia giao thông của nạn nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số nạn nhân chết vì CTSN do TNGTĐB là người điều khiển hoặc ngồi trên xe máy - xe đạp điện chiếm tỷ lệ 64,7%, các nạn nhân tham gia bằng các phương tiện còn lại thấp như xe đạp (14,7%), ô tô (1%). Tỷ lệ này của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trong nước. Theo Nguyễn Phương Hoa và Phạm Thị Lan [5] xe máy (57,9%), đi bộ (11,2%), xe đạp (3,2%), ô tô (2,4%). Điều này giải thích xe máy- xe đạp điện hiện đang là phương tiện giao thông chính của người dân Việt Nam.

4.1.4. Tỷ lệ đội mũ bảo hiểm khi tham gia giao thông

Tổng số các nạn nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi tham gia giao thông có 47,1% nạn nhân không đội mũ bảo hiểm. Tỷ lệ này tương đồng so với các nghiên cứu trong nước. Theo Đồng Văn Hệ và các cộng sự [1] nạn nhân có đội mũ bảo hiểm 6,9%, không đội mũ bảo hiểm 93,1%.

4.1.5. Thời gian xảy ra tai nạn

Trong nghiên cứu chúng tôi đã khảo sát về khung thời gian trong ngày. Tỷ lệ tai nạn xảy ra nhiều nhất từ 17 giờ - 20 giờ chiếm 30,4%, từ 17 giờ - 23 giờ có 49% các vụ tai nạn. Đây là khoảng thời gian cao điểm của giao thông trong ngày, các điều kiện về chiếu sáng, tầm nhìn giảm, trong khi đó các nạn nhân hay đi ăn uống, vui chơi và đa phần đều có sử dụng rượu bia nên thường điều khiển phương tiện với tốc độ cao. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu trong nước. Theo Trương Văn Việt [6] số lượng các vụ tai nạn gia tăng mạnh vào khung giờ 18 giờ - 23 giờ (39,1%). Theo Nguyễn Hồng Long và Đinh Gia Đức [4] có 60% số vụ tai nạn vào khoảng 20 giờ - 3 giờ. Các vụ tai nạn xảy ra nhiều nhất vào quý I chiếm 38,3%. Có thể giải thích đây là mùa lễ hội, mật độ người đi lại đông hơn bình thường dễ gây mất trật tự an toàn giao thông.

4.1.6. Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã xác định nạn nhân có cồn trong máu chiếm tỷ lệ 35%. Nồng độ cồn trung bình trong máu của các nạn nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 134,1 mg/100ml máu, người có nồng độ thấp nhất là 6,2 mg/100ml máu, cao nhất là 333,9mg/100ml máu. Có 75% nạn nhân có nồng độ cồn vượt quá mức cho phép là 50mg/100ml máu.

4.2. Các hình thái tổn thương sọ não

4.2.1. Các hình thái tổn thương sọ - não

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các nạn nhân có tổn thương da đầu và xương sọ, dập não (88,2%), máu tụ nội sọ (73,5%). Số ít nạn nhân chảy máu não thất (4,9%) và tụ máu hạnh nhân tiểu não (1,9%). Kết quả này là phù hợp với việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu là nạn nhân chết vì chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ.

4.2.2. Máu tụ nội sọ

Trong nghiên cứu của chúng tôi 73,5% các trường hợp có máu tụ nội sọ. Hay gặp nhất là khối máu tụ ở nhiều vị trí (38,7%), tiếp đến là máu tụ ở thùy thái dương (33,3%) và thùy trán (10,7%).

4.2.3. Dập não

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 88,2% trường hợp có tổn thương dập não. Trong đó dập não nhiều vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Tỷ lệ nạn nhân có tổn thương dập não trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác trong nước. Theo Nghiên Cứu Chí Cương [3] 65% các trường hợp có tổn thương dập não và máu tụ trong nhu mô não. Trong đó

dập não thùy trán chiếm đa số (49,6%), thùy thái dương (32,8%), thùy đỉnh, thùy chẩm, thân não, tiểu não chiếm từ 3 - 5%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Các yếu tố dịch tễ liên quan chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ

Nạn nhân tử vong vì chấn thương sọ não do TNGTĐB thường gặp nam giới (75,5%). Độ tuổi thường gặp 15 - 29 tuổi (27,4%). Nạn nhân chủ yếu là người điều khiển hoặc ngồi trên xe máy - xe đạp điện (64,7%), trong đó đa số nạn nhân không đội mũ bảo hiểm (47,1%). Có 35% nạn nhân có cồn trong máu, trong đó đa số (75%) vượt mức 50mg/100ml máu.

Các vụ TNGTĐB thường xảy ra tại đường quốc lộ, liên tỉnh, liên huyện (47,1%), Thời gian xảy ra các vụ tai nạn tập trung vào khung giờ 17 giờ - 23 giờ (49%). Đa số nạn nhân tử vong tại chỗ hoặc tử vong trên đường đi cấp cứu (67,6%).

5.2. Các hình thái tổn thương sọ não

Tất cả các nạn nhân chết vì chấn thương sọ não đều có tổn thương xương sọ và tổn thương da đầu. Đối với tổn thương phần mềm tổn thương hay gặp nhất là bầm tím tụ máu (95,1%), tiếp đó là rách da (41,2%). Tổn thương xương thường tổn thương phối hợp nhiều xương (41,2%) và đường vỡ dạng phức tạp là phổ biến nhất (43,2%).

Tổn thương trong hộp sọ, 73,5% các trường hợp có máu tụ nội sọ, hay gặp nhất là khối máu tụ ở thùy thái dương (33,3%). Dập não gặp 88,2% các trường hợp, dập não nhiều vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Ngoài ra còn xuất hiện các tổn thương sọ não khác như phù não (13,7%), chảy máu khoang dưới nhện (13,7%), chảy máu não thất (4,9%), tụt kẹt hạnh nhân tiểu não (1,9%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đẩy mạnh việc tuyên truyền giáo dục nhằm nâng cao ý thức và tuân thủ các qui định khi tham gia giao thông đường bộ, đặc biệt đối với lứa tuổi 15 - 29.

Nâng cao ý thức cá nhân, phải đội mũ bảo hiểm đạt chuẩn chất lượng, đúng quy định khi đi xe máy - xe đạp điện, không sử dụng rượu bia và các chất chứa cồn khi tham gia giao thông.

Vào các khung giờ 17h - 23h khi tham gia giao thông cần phải hết sức cẩn thận đặc biệt trong các tuyến đường quốc lộ, liên tỉnh, liên huyện.

Các cơ quan chức năng cần khảo sát, phát hiện những bất cập phát sinh trong công tác tổ chức phân luồng giao thông, có biện pháp khắc phục kịp thời, bổ sung hệ thống cọc tiêu, biển báo nguy hiểm, hạn chế tốc độ nhất là các tuyến, nút trọng điểm có nguy cơ ùn tắc, các "điểm đen" về tai nạn giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Văn Hệ, Trần Trường Giang, Phạm Tân Thành et al** (2005). Đặc điểm dịch tễ học chấn thương sọ não tại Bệnh viện Việt Đức, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 39(6).

2. **Lưu Sỹ Hùng** (2014), *Nghiên cứu chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định Y Pháp*, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Nghiêm Chí Cương** (2014), "Nghiên cứu hình thái chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định Y pháp".

4. **Nguyễn Hồng Long và Đinh Gia Đức** (2011), "Nghiên cứu nồng độ rượu trong máu và đặc điểm tổn thương của những người chết do tai nạn giao thông đường bộ", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 74(3), tr. 168-171.

5. **Nguyễn Phương Hoa và Phạm Thị Lan** (2012), "Tử vong do tai nạn giao thông tại một số tỉnh", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 80(3c), tr. 385-389.

6. **Trương Văn Việt** (2002), "Các yếu tố nguy cơ gây chấn thương sọ não tại thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí nghiên cứu Y học TP Hồ Chí Minh*, 6(2), tr. 14-20.

7. **Vũ Ngọc Tú và Đông Văn Hệ** (2004), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương sọ não nặng", *Tạp chí Y học thực hành*, 491, tr. 298-303.

8. **D Harish BR Sharma, MBBS et al** (2003), "Patterns of Fatal Head Injury in Road Traffic Accidents", *Bahrain Medical Bulletin*, 25(1), tr. 1.

ĐẶC ĐIỂM TÌNH HÌNH NẠO HÚT THAI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ TAM ĐIỆP TỪ NGÀY 01/09/2022 ĐẾN 30/08/2023

Lương Thùy Dung^{1}*

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá một số yếu tố xã hội có liên quan đến những phụ nữ tham gia nạo hút thai như: Tuổi, nghề nghiệp, số lần nạo hút, số con hiện có. (2) Tìm hiểu việc sử dụng các biện pháp tránh thai, việc sử dụng các biện pháp phát hiện thai sớm như siêu âm và dùng que thử thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 phụ nữ tham gia nạo hút thai tại Trung tâm y tế TP Tam Điệp. **Kết quả:** Tỷ lệ nạo hút thai chủ yếu ở độ tuổi 30-39 chiếm 56,17%; Đa số phụ nữ nạo hút thai đã đủ con. Nghề nghiệp chủ yếu phụ nữ nạo hút thai là công nhân chiếm 84,93%. Phụ nữ mang thai ngoài ý muốn có 34,24% là do không dùng biện pháp tránh thai; còn lại 65,76% do thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai, không có ca nào đặt vòng mà có thai. Tuổi thai nạo hút nhỏ dưới 6 tuần chiếm 61,64%; từ 6 tuần đến ≤ 8 tuần chiếm 32,88%. 80,82% phụ nữ có thử que thử thai nhanh tại nhà; 19,18% không sử dụng que thử thai. Mối quan hệ giữa số lần nạo hút thai với độ tuổi, nghề nghiệp, số con hiện có của phụ nữ đến nạo hút thai. **Kết luận:** Hiện nay, tình hình đình chỉ thai nghén tại TTYT TP Tam Điệp đã được nâng lên so với những năm trước đây nhưng vẫn còn chưa theo kịp các bệnh viện tuyến trên, chưa áp dụng phá thai nội khoa và hút thai gây mê. Vì vậy, cần phải triển khai thêm nhiều dịch vụ y tế để thu hút người bệnh.

Từ khóa: Nạo hút thai, tuổi thai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nạo hút thai là thủ thuật đình chỉ thai nghén để kết thúc sự mang thai, đưa thai nghén ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Ở Việt Nam, số ca nạo hút thai rất cao so với thế giới. Thống kê các bệnh viện trước đây có khi số ca nạo hút nhiều hơn ca đẻ đó là chưa kể đến con số nạo hút thai tại các cơ sở y tế tư nhân.

Những năm gần đây, sự phát triển vượt bậc của nền khoa học nói chung và ngành sản phụ khoa nói riêng, thủ thuật nạo hút thai trở nên an toàn hơn, mạng lưới y tế phát triển rộng rãi đến mọi tầng lớp nhân dân. Với việc phát hiện thai sớm bằng các phương pháp hiện đại, phổ biến như siêu âm và đặc biệt là phương pháp dùng que thử thai đã làm hạ thấp tuổi thai nạo hút (chủ yếu 3 tháng đầu). Chính vì vậy đã làm giảm rất nhiều các biến chứng nặng nề do thủ thuật nạo hút thai gây ra. Khi người phụ nữ đã có đủ số con mình mong muốn hay đang nuôi con còn nhỏ thì thủ thuật nạo hút thai đã góp phần trong công tác kế hoạch hóa gia đình. Tuy nhiên khi đối tượng tham gia nạo hút là những người đang ở độ tuổi vị thành niên, học sinh, sinh viên, những người chưa từng lập gia đình và chưa từng sinh con lại là một vấn đề xã hội nổi cộm đang được nhiều người, cấp, ngành, nhà nước quan tâm. Vì ngoài những biến chứng mà bất kỳ đối tượng nào tham gia nạo hút thai đều có thể bị như mất máu, choáng, sót rau, nhiễm trùng, thủng tử cung... thì những đối tượng trên còn có thể phải chịu một áp lực nặng nề về tâm lý, áp lực đó có thể ám ảnh suốt cuộc đời của họ và biến chứng vô sinh có thể xảy ra sau này. Qua việc xem xét, tình hình nạo hút thai tại Trung tâm y tế Thành phố Tam Điệp chúng ta thấy còn có thiếu sót trong công tác tuyên truyền dẫn đến thiếu hiểu biết, thiếu kiến thức an toàn tình dục về việc phòng tránh mang thai ngoài ý muốn, để mong muốn giảm bớt các trường hợp nạo hút thai nhằm đảm bảo sức khỏe cho phụ nữ chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá một số yếu tố xã hội có liên quan đến những phụ nữ tham gia nạo hút thai như: Tuổi, nghề nghiệp, số lần nạo hút, số con hiện có.
2. Tìm hiểu việc sử dụng các biện pháp tránh thai, việc sử dụng các biện pháp phát hiện thai sớm như siêu âm và dùng que thử thai.

¹ Trung tâm Y tế thành phố Tam Điệp

Tác giả/liên hệ: Bs CKI Lương Thùy Dung

SĐT: 0868268161 Email: bsdung89@gmail.com.

II. ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản - Trung tâm Y tế thành phố Tam Điệp.
- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/9/2022 đến 30/8/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu dựa vào việc thăm khám, hỏi bệnh và hồ sơ bệnh án của những người phụ nữ tham gia nạo hút từ 01/09/2022 – 30/08/2023 tại Trung tâm Y tế thành phố Tam Điệp với các tiêu chuẩn chọn lựa sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn mẫu phiếu điều tra và hồ sơ bệnh án:

- Nạo hút do mang thai ngoài ý muốn
- Tuổi thai nạo hút nhỏ hơn 12 tuần
- Người phụ nữ hoàn toàn khỏe mạnh, không có các bệnh mạn tính như bệnh tim, bệnh phổi, bệnh thận, không bị nhiễm độc thai nghén...

- Lựa chọn bệnh án và mẫu phiếu điều tra có đầy đủ các chỉ số cần thu thập như: Tuổi, nghề nghiệp, số con hiện có, số lần nạo hút, tình hình sử dụng que thử thai nhanh và siêu âm.

Như vậy, trong 12 tháng từ 01/09/2022 đến 30/08/2023 chúng tôi có được mẫu nghiên cứu là 73 phụ nữ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Chúng tôi xem xét kỹ các mẫu phiếu điều tra và hồ sơ bệnh án đạt tiêu chuẩn và rút ra một số nội dung sau:

* Tuổi của phụ nữ nạo hút: Chia ra làm 6 độ

- | | |
|----------------|----------------|
| + ≤ 19 tuổi | + 30 – 34 tuổi |
| + 20 - 24 tuổi | + 35 – 39 tuổi |
| + 25 – 29 tuổi | + ≥ 40 tuổi |

* Nghề nghiệp:

- + Học sinh – sinh viên
- + Cán bộ, viên chức
 - + Công nhân
 - + Tự do

* Số con hiện có:

+ Chưa có con	
+ Có 02 con	
+ Có 01 con	
+ Có ≥ 3 con	

* Số lần nạo hút:

- | | |
|----------|-----------|
| + 01 lần | + 03 lần |
| + 02 lần | + > 3 lần |

* Tuổi thai nạo hút:

- | | |
|-----------------|------------------|
| + ≤ 6 tuần | + Từ 8 - 12 tuần |
| + Từ 6 – 8 tuần | + ≥ 12 tuần |

* Biện pháp tránh thai:

- + Không dùng biện pháp nào
- + Tính chu kỳ vòng kinh
- + Xuất tinh ngoài âm đạo
- + Bao cao su
- + Thuốc tránh thai
- + Đặt vòng

* Siêu âm:

+ Không siêu âm	
+ Có siêu âm	

* Dùng que thử thai trước khi nạo hút thai:

- + Không dùng
- + Có dùng

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên phỏng vấn trực tiếp người bệnh và hồ sơ bệnh án tại Trung tâm y tế thành phố Tam Điệp từ ngày 01/9/2022 đến 30/8/2023.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu:

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft excel
- Kết quả được trình bày dưới dạng biểu đồ, đồ thị.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu; đảm bảo bí mật thông tin đối với các đối tượng tham gia nghiên cứu

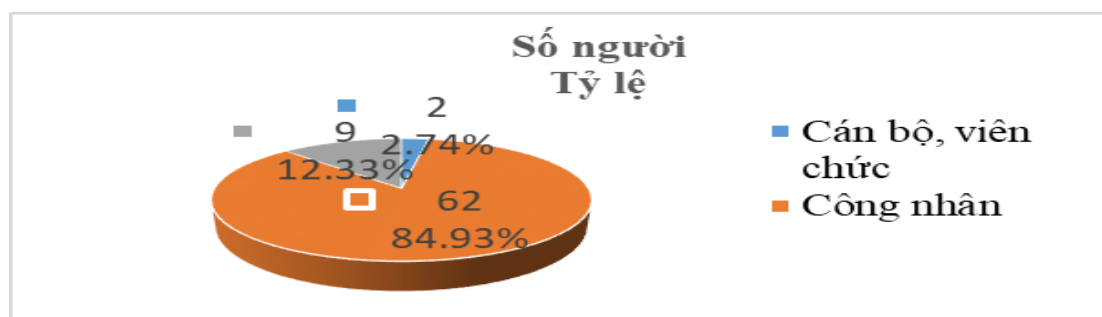
II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá một số yếu tố xã hội có liên quan đến những phụ nữ tham gia nạo hút thai như: Tuổi, nghề nghiệp, số lần nạo hút, số con hiện có.

Bảng 1: Độ tuổi của những phụ nữ nạo hút thai

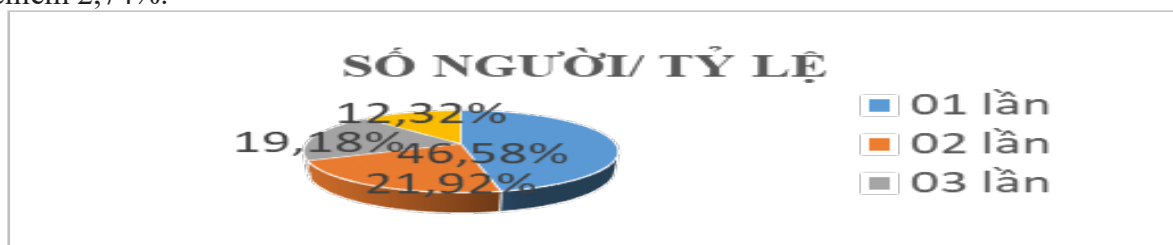
Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 19	1	1,37
20 – 24	3	4,11
25- 29	10	13,69
30 – 34	20	27,40
35 – 39	21	28,77
≥ 40	18	24,66
Tổng	73	100

Nhận xét: Độ tuổi có tỷ lệ nạo hút thai cao nhất là độ tuổi từ 35 – 39 chiếm 28,77% và 30-34 tuổi chiếm 27,4%. Trong nghiên cứu chỉ có 1 người 19 tuổi nạo hút thai chiếm tỷ lệ 1,37%. Độ tuổi ≥ 40 tuổi nạo hút thai chiếm tỷ lệ tương đối cao 24,66%, người cao tuổi nhất 44 tuổi. Đa số những người nạo hút thai là người đã lập gia đình và đã sinh con, mang thai ngoài ý muốn chủ yếu là do thiếu kiến thức thực hành sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn và hiệu quả. Vì vậy việc cung cấp và tư vấn các biện pháp tránh thai trên các phương tiện thông tin đại chúng, tại các cơ sở y tế trước, trong và sau khi làm thủ thuật nạo hút thai là rất quan trọng.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nghề nghiệp của những phụ nữ nạo hút thai

Những người là công nhân đến nạo hút thai có 62 người chiếm tỷ lệ cao nhất 84,93%. Những người có nghề nghiệp tự do có 9 người chiếm 12,33%; cán bộ, viên chức có 2 người chiếm 2,74%.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ số lần nạo hút thai

Nhận xét: Trung bình mỗi người phụ nữ trong nghiên cứu nạo hút thai 1,97 lần. Những người nạo hút thai lần đầu có 34 người chiếm tỷ lệ 46,58%; số lần hút thai từ 2 lần trở lên là 53,42% trong đó nạo hút thai > 3 lần chiếm tỷ lệ 12,32%. Nạo hút thai 01 lần hay nhiều lần đều là việc làm hết sức nguy hiểm vì có thể gây nên những tai biến nặng nề, biến chứng lâu dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe.

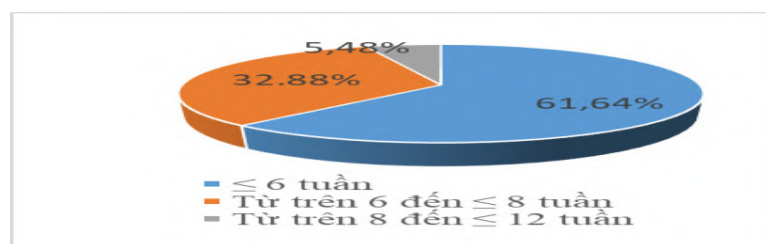
Bảng 2: Số con hiện có của những phụ nữ nạo hút thai

Số con hiện có	Số người	Tỷ lệ %
1 con	2	2,74
2 con	32	43,84
≥ 3 con	39	53,42
Tổng	73	100

Nhận xét:

Trong tổng số 73 phụ nữ được nghiên cứu, không có phụ nữ chưa có con đi nạo hút thai. Những phụ nữ có 01 con nạo hút thai chiếm: 2,74% . Những phụ nữ có 02 con nạo hút thai chiếm: 43,84%

- Phụ nữ có 3 con trở lên tỷ lệ nạo hút thai cao nhất chiếm 53,42% trong đó có 2 người đã phá thai tới lần thứ 5 lần.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ tuổi thai nạo hút

Nhận xét: Tuổi thai nạo hút chiếm tỷ lệ cao nhất là tuổi thai dưới 6 tuần có 45 người chiếm 61,64%. Tuổi thai từ 6 tuần đến ≤ 8 tuần có 24 người chiếm 32,88%. Tuổi thai từ 8 tuần đến ≤ 12 tuần có 4 người chiếm 5,48%. Không có thai trên 12 tuần đến nạo hút.

2. Tìm hiểu việc sử dụng các biện pháp tránh thai, việc sử dụng các biện pháp phát hiện thai sớm như siêu âm và dùng que thử thai.

Bảng 3: Tỷ lệ thất bại trong sử dụng BPTT

Biện pháp tránh thai	Số lượng	Tỷ lệ %
Không sử dụng	25	34,24
Tính chu kỳ kinh nguyệt	17	23,29
Xuất tinh ngoài âm đạo	12	16,44
Bao cao su	8	10,96
Thuốc tránh thai	11	15,07
Đặt vòng	0	0
Tổng	73	100

Nhận xét: Qua số liệu nghiên cứu cho thấy có 25 người không sử dụng bất kỳ một biện pháp tránh thai nào chiếm tỷ lệ 34,24%. 08 người sử dụng bao cao su thất bại chiếm tỷ lệ 10,96%. Tỷ lệ dùng phương pháp tránh thai bằng thuốc (uống thuốc hàng ngày, khẩn cấp) thất bại chiếm tỷ lệ 15,07%. Phương pháp tính theo chu kỳ kinh nguyệt và xuất tinh ngoài âm đạo tỷ lệ thất bại 23,29% và 16,44%. Không có trường hợp nào đặt vòng thất bại.

Bảng 4: Bảng phân bố sử dụng biện pháp tránh thai và nghề nghiệp

Biện pháp tránh thai \ Nghề nghiệp	Không sử dụng		Sử dụng thất bại	
	Số người	%	Số người	%
Cán bộ, viên chức	1	50	1	50
Công nhân	19	30,65	43	69,35
Tự do	5	55,56	4	44,44
Tổng	25	100	48	100

Nhận xét:

- Do số lượng mẫu nghiên cứu nhỏ nên không có sự khác biệt giữa việc không sử dụng và sử dụng thất bại các biện pháp tránh thai ở nhóm cán bộ, viên chức.

- 30,65% công nhân mang thai do không sử dụng biện pháp tránh thai nào và 69,35% công nhân dùng biện pháp tránh thai thất bại. Từ số liệu trên cho thấy, phần lớn công nhân nhận thức được việc phải sử dụng biện pháp tránh thai, tuy nhiên việc sử dụng thất bại dẫn đến mang thai không mong muốn do sử dụng không đúng cách hoặc không biết cách khắc phục lỗi sai.

- 55,56% người làm nghề tự do mang thai do không sử dụng biện pháp tránh thai nào và 44,44% dùng biện pháp tránh thai thất bại.

Bảng 5: Phân bố sử dụng biện pháp tránh thai và độ tuổi

TUỔI	Biện pháp tránh thai				Tổng	
	Không sử dụng		Sử dụng thất bại			
	n	%	n	%	n	%
≤ 19	1	100	0	0	1	100
20-24	2	66,67	1	33,33	3	100
25-29	6	60	4	40	10	100
30-34	3	15	17	85	20	100
35-39	2	9,52	19	90,48	21	100
≥ 40	11	61,11	7	38,89	18	100

Nhận xét:

- Độ tuổi ≤ 19: Có 1 trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai chiếm 100%.

- Độ tuổi 20-24: 66,67% trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai và 33,33% trường hợp sử dụng biện pháp tránh thai thất bại.

- Độ tuổi 25-29: 60% trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai và 40% trường hợp sử dụng biện pháp tránh thai thất bại.

- Độ tuổi 30-34: 15% trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai và 85% trường hợp sử dụng biện pháp tránh thai thất bại.

- Độ tuổi 35-39: 9,52% trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai và 90,48% trường hợp sử dụng biện pháp tránh thai thất bại.

- Độ tuổi ≥ 40 : 61,11% trường hợp mang thai ngoài ý muốn do không sử dụng biện pháp tránh thai và 38,89% trường hợp sử dụng biện pháp tránh thai thất bại.

Bảng 6: Phân bố giữa số lần nạo hút thai và độ tuổi

Tuổi	Số lần nạo hút				Tổng
	1 lần	2 lần	3 lần	> 3 lần	
≤ 19	1	0	0	0	1
	100%	0			100%

20-24	2	1	0	0	3
	66,67%	33,33%			100%
25-29	5	2	2	1	10
	50%	50%			100%
30-34	11	4	3	2	20
	55%	45%			100%
35-39	12	3	4	2	21
	57,14%	42,86%			100%
≥ 40	3	6	5	4	18
	16,67%	83,33%			100%
Tổng	34	16	14	9	73

Nhận xét:

- Độ tuổi 20-25: 66,67% trường hợp nạo hút thai lần đầu và 33,33% trường hợp nạo hút thai 2 lần trở lên.
- Độ tuổi 25-29: 50% trường hợp nạo hút thai lần đầu và 50% trường hợp nạo hút thai 2 lần trở lên.
- Độ tuổi 30-34: 55% trường hợp nạo hút thai lần đầu và 45% trường hợp nạo hút thai 2 lần trở lên.
- Độ tuổi 35-39: 57,14% trường hợp nạo hút thai lần đầu và 42,86% trường hợp nạo hút thai 2 lần trở lên.
- Độ tuổi ≥ 40: 16,67% trường hợp nạo hút thai lần đầu và 83,33% trường hợp nạo hút thai 2 lần trở lên.

Bảng 7: Số lần nạo hút thai và nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lần nạo hút				Tổng
	1 lần	2 lần	3 lần	> 3 lần	
Cán bộ, viên chức	1	1	0	0	2
	50%	50%			100%
Công nhân	28	13	13	8	62
	45,16%	54,84%			100%
Tự do	5	2	1	1	9
	55,56%	44,44%			100%
Tổng	34	16	14	9	73

*** Nhận xét:**

- Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ nạo hút thai lần đầu và lần thứ 2 trở lên ở những người là cán bộ viên chức
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ nạo hút thai lần đầu 45,16% và lần thứ 2 trở lên 54,84% ở những người là công nhân.
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ nạo hút thai lần đầu 55,56% và lần thứ 2 trở lên 44,44% ở những người làm nghề tự do.

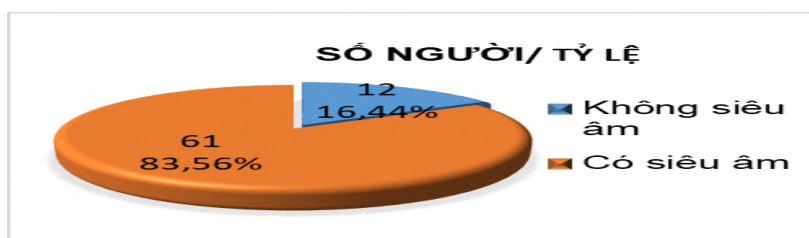
Bảng 8: Số lần nạo hút thai và số con hiện có

Số con	Số lần nạo hút thai				Tổng
	1 lần	2 lần	3 lần	> 3 lần	
1 con	2				2
	100%				100%
2 con	15	8	6	3	32

≥ 3 con	17	8	8	6	39
	43,59%	56,41%			100%
Tổng	34	16	14	9	73

Nhận xét:

- Tỷ lệ nạo hút thai lần đầu ở nhóm người có 1 con là 100%
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ nạo hút thai lần đầu (46,88%) và lần thứ 2 trở lên (53,12%) ở nhóm người có 2 con.
- Sự khác biệt giữa tỷ lệ nạo hút thai lần đầu 43,59% và lần thứ 2 trở lên 56,41% ở nhóm người có từ 3 con trở lên.

**Biểu đồ 4. Tỷ lệ siêu âm khi đi nạo hút thai**

Nhận xét: phụ nữ trước khi đi nạo hút đều siêu âm chiếm 83,67%, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ 16,44% không siêu âm chủ yếu do họ nghĩ chỉ cần thử que thử thai là đủ hoặc do họ đã từng nạo hút thai rồi, thử que lên vạch bao nhiêu ngày sau là đi hút được, nên cứ đến hút thai mà nghĩ rằng không cần phải siêu âm.

Bảng 9: Tỷ lệ phụ nữ sử dụng que thử thai

Dùng que thử thai	Số người	Tỷ lệ %
Không sử dụng	14	19,18
Có sử dụng	59	80,82
Tổng	73	100

Nhận xét: Phụ nữ sử dụng que thử thai tại nhà là 59 người chiếm 80,82%; Bên cạnh đó vẫn còn 14 người không sử dụng phương pháp phát hiện thai sớm này chiếm tỷ lệ 19,18%.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu đa số những người nạo hút thai là người đã lập gia đình và đã sinh con, mang thai ngoài ý muốn chủ yếu là do thiếu kiến thức thực hành sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn và hiệu quả. Số phụ nữ làm công nhân có tỷ lệ nạo hút thai cao nhất. Nạo hút thai 01 lần hay nhiều lần đều là việc làm hết sức nguy hiểm vì có thể gây nên những tai biến nặng nề, biến chứng lâu dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe.

Lý do chủ yếu nạo hút thai là vì con còn nhỏ, đang cho con bú hoặc nhiều người nạo hút thai với lý do đã đủ số con mong muốn. Sử dụng bao cao su là biện pháp tránh thai rất tốt, ngoài tránh thai còn ngăn chặn được các bệnh lây truyền tình dục, không có tác dụng phụ nguy hiểm cho cơ thể. Thất bại trong sử dụng biện pháp này là do cách sử dụng và thực hành dùng bao cao su chưa đúng. Biện pháp tránh thai bằng thuốc uống thất bại là do quên không uống thuốc và người sử dụng không biết cách khắc phục chỗ sai đó, đặc biệt là phương pháp dùng thuốc tránh thai khẩn cấp. Tránh thai bằng biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo và tính theo chu kỳ kinh nguyệt được khá nhiều người sử dụng nhưng tỷ lệ thất bại cao do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Vòng kinh phải đều, tính phải đúng ngày, xuất tinh ra ngoài phải đúng lúc và đòi hỏi cả 2 vợ chồng phải quyết tâm cao. Không có ca đặt vòng nào thất bại. Vậy nên chúng ta nên khuyến khích phụ nữ dùng biện pháp tránh thai này nhất là những người đã có con. Lòng ghép tốt dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và dịch vụ nạo phá thai, các phương tiện tránh thai như: Dụng cụ tử cung, thuốc, bao cao su... sẵn sàng ở tại cơ sở để thuận lợi cho khách hàng góp phần làm giảm tỷ lệ nạo phá thai. Qua nghiên cứu không thấy có người sử dụng các biện pháp tránh thai như: Tiêm thuốc tránh thai, que cấy tránh thai... với tỷ lệ tránh thai cao đang được áp dụng rộng rãi hiện nay. Vì vậy, việc tuyên truyền rất cần thiết để chị em phụ nữ có

thêm nhiều lựa chọn để tránh thai đạt hiệu quả cao. Đa số phụ nữ trước khi đi nạo hút đều siêu âm chiếm 83,67%, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ 16,44% không siêu âm chủ yếu do họ nghĩ chỉ cần thử que thử thai là đủ hoặc do họ đã từng nạo hút thai rồi, thử que lên vạch bao nhiêu ngày sau là đi hút được, nên cứ đến hút thai mà nghĩ rằng không cần phải siêu âm.

Dùng que thử thai có thể phát hiện mang thai ngay sau khi chậm kinh từ 2 – 3 ngày. Đây là phương pháp phát hiện thai sớm rất tiện lợi, đơn giản trong sử dụng nên thông qua phương pháp này, độ tuổi thai nạo hút giảm đáng kể, chủ yếu là dưới 9 tuần, vì vậy cũng làm giảm rất nhiều những tai biến nặng nề trong thủ thuật nạo hút thai. Tỷ lệ phụ nữ sử dụng que thử thai cao chứng tỏ người dân đã có sự hiểu biết về phương pháp trên. Tỷ lệ nhỏ không dùng que thử thai chủ yếu là những người đã biết về que thử nhưng không sử dụng. Vì vậy cần phải tuyên truyền để người dân biết thử que thử thai phát hiện có thai sớm khi mà siêu âm chưa thấy gì để mọi người hiểu và sử dụng.

V. KẾT LUẬN

1. Đánh giá một số yếu tố xã hội có liên quan đến những phụ nữ tham gia nạo hút thai: tỷ lệ nạo hút thai chủ yếu ở độ tuổi 30-39, đa số phụ nữ nạo hút thai đã đủ con; Nghề nghiệp chủ yếu phụ nữ nạo hút thai là công nhân. Mục đích vào trung tâm hút thai chủ yếu là lấy giấy nghỉ chế độ hút thai.

2. Tìm hiểu việc sử dụng các biện pháp tránh thai, việc sử dụng các biện pháp phát hiện thai sớm như siêu âm và dùng que thử thai: Đa số phụ nữ mang thai ngoài ý muốn do thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai.

- Tuổi thai nạo hút nhỏ.

- Que thử thai nhanh là một phương pháp đơn giản có thể tự làm để phát hiện thai sớm, kết hợp với siêu âm để chẩn đoán chắc chắn thai trong tử cung từ đó tuổi thai đình chỉ nhỏ, tránh được phá thai to.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Bạo “*Bài giảng sản phụ khoa tập 2*”. Nhà xuất bản Y học (2013).36-51
2. Bệnh viện Hùng Vương (2007), “*Siêu âm sản khoa thực hành*”, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh
3. Lê Văn Điền “*Sản phụ khoa tập 1*”. Nhà xuất bản Y học.130-132
4. Phạm Thị Minh Đức “*Sinh Lý học*” Nhà xuất bản Y học (2005). 135-164
5. Nguyễn Đức Hình “*Bài giảng Sản phụ khoa tập 2*” Nhà xuất bản Y học (2013). 223-241
6. Phạm Thị Hồng Hoa “*Bài giảng Sản phụ khoa tập 1*” Nhà xuất bản Y học (2013).10-22
7. Nguyễn Việt Hùng “*Bài giảng Sản phụ khoa tập 1*” Nhà xuất bản Y học (2013).36-51

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM “TAM PHÁP ĐẠI CHÙY” KẾT HỢP VỚI THUỐC YHCT TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TỈNH NINH BÌNH NĂM 2020

Đinh Thị Hoà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm “Tam pháp đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Đồng thời theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. Trên 30 người bệnh được chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Có đủ các tiêu chuẩn của YHHD và YHCT. **Kết quả:** Có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng của bệnh so với trước và sau điều trị. Đạt 73,3% mức độ tốt, 26,7% mức độ khá. **Kết luận:** Phương pháp điện châm “Tam pháp Đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT là phương pháp mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

Từ khóa: Tam pháp đại chùy, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là tình trạng nhân nhày đĩa đệm cột sống cổ thoát ra khỏi vị trí bình thường, chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống.

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ (CSC) là bệnh phổ biến, có tỷ lệ mắc bệnh cao. Ngày nay do sự phát triển của xã hội, bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thường khởi phát ở độ tuổi lao động. 64,86% thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có biểu hiện lâm sàng ở độ tuổi từ 36 – 49 tuổi. Trong đó độ tuổi từ 40 – 49 tuổi chiếm 51,35%. [1]

Thoát vị đĩa đệm sống cổ không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chính vì vậy nó là mối quan tâm của nhiều chuyên ngành, đặc biệt là chuyên ngành y học cổ truyền (YHCT).

Theo YHCT thoát vị đĩa đệm cột sống cổ nằm trong phạm vi chứng tý mà nguyên nhân do tổn thương cân mạch, cốt, làm cho khí trệ huyết ứ, kinh lạc bế tắc gây đau, hạn chế vận động.

Trên lâm sàng chúng tôi đã áp dụng phương pháp điện châm “Tam pháp đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, bước đầu đã cho kết quả tương đối khả quan, xong để đánh giá một cách khoa học và khách quan chúng tôi tiến hành đề tài: **Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm “Tam pháp Đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT trong điều trị Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại bệnh viện YHCT tỉnh Ninh Bình năm 2020** với mục tiêu Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm “Tam pháp đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Đồng thời theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG, VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán là Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, điều trị tại bệnh viện y học cổ truyền Ninh Bình từ tháng 3/2020 đến tháng 11/2020. Với các tiêu chuẩn:

- Các hội chứng:

+ Hội chứng cột sống cổ.

+ Hội chứng rễ thần kinh cổ.

+ Hội chứng tủy cổ.

+ Hội chứng rễ - tủy cổ.

+ Hội chứng rối loạn thần kinh thực vật.

- Cận lâm sàng: Kết quả cộng hưởng từ được xác định có hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

- Tiêu chuẩn theo YHCT: thể can thận hư và thể khí trệ huyết ứ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

¹ Tác giả chính/liên hệ: Bác sĩ. Đinh Thị Hoà. Khoa Nội – Bệnh viện Y học cổ truyền Ninh Bình.
Email: dinhthihoayhctnb@gmail.com. SĐT: 0983.612.117

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, tiền cứu, so sánh trước và sau điều trị.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu

Sử dụng mẫu không xác suất, cỡ mẫu 30 bệnh nhân.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân vào điều trị tại khoa được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, với đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán thì đưa vào diện nghiên cứu.

- Bệnh nhân được điều trị bằng:

* Điện châm: Phương pháp châm cứu Tam Pháp Đại Chùy.

* Bài thuốc y học cổ truyền.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân(theo thang điểm VAS).

- Đánh giá về tầm vận động của cột sống cổ. (theo phương pháp đo tầm vận động của Hồ Hữu Lương)

- Đánh giá về cảm giác tê bì tay.

- Đánh giá về mức độ đau đầu chóng mặt.

- Đánh giá hiệu quả điều trị chung.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Mức độ đau

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Không đau	0	0	22	73,3
Đau nhẹ	10	33,3	8	26,7
Đau vừa	20	66,7	0	0
Đau nặng	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhân xét: Trước điều trị bệnh nhân đau mức độ vừa 66,7%, đau nhẹ là 33,3%. Sau điều trị còn 26,7% đau nhẹ, 73,3% không có triệu chứng đau.

Bảng 2: Biên độ hoạt động cúi (C)

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
$C > 45^0$	9	30	25	83,3
$30^0 < C \leq 45^0$	11	36,7	5	16,7
$20^0 < C \leq 30^0$	10	33,3	0	0
$C \leq 20^0$	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhân xét: Trước điều trị có 33,3% bệnh nhân ở mức độ $20^0 < C \leq 30^0$, sau điều trị đạt tỷ lệ 0%. Có 30% bệnh nhân trước điều trị ở mức độ $C > 45^0$ sau điều trị đạt 83,3%.

Bảng 3: Biên độ hoạt động ngửa (N).

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
$N > 60^0$	10	33,3	24	80
$50^0 < N \leq 60^0$	12	40	6	20
$40^0 < N \leq 50^0$	8	26,7	0	0
$N \leq 40^0$	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhân xét: Trước điều trị có 40% bệnh nhân động tác ngửa cổ ở mức độ $50^0 < N \leq 60^0$, sau điều trị còn là 20%. Có 33,3% bệnh nhân trước điều trị $N > 60^0$, sau điều trị đạt được 80%.

Bảng 4: Biên độ hoạt động nghiêng (G).

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
$G > 50^0$	7	23,3	23	76,7
$40^0 < G \leq 50^0$	14	46,7	7	23,3
$30^0 < G \leq 40^0$	9	30	0	0
$G \leq 30^0$	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Trước điều trị có 30% bệnh nhân tầm vận động ở mức độ $30^0 < G \leq 40^0$, 46,7% tầm vận động ở mức độ $40^0 < G \leq 50^0$, 23,3% tầm vận động ở mức độ $G > 50^0$. Sau điều trị đạt 76,7% bệnh nhân có $G > 50^0$.

Bảng 5: Biên độ hoạt động xoay trái (X).

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
$X > 70^0$	9	30	25	83,3
$60^0 < X \leq 70^0$	12	40	5	16,7
$40^0 < X \leq 60^0$	9	30	0	0
$X \leq 40^0$	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Trước điều trị có 30% bệnh nhân có tầm vận động, động tác xoay ở mức $X > 70^0$, 40% có tầm vận động ở mức $60^0 < X \leq 70^0$. Sau điều trị đạt 83,3% ở mức $X > 70^0$.

Bảng 6: Sự cải thiện về cảm giác tê bì tay:

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Không cảm giác tê bì tay	6	20	12	52
Thi thoảng	9	30	18	48
Thường xuyên	15	50	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Trước điều trị có 50% bệnh nhân thường xuyên có cảm giác tê bì tay, 30% thi thoảng tê bì tay, 20% không tê bì tay. Sau điều trị đạt được 52% bệnh nhân không còn tê bì tay, 48% thi thoảng tê bì tay.

Bảng 7: Sự cải thiện về mức độ đau đầu, chóng mặt:

Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Không đau đầu chóng mặt	11	36,7	21	70
Thi thoảng đau đầu chóng mặt	10	33,3	9	30
Thường xuyên đau đầu chóng mặt	9	30	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Có 30% trước điều trị thường xuyên đau đầu chóng mặt, 33,3% thi thoảng đau đầu chóng mặt, 36,7% không đau đầu chóng mặt. Sau điều trị đạt 70% không còn đau đầu chóng mặt, 30% thi thoảng đau đầu chóng mặt.

Bảng 8: Kết quả điều trị chung:

Kết quả	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Tốt	0	0	22	73,3
Khá	17	56,7	8	26,7
Trung bình	13	43,3	0	0
Kém	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Trước điều trị ở mức độ tốt là 0%, 56,7% có mức độ khá, 43,3% mức độ trung bình. Sau điều trị có kết quả tốt là 73,3%, khá là 26,7%, mức độ trung bình là 0%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 bệnh nhân bị mắc bệnh TVĐĐ cột sống cổ, điều trị bằng phương pháp điện châm “ Tam pháp Đại chùy” kết hợp với thuốc đông dược có sự cải thiện mức độ đau rõ rệt .Sau đợt điều trị có 73,3% bệnh nhân không còn triệu chứng đau, có 26,7% bệnh nhân có triệu chứng đau nhẹ. Không còn bệnh nhân nào ở mức độ đau vừa và đau nặng.

Trong nghiên cứu, để đánh giá mức cải thiện tầm vận động khớp chúng tôi dựa vào cải thiện biên độ hoạt động cột sống cổ trước và sau điều trị. Cùng với mức độ giảm đau, thì chức năng vận động của cột sống cổ cũng được cải thiện rõ rệt. Biên độ hoạt động cúi và biên độ hoạt động ngửa của cột sống cổ, đây là hai động tác có sự hạn chế tầm vận động thấp , trước điều trị động tác cúi biên độ hoạt động $> 45^0$ là 30%, động tác ngửa biên độ hoạt động $>60^0$ là 33,3%. Do vậy sau điều trị sự cải thiện biên độ hoạt động ở mức khá cao $>80\%$. Không còn bệnh nhân nào ở mức độ trung bình. Dựa vào bảng biên độ hoạt động nghiêng và bảng biên độ hoạt động xoay của cột sống cổ ta thấy. Đây là hai động tác có sự hạn chế vận động cao hơn hai động tác trên. Nhưng sau điều trị đều đạt kết quả $> 75\%$.

Theo nghiên cứu tỷ lệ hạn chế vận động của động tác nghiêng, xoay cao hơn động tác cúi, ngửa do bởi khi nghiêng hoặc xoay sẽ làm vận động các cơ vùng cổ nhiều hơn và làm chèn ép vào rễ nhiều hơn. Như vậy ta thấy có sự cải thiện rõ rệt tầm vận động của khớp trước điều trị so với sau điều trị.

Sự chèn ép rễ trước và sau điều trị cải thiện một cách đáng kể. Sau điều trị không còn bệnh nhân nào bị tê bì thường xuyên.

Qua nghiên cứu thấy, mức độ đau đầu chóng mặt thay đổi một cách tích cực. Sau điều trị không còn người bệnh nào thường xuyên đau đầu chóng mặt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ điều trị bằng phương pháp điện châm “ Tam pháp Đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT tại bệnh viên YHCT kết luận như sau:

- Phương pháp điện châm “Tam pháp Đại chùy” kết hợp với thuốc YHCT là phương pháp điều trị bệnh mang lại hiệu quả cao. Tỷ lệ tốt 73,3%, khá 26,7%, không có tỷ lệ trung bình và kém.

- Phương pháp điện châm “Tam pháp Đại chùy” là phương pháp điện mẫn châm, nó làm giải phóng sự chèn ép và co cứng các khối cơ vùng cổ gáy nên có hiệu quả rất tốt trong điều trị TVĐĐ cột sống cổ.

- Bài thuốc YHCT có tác dụng hành khí hoạt huyết, bổ can thận phù hợp với những người mắc bệnh TVĐĐ cột sống cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương** (2006), “ Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm”. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

2. **Hoàng Bảo Châu** (2010), “ Nội khoa y học cổ truyền”. Nhà xuất bản Thời đại.

3. **Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam**(2009), “Giáo trình phương tế”

4. **Trường Đại học y Hà Nội** (2006), “Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền”. Nhà xuất bản Y học.

5. **Tôn Chấn Hoàn** (2003), “ Phương pháp châm cứu: Tam pháp Đại chùy”. Viện nghiên cứu trung y Bắc Kinh Trung Quốc.

6. **Nguyễn Liễn** (1998) “Thuật châm cứu”. Nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

7. **Tiêu Đức Thụ** (2001), “10 điều tâm đắc khi dùng thuốc đông dược”. Nhà xuất bản Y học.

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG BÀI THUỐC “QUY TỶ THANG”
GIA GIẢM KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẨM HUYỆT
TRONG ĐIỀU TRỊ THẤT MIÊN THỂ TÂM TỶ HƯ TẠI KHOA KHÁM BỆNH
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN NINH BÌNH NĂM 2023**

Phạm Thị Ninh¹, Đinh Thị Thu Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng đồng thời theo dõi tác dụng không mong muốn bài thuốc “Quy tỷ thang” gia giảm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị thất miên thể tâm tỳ hư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị 30 người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn giấc ngủ (RLGN) không thực tồn từ 18 tuổi trở lên điều trị tại khoa khám bệnh Bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT) Ninh Bình. **Kết quả:** Có sự thay đổi lớn về kết quả điều trị cho 30 người bệnh bị RLGN trước và sau điều trị bằng phương pháp được nghiên cứu. **Kết luận:** 100% người bệnh có kết quả điều trị tốt, cải thiện giấc ngủ rõ rệt.

Từ khoá: Mất ngủ, Quy tỷ thang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một hoạt động cơ bản quan trọng đối với con người. Mất ngủ kéo dài ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Bệnh viện Bạch Mai thống kê tiếp nhận 13.000 người điều trị mất ngủ năm 2017. Tại Bệnh viện Y Dược TP.HCM, tỷ lệ này khoảng 15%, tuy nhiên bệnh mất ngủ còn được phát hiện khi người bệnh đến khám vì các nguyên nhân khác (khoảng 35-40%) [5]. Hiện nay Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị RLGN chủ yếu là điều trị nội khoa kết hợp tâm lý liệu pháp. Tuy nhiên dùng thuốc tân dược có những tác dụng không mong muốn. RLGN trong Y học cổ truyền (YHCT) là chứng “Thất miên”, “Bất đắc miên”... Nguyên nhân chủ yếu là do Tâm Tỳ hư, âm hư hoá vượng, khí của Tâm và Đờm hạ, Vị không điều hoà. YHCT có nhiều phương pháp để điều trị mất ngủ. Mỗi phương pháp đều có ưu điểm riêng và có những hạn chế nhất định. Do vậy, việc nghiên cứu các phương pháp điều trị RLGN có hiệu quả cho người bệnh là việc làm cần thiết. Tại khoa khám bệnh Bệnh viện YHCT Ninh Bình đã sử dụng bài thuốc “Quy tỷ thang” gia giảm kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt để điều trị chứng thất miên thể tâm tỳ hư và tỏ ra có hiệu quả. Tuy nhiên đến nay vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào về việc áp dụng phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **Đánh giá tác dụng bài thuốc “Quy tỷ thang” gia giảm kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị thất miên thể tâm tỳ hư tại khoa khám bệnh Bệnh viện YHCT Ninh Bình năm 2023** nhằm mục tiêu:

1. **Đánh giá tác dụng bài thuốc “Quy tỷ thang” gia giảm kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị thất miên thể tâm tỳ hư.**

2. **Theo dõi tác dụng không mong muốn của bài thuốc “Quy tỷ thang” gia giảm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị thất miên thể tâm tỳ hư.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Khám bệnh Bệnh viện Y học cổ truyền Ninh Bình, nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Chọn mẫu 30 người tham gia nghiên cứu

¹ Bệnh viện Y học cổ truyền Ninh Bình.

Tác giả chính/liên hệ: BS. Phạm Thị Ninh. Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền.

Email: phanhnhinhnb1985@gmail.com. SĐT: 0988.326.773

² Cộng sự: Y sĩ. Đinh Thị Thu Phương. Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền.

Email: dingthuphuong1007@gmail.com. SĐT: 0915857889

Tiêu chuẩn lựa chọn:

* **Theo YHHĐ:** Người bệnh tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Không phân biệt giới, tuổi ≥ 18, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán các RLGN theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 ICD 10 bao gồm: RLGN không thực tồn (F51), RLGN thực tồn (G47), đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm Pittsburgh (PSQI) của Daniel J.Buyse 1989, điểm tổng cộng của thang Pittsburgh > 5.

* **Theo YHCT:**

Tứ chẩn	Thể Tâm tỳ hư
Vọng	Sắc mặt úa vàng, chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng, tinh thần bạc nhược
Văn	Tiếng nói nhỏ, ngắn, hơi thở ngắn, không hôi
Vấn	Hồi hộp, hay quên, ít ngủ, hay mê, kém ăn, mệt mỏi, bụng trướng, đại tiện nhão, phụ nữ kinh nguyệt không đều, sắc nhạt, lượng nhiều, băng lậu hoặc kinh ít, kinh bế.
Thiết	Mạch tế nhược

Tiêu chuẩn loại trừ: Dị ứng với bất kì thành phần nào của thuốc nghiên cứu, đang sử dụng các thuốc an thần hoặc trong quá trình điều trị mắc các bệnh lý cấp tính khác, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Là 7 thành tố theo thang điểm Pittsburgh: Thời lượng giấc ngủ, thời gian vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, rối loạn trong giấc ngủ, việc sử dụng thuốc ngủ, tự đánh giá chất lượng giấc ngủ, rối loạn hoạt động trong ngày. Tác dụng không mong muốn: Rối loạn tiêu hóa, chảy máu, bầm tím chỗ châm kim, bầm huyết, chóng mặt...Đánh giá kết quả chung bằng thang điểm PSQI (là tổng điểm của 7 thành tố): Không có rối loạn giấc ngủ: 0 đến < 5 điểm. Rối loạn nhẹ (Độ I): 5 đến 10 điểm. Rối loạn vừa (Độ II): 11 đến 15 điểm. Rối loạn nặng (Độ III): 16 đến 21 điểm.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: Khám bệnh kết hợp phỏng vấn người bệnh, người nhà người bệnh để thu thập các thông tin

2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phương pháp thống kê toán học thông thường.

2.3.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học tại Bệnh viện YHCT Ninh Bình. Người bệnh tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ ràng trước và trong khi nghiên cứu. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Bảng đánh giá thay đổi trên thời lượng giấc ngủ

Thời lượng giấc ngủ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
>7h	0	0	1	3,33
6-7h	0	0	23	76,67
5-6h	0	0	6	20
<5h	30	100	0	0

Nhận xét: Trước điều trị 100% người bệnh có thời lượng giấc ngủ ít hơn 5h; sau điều trị 100% người bệnh có thời lượng giấc ngủ nhiều hơn.

Bảng 2: Bảng đánh giá thay đổi trên thời gian đi vào giấc ngủ

Thời gian đi vào giấc ngủ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Ít hơn 15 phút	0	0	16	53,33
16-30 phút	7	23,33	14	46,67
31-60 phút	20	66,67	0	0
>60 phút	3	10	0	0

Nhận xét: Trước điều trị 100% người bệnh khó đi vào giấc ngủ. Sau điều trị 100% người bệnh có thời gian đi vào giấc ngủ ngắn hơn.

Bảng 3: Bảng đánh giá thay đổi về hiệu quả giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
>85%	0	0	12	40
75- 84%	0	0	18	60
65-74%	15	50	0	0
<65%	15	50	0	0

Nhận xét: Trước điều trị: Không người bệnh nào có hiệu quả giấc ngủ > 85% ; 15 người có hiệu quả giấc ngủ <65%. Sau điều trị: 12 người bệnh hiệu quả giấc ngủ > 85% ; Không người bệnh nào hiệu quả giấc ngủ <65%

Bảng 4: Bảng đánh giá thay đổi rối loạn trong giấc ngủ

Tình giấc vào ban đêm hoặc dậy quá sớm	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không	0	0	15	50
Ít hơn 1 lần/ tuần	9	30	13	43,33
1-2 lần / tuần	6	20	2	6,67
≥3 lần/ tuần	15	50	0	0

Nhận xét: Trước điều trị: 100% người bệnh tỉnh giấc vào ban đêm hoặc dậy quá sớm; 15 người bệnh có tình trạng này ≥3 lần/ tuần, chiếm 50%. Sau điều trị: chỉ còn 15 người bệnh tỉnh giấc vào ban đêm hoặc dậy quá sớm, chiếm 50%; không còn người bệnh có tình trạng này ≥3 lần/ tuần.

Bảng 5: Bảng đánh giá thay đổi về sử dụng thuốc

Sử dụng thuốc ngủ trong tháng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không	14	46,67	30	100
Ít hơn 1 lần/ tuần	1	3,33	0	0
1-2 lần / tuần	3	10	0	0
≥3 lần/ tuần	12	40	0	0

Nhận xét: Trước điều trị: 12 người bệnh sử dụng thuốc ngủ ≥3 lần/ tuần, chiếm 40%; 14 người bệnh không sử dụng thuốc ngủ, chiếm 46,67%. Sau điều trị: 100% người bệnh không phải sử dụng thuốc ngủ.

Bảng 6. Rối loạn hoạt động trong ngày

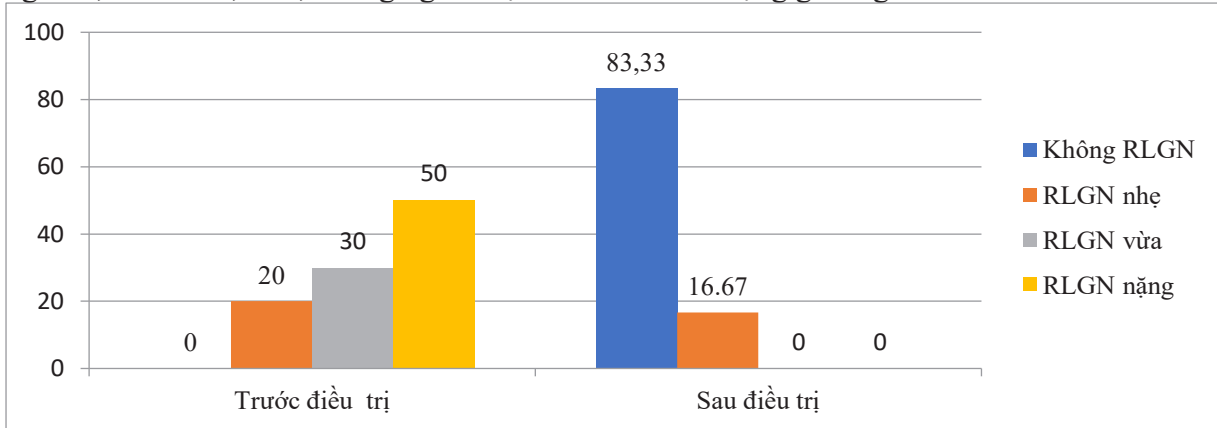
Rối loạn hoạt động trong ngày/ 1 tháng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không	4	13,33	26	86,67
Ít hơn 1 lần/ tuần	3	10	4	13,33
1-2 lần / tuần	9	30	0	0
≥3 lần/ tuần	14	46,67	0	0

Nhận xét: Trước điều trị: Rối loạn hoạt động trong ngày ≥3 lần/ tuần, chiếm 46,67%; Không có rối loạn hoạt động trong ngày, chiếm 13,33%. Sau điều trị: Không có rối loạn hoạt động trong ngày, chiếm 86,67%.

Bảng 7. Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh

Chất lượng giấc ngủ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Tốt	0	0	26	86,67
Khá	12	40	4	13,33
Trung bình	3	10	0	0
Kém	15	50	0	0

Nhận xét: Trước điều trị: Không người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ tốt; 15 người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém, chiếm 50%. Sau điều trị: 26 người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt, chiếm 86,67%; không người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ kém.



Biểu đồ 1. Kết quả chung sau điều trị

Nhận xét: Trước điều trị: 100% người bệnh có RLGN; Trong đó có 15 người bệnh RLGN nặng, chiếm 50%. Sau điều trị: Chỉ còn 16,67% người bệnh có RLGN; Không người bệnh nào RLGN nặng.

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn của phương pháp nghiên cứu trên lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ%
Vụng châm	0	0
Chảy máu chỗ kim châm	9	30
Bầm tím chỗ bầm huyết	1	3,33
Mẫn ngứa	0	0
Rối loạn tiêu hóa	0	0

Nhận xét: Có 9 người bệnh bị chảy máu chỗ kim châm, chiếm 30%, 1 người bị bầm tím chỗ bầm huyết, chiếm 3,33%.

IV. BÀN LUẬN

Trước điều trị người bệnh có thời gian ngủ ít, khó vào giấc, tỉnh giấc lúc nửa đêm và khó ngủ lại, tỉnh dậy quá sớm buổi sáng, hiệu quả giấc ngủ thấp. Sau điều trị người bệnh dễ ngủ hơn, giấc ngủ sâu và dài hơn. Từ đó hiệu quả giấc ngủ cũng tăng lên. Khi người bệnh ngủ được, bộ não được nghỉ ngơi tốt hơn, sức khỏe được nâng cao, tâm tính bình hòa sẽ hạn chế các sai sót trong lao động và tai nạn xe cộ.

Việc người bệnh có được giấc ngủ ngon mà không phải dùng thuốc là một sự thành công của phương pháp nghiên cứu. Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh đã thay đổi theo chiều hướng tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khả quan hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Như Dàn (2011) [6], Nguyễn Thị Hằng (2019) [5].

Lý luận Y học cổ truyền cho rằng, cơ thể con người tồn tại hệ thống những kinh mạch tựa như sông, ngòi, kênh, rạch chạy khắp cơ thể. Từ đây khí huyết vận hành, con người dựa vào hệ thống kinh mạch mà sống. Đồng thời, kinh mạch cũng là nơi bệnh hình thành, thông qua kinh mạch người thầy thuốc vận dụng để điều trị bệnh. Việc châm kim vào huyết, xoa bóp bầm huyết để chữa bệnh là một trong các phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao cho rất nhiều bệnh. Tuy nhiên trong quá trình châm có thể gây chảy máu tại vết kim châm, nhưng lượng máu rất ít và cầm được ngay sau khi rút kim, không ảnh hưởng gì đến sức khỏe người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Điều trị RLGN không thực tốn bằng bài thuốc “Quy tỳ thang” gia giảm kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt cho kết quả tốt, an toàn và hiệu quả. Sau điều trị người bệnh dễ ngủ hơn, giấc ngủ sâu và dài hơn. Từ đó hiệu quả giấc ngủ cũng tăng lên. Khi người bệnh ngủ được, bộ não được nghỉ ngơi tốt hơn, sức khỏe được nâng cao, tâm tính bình hòa sẽ hạn chế các sai sót trong lao động và tai nạn xe cộ.

Việc người bệnh có được giấc ngủ ngon mà không phải dùng thuốc là một sự thành công của phương pháp nghiên cứu. Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh đã thay đổi theo chiều hướng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bài giảng YHCT**, Đại học Y Hà Nội tập I, II, nhà xuất bản Y Học năm 2005.
2. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, bệnh viện Bạch Mai**
3. **Cẩm nang điều trị YHCT** cho cán bộ y tế cơ sở, Bệnh viện YHCT Trung ương.
4. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy**. *Châm Cứu Sau Đại Học*. Nhà xuất bản Y học
5. **Nguyễn Thị Hằng**. *Nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*. Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội. 2019.
6. **Đỗ Như Dân**. *Đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị mất ngủ do Tâm Tỳ khuỵu tổn*. Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam. 2011.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN ĐẾN 9 TUẦN BẰNG MIFEPRISTONE VÀ MISOPROSTOL TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH TỪ THÁNG 01/2019 – THÁNG 10/2020

Nguyễn Văn Quỳnh^{1*}, Trịnh Công Doanh, Trần Thị Phượng

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả đình chỉ thai nghén đến 9 tuần bằng Mifepristone và Misoprostol tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020, (2) Nhận xét một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân có thai ngoài ý muốn có tuổi thai đến 9 tuần theo siêu âm, tự nguyện đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công khi sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol là 95%. Tuổi thai càng cao thì lượng máu ra sau khi dùng thuốc Misoprostol càng lớn. Thời gian bắt đầu ra thai trung bình chung là $4,5 \pm 2,5$ giờ. Lượng máu ra nhiều hơn hành kinh chiếm nhiều nhất (83.3%). Mức độ Đau bụng nhiều và ít chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 10% và 1,67%. Có 58.3% bệnh nhân không cần phải dùng tới thuốc giảm đau sau điều trị. Tỷ lệ Bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng sau điều trị lần lượt là 85% và 10%. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi thai, tuổi bệnh nhân, tiền sử sản khoa. **Kết luận:** Đình chỉ thai nghén bằng thuốc có tính an toàn, hiệu quả cao và ít tác dụng phụ.

Từ khóa: Đình chỉ thai nghén, Mifepriston, Misoprostol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo điều tra của Tổng cục Thống kê công bố vào năm 2017, tỷ lệ nạo phá thai của Việt Nam vẫn ở mức cao, tỷ lệ phá thai khác nhau theo từng vùng và miền. [1]

Trước đây, phá thai thực hiện chủ yếu bằng phương pháp can thiệp ngoại khoa [2] [3]. Mặc dù thủ thuật nạo hút thai ngày càng được cải tiến và tỷ lệ thành công là rất cao nhưng nó cũng có nhiều tai biến nguy hiểm, đáng tiếc như nhiễm khuẩn, thủng tử cung, hoặc di chứng lâu dài và nặng nề, đem lại nỗi bất hạnh lớn nhất là vô sinh, thậm chí cả tử vong. Việc nghiên cứu một phương pháp phá thai nội khoa hiệu quả sẽ mở rộng sự lựa chọn cho người phụ nữ và làm giảm tỷ lệ tai biến, tử vong do các thủ thuật phá thai gây ra.

Phá thai nội khoa là biện pháp chấm dứt thai nghén bằng các thuốc gây sảy thai mà không dùng thủ thuật ngoại khoa. Đây là một khuynh hướng mới và tiến bộ trong thực hành sản khoa đó là ngày càng hướng tới các biện pháp ít can thiệp vào cơ thể người phụ nữ trong điều trị.

Phá thai nội khoa đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới và đã tỏ ra là một phương pháp hiệu quả, an toàn và tiện lợi. Tại Việt Nam đã có nhiều bệnh viện và trung tâm lớn nghiên cứu và ứng dụng phá thai nội khoa. Các nghiên cứu đều cho kết quả khả quan và tác dụng không mong muốn không đáng kể. Tuy nhiên tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình chưa áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc. Do vậy để khẳng định hiệu quả của phác đồ đình chỉ thai nghén nội khoa góp phần tích cực cung cấp thêm một biện pháp ít can thiệp và an toàn đối với người phụ nữ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả đình chỉ thai nghén đến 9 tuần bằng Mifepristone và Misoprostol tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020” với mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Đánh giá kết quả đình chỉ thai nghén đến 9 tuần bằng Mifepristone và Misoprostol tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả đình chỉ thai nghén

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹ Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: BsCKI. Nguyễn Văn Quỳnh

SĐT: 0912272843,

Email: ptphanh26@gmail.com.

2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng trong nghiên cứu này là bệnh nhân có thai ngoài ý muốn có tuổi thai đến 9 tuần theo siêu âm, tự nguyện đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ T1/2019 – T10/2020.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo loại nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2 Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân thỏa mã điều kiện.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Chọn mẫu tính theo công thức: $N = Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)/d^2$ Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 1,96$

d là sai số mẫu = 0,05

$P = 0,967$, được lấy từ kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh (2012).

Tính kích thước mẫu sẽ là: $N = 1,962 \times 0,967(1 - 0,967) / 0,052 = 49,32$

Cỡ mẫu thu nhận là 49,32 bệnh nhân, ước khoảng 10% dự phòng mất theo dõi nên mẫu chọn là $N = 60$ bệnh nhân.

2.3.3 Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số độc lập: Tuổi bệnh nhân, Nghề nghiệp, Địa bàn cư trú, Trình độ học vấn, Tiền sử sản khoa, Tuổi thai

Biến số phụ thuộc

- Hiệu quả: Được đánh giá lúc tái khám lần 1 sau 14 ngày hoặc tái khám lần 2 sau thêm 1 tuần (nếu có).

+ Thành công: Sảy thai hoàn toàn.

+ Thất bại: khi phải can thiệp vào buồng tử cung

- Thời gian ra thai: Được tính từ sau đặt Misoprostol, phân nhóm theo giờ: ≤ 4 giờ, 4-8 giờ, >8-16 giờ, >16 giờ.

- Mức độ ra máu: Chia theo mức độ tăng dần so với lượng máu mất trong chu kỳ kinh bình thường của mỗi bệnh nhân: ít hơn kinh, giống hành kinh, nhiều hơn hành kinh, rất nhiều hơn kinh.

- Mức độ đau bụng: Sử dụng thang điểm đánh giá mức độ đau VAS, chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tự chỉ vào vị trí các mốc điểm để mô tả cảm giác đau của mình.

- Thời gian ra máu: Tính từ lúc bắt đầu ra máu đến khi hết ra máu theo đánh giá của bệnh nhân trong bảng theo dõi tại nhà.

- Tác dụng phụ của thuốc: Các tác dụng phụ thường gặp như: buồn nôn - nôn, tiêu chảy, sốt - lạnh run, mệt – chóng mặt.

- Thuốc giảm đau: có hay không

- Mức độ hài lòng: rất hài lòng, hài lòng, hài lòng ít, không hài lòng, không ý kiến

2.4 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập thông tin qua phỏng vấn, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi quá trình dùng thuốc

- Nhập và xử lý phân tích số liệu bằng phần mềm Excel, SPSS 16.0.

2.5 Đạo đức nghiên cứu

- Thông tin bệnh nhân được giữ bí mật, đảm bảo chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2020, chúng tôi thu nhận 60 bệnh nhân có tuổi thai 5 đến 9 tuần đủ điều kiện tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu: $33,7 \pm 6,2$; Tuổi thấp nhất trong

nhóm nghiên cứu là 16 tuổi, cao nhất là 43 tuổi, trong đó nhóm độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Bệnh nhân sinh sống ở thành phố Ninh Bình chiếm 60%, ở vùng nông thôn chiếm 40%. Bệnh nhân làm công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,3%. Trình độ cao đẳng – đại học chiếm tỷ lệ cao nhất là 24 bệnh nhân chiếm 40%. Về tiền sử sản khoa: - 36,6% bệnh nhân chưa sinh con lần nào; 63,3% bệnh nhân đã sinh con ≥ 1 lần; 20% bệnh nhân đã có tiền sử nạo hút sảy.

3.2 Kết quả đình chỉ thai bằng thuốc

Bảng 3.1. Thời gian ra máu sau khi dùng Misoprotol

Tuổi thai	Số lượng	Thời gian ra máu (ngày)	p
5 tuần	13	8,8 ± 3,2	p < 0,05
6 tuần	12	9,4 ± 3,2	
7 tuần	12	9,6 ± 2,9	
8 tuần	11	12,3 ± 4,0	
9 tuần	12	13 ± 3,7	
Tổng	60	10,6 ± 3,6	

Thời gian ra máu trung bình chung là 10,6 ± 3,6. tuổi thai càng cao thì lượng máu ra sau khi dùng thuốc Misoprotol càng lớn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Lượng máu ra nhiều hơn hành kinh chiếm nhiều nhất 50 bệnh nhân chiếm 83,3%. Lượng máu ra giống hành kinh là 8 bệnh nhân chiếm 13,3%. Có 01 bệnh nhân có lượng máu ra rất nhiều chiếm 3,3%

Thời gian bắt đầu ra thai trung bình chung là 4,5 ± 2,5 giờ. Thời gian ra thai sớm nhất là 1,5 giờ và muộn nhất là 26 giờ

Trong 60 bệnh nhân sau khi dùng Misoprol: Đau bụng vừa có 30 bệnh nhân chiếm 50%. Tiếp đến là đau bụng ít có 21 bệnh nhân chiếm 35%. Đau bụng nhiều có 6 bệnh nhân chiếm 10 %, chỉ có 01 trường hợp đau rất nhiều chiếm 1,67%. Có 02 bệnh nhân cho là không đau bụng chiếm 3,33%. Sau điều trị, có 58,3% bệnh nhân không cần dùng thuốc giảm đau.

Bảng 3.2. Kết quả khi sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprodol

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ
Thành công	57	95%
Thất bại	3	5%
Tổng cộng	60	100%

Tỷ lệ thành công khi sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol là 95%. Có 3 bệnh nhân khi sử dụng thuốc thất bại. Sau đó 3 bệnh nhân này đã được can thiệp bằng hút thai chiếm 5%.

Bảng 3.3. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	6	10
Hài lòng	51	85
Không hài lòng	3	5
Tổng	60	100

- Có 6 bệnh nhân rất hài lòng sau khi dùng thuốc chiếm 10%.

- Có 51 bệnh nhân hài lòng chiếm 85%

- Có 3 bệnh nhân không hài lòng chiếm 5%

3.2 Các yếu tố liên quan sau khi dùng thuốc

Bảng 3.4. Tỷ lệ thành công theo tuổi thai

Tuổi thai	Thành công		Thất bại		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
5 tuần	13	100	0	0	13	100
6 tuần	12	100	0	0	12	100
7 tuần	12	100	0	0	12	100
8 tuần	10	90,9	1	9,09	11	100
9 tuần	10	83,3	2	16,6	12	100
Tổng cộng	57	95	3	5	60	100

Tỷ lệ thành công 100% ở các nhóm có tuổi thai 5 tuần, 6 tuần và 7 tuần. Trong đó nhóm tuổi thai 5 tuần sảy thai hoàn toàn chiếm 100%. Ở nhóm tuổi thai 6 tuần và 7 tuần có 1 bệnh nhân sảy thai không hoàn toàn phải dùng thêm thuốc chiếm 8,3%.

Nhóm tuổi thai 8 tuần có tỷ lệ thành công là 90,9%. Trong đó có 1 bệnh nhân thất bại phải can thiệp bằng hút thai chiếm 9,09%.

Nhóm tuổi thai 9 tuần có tỷ lệ thành công thấp nhất với 83,3%. Trong đó sảy thai hoàn toàn là 8 bệnh nhân chiếm 66,6% và 2 bệnh nhân sảy thai không hoàn toàn chiếm 16,6%. Trong nhóm tuổi thai 9 tuần lại có tỷ lệ thất bại cao nhất phải can thiệp bằng hút thai chiếm 16,6%.

Bảng 3.5. Thành công theo từng nhóm tuổi của bệnh nhân

Tuổi bệnh nhân	Thành công		Thất bại		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
< 20	4	100	0	0	4	100
20- 29	11	91,6	1	8,33	12	100
30- 39	35	97,2	1	2,77	36	100
>40	7	87,5	1	12,5	8	100
Tổng cộng	57	95	3	5	60	100

Tỷ lệ thành công ở nhóm dưới 20 tuổi là 4 bệnh nhân chiếm 100%

Tỷ lệ thành công chung của nhóm 20-29 tuổi với 11 bệnh nhân chiếm 91,6%. Và có 1 trường hợp thất bại sau khi dùng thuốc chiếm 12,5%

Tỷ lệ thành công chung của nhóm 30-39 tuổi là 97,2% với 35 bệnh nhân và có 1 trường hợp thất bại sau khi dùng thuốc chiếm 2,77%

Tỷ lệ thành công chung của nhóm > 40 tuổi là thấp nhất là 87,5% với 7 bệnh nhân. Và có 1 trường hợp thất bại sau khi dùng thuốc chiếm 12,5%

Bảng 3.6. Tỷ lệ thành công liên quan đến tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	Thành công		Thất bại		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Chưa sinh con lần nào	21	95,4	1	4,5	22	100
≥ 1 lần	36	94,7	2	5,2	38	100
Có tiền sử nạo hút sảy	11	91,6	1	8,3	12	100

Đối với nhóm bệnh nhân chưa sinh con lần nào. Tỷ lệ thành công cao là 95,4 %

Đối với nhóm bệnh nhân đã sinh con ≥ 1 lần. Tỷ lệ thành công chung là 94,7%. Có 2 trường hợp thất bại phải can thiệp bằng hút thai chiếm 5,2%

Đối với nhóm có tiền sử nạo hút sảy thì tỷ lệ thành công chung là 91,6%. Có 1 trường hợp phải can thiệp bằng hút thai chiếm 8,3%.

Mối liên quan giữa tỷ lệ thành công của nhóm nghiên cứu với tiền sử sản khoa là có sự khác biệt với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi thai 9 tuần sử dụng phác đồ kết hợp uống 200mg Mifepristone sau 36-48 giờ ngâm dưới lưỡi 400mcg hoặc 800mcg Misoprostol theo hướng dẫn quốc gia năm 2016 của Bộ Y tế. Kết quả thành công chung của phác đồ là 95%. Trong đó có 52 trường hợp sảy thai hoàn toàn 86,6%, sảy không hoàn toàn (cần bổ sung thêm Misoprostol hoặc tiếp tục theo dõi) có 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 8,3%. Tỷ lệ thất bại cần phải can thiệp bằng hút thai là 5%. Như vậy tỷ lệ thành công sau khi dùng thuốc Mifepristone và Misoprostol là tương đối cao.

Cùng phác đồ như chúng tôi, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh có tỷ lệ thành công chung là 96,7%, trong đó có 8,6% phải sử dụng bổ sung thêm thuốc Misoprostol để tổng hết tổ chức đọng trong buồng tử cung, có 3,3% thất bại phải hút buồng tử cung [4]. Nghiên cứu của Kumal Sonal có tỷ lệ thành công là 95,65%, tỷ lệ thất bại phải can thiệp thủ thuật là 4,35% [5]. Điều này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công khá cao và tương đương với các nghiên cứu trên.

Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy đường ngâm dưới lưỡi misoprostol đầy hứa hẹn vì tính hiệu quả và tiện dụng của nó. Và nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phác đồ theo hướng dẫn quốc gia để đình chỉ thai nghén đến 9 tuần mang lại hiệu quả khá cao, vấn đề lựa chọn cách sử dụng misoprostol ngâm dưới lưỡi sẽ giúp bệnh nhân cảm nhận dễ chịu hơn và cũng thuận tiện cho nhân viên y tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân cảm thấy hài lòng và rất hài lòng chiếm 95% và không hài lòng có 5% gặp trên những bệnh nhân phải can thiệp phá thai bằng phương pháp nạo hút. Phương pháp phá thai bằng thuốc ngay từ khi áp dụng tại Việt Nam đã được nhiều người ủng hộ. Và nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng chiếm 95%. Thêm một lần nữa khẳng định mức độ hài lòng của bệnh nhân không bị giảm đi theo thời gian và theo nhóm tuổi thai muốn chấm dứt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công 100% ở các nhóm có tuổi thai từ 5 đến 7 tuần. Nhóm tuổi thai 8 tuần có tỷ lệ thành công là 90,9%, có 1 trường hợp thất bại phải can thiệp bằng hút thai chiếm 9,09%. Nhóm tuổi thai 9 tuần có tỷ lệ thành công thấp nhất với 83,3%, có 2 bệnh nhân phải can thiệp bằng hút thai chiếm 16,6%. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác có tuổi thai đến 9 tuần. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh tỷ lệ thành công ở tuổi thai đến 7 tuần là 100%, tuổi thai 8 tuần và 9 tuần là 96%. Tỷ lệ thất bại chỉ gặp ở tuổi thai 8 tuần và 9 tuần [4]. Nghiên cứu của Oi Shan Tang dùng phác đồ uống 200mg MIF và ngâm dưới lưỡi 800mcg MIS, tỷ lệ thành công là 100% ở thai ≤ 7 tuần, tỷ lệ thất bại chỉ gặp ở tuổi thai 8 tuần và 9 tuần [6]. Như vậy có thể nói với tuổi thai lớn hơn thì tỷ lệ thành công giảm đi.

Tuổi sinh đẻ của phụ nữ cũng là một vấn đề mà các nhà sản khoa luôn quan tâm. Lựa chọn tuổi thuận lợi nhất là từ 20-35, vì lứa tuổi này người phụ nữ trưởng thành đầy đủ về mặt giải phẫu và tâm sinh lý, cơ thể đáp ứng tốt nhất với sự thay đổi của các thời kỳ thai nghén. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy rằng tuổi của bệnh nhân càng cao thì nguy cơ sảy thai không hoàn toàn càng tăng vì thường những bệnh nhân nhiều tuổi liên quan đến số lần đẻ nhiều, số lần nạo hút thai, tiền sử phẫu thuật ở tử cung... là những yếu tố ảnh hưởng đến sự co bóp tử cung, nội mạc tử cung. Như vậy có thể nói tuổi càng lớn thì tỷ lệ thành công càng giảm.

Về mối liên quan giữa thành công với tiền sử sản khoa, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng đối với bệnh nhân chưa sinh lần nào tỷ lệ thành công đạt 95,4%, đối với bệnh nhân đã sinh con ≥ 1 lần có tỷ lệ thành công là 94,7%. Tỷ lệ thất bại cao nhất ở nhóm có tiền sử nạo hút sảy chiếm 5,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Bùi Thị Chi, tỷ lệ thành công cao nhất ở nhóm chưa sinh lần nào (100%), nhóm đã sinh ≥ 1 lần tỷ lệ thành công là 84,6%, nhóm có tiền sử nạo hút thì tỷ lệ thành công 93,8% [7].

V. KẾT LUẬN

Đình chỉ thai nghén bằng thuốc có tính an toàn, hiệu quả cao và ít tác dụng phụ. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi thai, tuổi bệnh nhân, tiền sử sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam giai đoạn 2006- 2010, tr. 62- 65.

2. Bộ Y Tế, *Phá thai đến hết 9 tuần bằng thuốc*. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2009: p. 189-190.

3. Dự án sức khỏe sinh sản (2008), “Phá thai bằng thuốc”, Mô-đun 11 Phá thai an toàn, tr. 1-18, 69-71.5. Bộ môn sinh lí học trường đại học Y hà nội., *Sinh lý học*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2014. **II**: p. 151- 154.

4. Nguyễn Thị Hồng Minh, *Cơ chế hoạt động của Mifepristone và Misoprostol*. Tài liệu đào tạo hướng dẫn quốc gia về phá thai bằng thuốc, Chương trình mục tiêu quốc gia - Bộ Y tế., 2008.

5. Kumar S, Patvekar M, Deshpande H (2013), “A prospective trial using mifepristone and misoprostol in termination of pregnancies up to 63 days of gestation”, *The journal of obstetrics and gynecology of India*, 63(6), pp. 370- 372.

6. Tang, O.S. and P.C. Ho, *The pharmacokinetics and different regimens of misoprostol in early first-trimester medical abortion*. *Contraception*, 2006. **74**(1): p. 26-30.

7. Phan Trường Duyệt, *Dự đoán tuổi thai dựa vào kích thước dọc túi thai bằng siêu âm*. Siêu âm chẩn đoán, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tập 2013. **1**: p. 155-161.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN SẢN- NHI NINH BÌNH TỪ 2018-2019

Nguyễn Mạnh Hà^{1}, Phạm Cẩm Kỳ, Phạm Văn Thạnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu. Đánh giá kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán tinh hoàn không xuống bìu được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh Viện Sản Nhi Ninh Bình. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện thấy tinh hoàn ẩn trong ổ bụng qua siêu âm là 73,5%. Khoảng cách tinh hoàn đến lỗ bẹn trung bình: $14,9 \pm 9,1$ mm. 90,3% số bệnh nhân được phẫu thuật 1 thì hạ ngay tinh hoàn trong ổ bụng xuống bìu.. 67,6% số bệnh nhân có kết quả vị trí tinh hoàn ở đáy bìu, 32,4% bệnh nhân có tinh hoàn hoàn ở góc dương vật. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Aubert, kết quả phẫu thuật tốt là 85,3%, mức độ trung bình 14,7%, không có trường hợp nào tinh hoàn bên mổ thể tích nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ bên lành. Biến chứng muộn hay gặp của phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn là tràn dịch màng tinh hoàn (14,7%) và thoát vị bẹn (8,8%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn không xuống bìu là phẫu thuật an toàn, hiệu quả

Từ khóa: tinh hoàn không xuống bìu, phẫu thuật nội soi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi sinh ra trẻ không có tinh hoàn ở bìu một hay cả hai bên, tình trạng bệnh lý bẩm sinh đó gọi là tinh hoàn ẩn. Bệnh đã biết từ lâu, được mô tả tỉ mỉ bởi John Hunter vào năm 1786 với tên gọi là tinh hoàn không xuống bìu (THKXB). Tinh hoàn không xuống bìu là tinh hoàn dừng lại bất thường trên đường di chuyển xuống bìu thời kỳ phôi thai. Dị tật tinh hoàn không xuống bìu khá phổ biến: 33% trẻ sơ sinh đẻ non và 3,4% trẻ đủ tháng khám không thấy tinh hoàn xuống bìu một hay cả hai bên sau sinh. Nhưng sau đó một số tinh hoàn dần dần xuống bìu. Đến tháng thứ 3 tinh hoàn không xuống bìu còn ở mức 0,8% và sau đó tỷ lệ này không thay đổi nữa. Bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy chiếm 20% số bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu.

Trên thế giới đã có nhiều báo cáo về các phương pháp điều trị tinh hoàn không xuống bìu. Bao gồm: phương pháp điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa. Cùng với sự phát triển nội soi nói chung, nội soi chẩn đoán tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy được Cortesi công bố vào năm 1976. Các báo cáo sau đó của các tác giả khác đều cho kết quả tốt đến 95%. Ngoài ra tính ưu việt hơn của phẫu thuật nội soi là thẩm mỹ, nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, ít tai biến.

Ở Việt Nam những nghiên cứu về điều trị nội khoa đều đưa ra kết quả rất khả quan nhưng mới chỉ bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy, chưa có đánh giá kết quả đồng bộ và lâu dài.

Trên thực tế, bệnh nhân THKXB chiếm một tỷ lệ cao đến khám và điều trị ở các bệnh viện cũng như ở bệnh viện sản nhi Ninh Bình. Xuất phát từ những lí do trên chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tinh hoàn không xuống

¹Bệnh viện sản nhi Ninh Bình

Tác giả chính liên hệ: Nguyễn Mạnh Hà

SĐT: 0988989598

Email: bsha.bvsn@gmail.com

bìu bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình từ 2018-2019” với mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu.
2. Đánh giá kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: BV Sản Nhi Ninh Bình,
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2018 – 10/2019

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả các bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán tinh hoàn không xuống bìu được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại khoa ngoại bệnh viện sản nhi Ninh Bình. Sau khi tiến hành nghiên cứu thu thập được 34 đối tượng nghiên cứu phù hợp.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Vị trí tinh hoàn: Ở đáy bìu, Góc dương vật, Ống bẹn, Không sờ thấy
- Triệu chứng lâm sàng: Đau tức bìu, Tràn dịch màng tinh hoàn, Thoát vị bẹn, Thoát vị lỗ troca

- Thể tích tinh hoàn được xác định bằng phương pháp siêu âm:

Đo bằng siêu âm các đường kính lớn nhất của tinh hoàn (mm): rộng - dài - dày hai bên sau đó tính thể tích tinh hoàn theo công thức của Lambert: Thể tích (ml) = 0,71 x (rộng x dài x cao) /1.000

+ Tính chỉ số teo tinh hoàn (TAI) theo công thức của Niedzilski :

$$\frac{\text{Thể tích tinh hoàn lành} - \text{thể tích tinh hoàn bệnh}}{\text{Thể tích tinh hoàn lành}} \times 100 = \text{chỉ số teo tinh hoàn}$$

Dùng kết quả trên để đánh giá kết quả phẫu thuật theo cách phân loại của Aubert (1982)

- Tốt: Thể tích tinh hoàn bệnh > 2/3 thể tích tinh hoàn lành.
- Trung bình: 2/3 thể tích tinh hoàn lành \geq Thể tích tinh hoàn bệnh > 1/2 thể tích tinh hoàn lành.
- Xấu: Thể tích tinh hoàn bệnh \leq 1/2 tinh hoàn lành.

2.3.3 Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả bệnh nhân được nghiên cứu theo một mẫu hồ sơ thống nhất.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng chương trình Medcalc 19.1

- Số liệu thu được n, tỷ lệ %, các giá trị trung bình \pm SD

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng điều trị chứ không có bất kỳ mục đích nào khác.

- Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đều được giải thích về những yêu cầu và lợi ích khi tham gia vào nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Đảm bảo bí mật về các thông tin và tình hình bệnh tật của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu

+ Tuổi phẫu thuật trung bình: $33,9 \pm 27$ tháng; Tuổi cao nhất: 10 tuổi

+ 100% bệnh nhân vào viện vì được gia đình phát hiện không sờ tinh hoàn 1 bên trong bìu

Bảng 1. Các dị tật kèm theo

Dị tật phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
Lỗ đái lệch thấp	3	8,8
Thoát vị bẹn	9	26,5
Dị tật khác	0	0,0
Không kèm dị tật	22	64,7
Tổng	34	100,0

Nhận xét: 64,7% bệnh nhân không có dị tật phối hợp với ản tinh hoàn, 35,3% số bệnh nhân kèm dị tật bẩm sinh của hệ tiết niệu

Bảng 2. Vị trí tinh hoàn ản không sờ thấy

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ%
Bên phải	22	64,7
Bên trái	12	35,3
Hai bên	0	0
Tổng	34	100,0

Nhận xét: 64,7% số bệnh nhân bị ản tinh hoàn bên phải, 35,3% bên trái

+ Tỷ lệ phát hiện thấy tinh hoàn ản trong ổ bụng qua siêu âm là 73,5%

Bảng 3. Phân loại kích thước tinh hoàn

Thể tích	Số lượng	Tỷ lệ%
Tốt	34	100,0
Trung bình	0	0,0
Xấu	0	0,0
Tổng	34	100,0

Nhận xét: Qua siêu âm đánh giá thể tích tinh hoàn, phân loại theo Aubert, 100% tinh hoàn ản có chỉ số TAI < 33%

+ Khoảng cách TH đến lỗ bẹn trung bình: $14,9 \pm 9,1$ mm. Khoảng cách lớn nhất 30 mm, khoảng cách nhỏ nhất 5mm sát lỗ bẹn sâu

3.2 Đánh giá kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình.

Bảng 4. Cách thức phẫu thuật

Phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Hạ ngay	28	90,3
Fowler-stephens I	3	9,7
Fowler-stephens II	3	9,7
Tổng cộng	34	100

Nhận xét: 90,3% số bệnh nhân được phẫu thuật 1 thì hạ ngay tinh hoàn trong ổ bụng xuống bìu. 9,7% bệnh nhân (3 trường hợp) do tinh hoàn nằm cao, thừng tinh ngắn, chúng tôi quyết định sử dụng kỹ thuật Fowler-Stephens 2 thì

+ Thời gian phẫu thuật trung bình $44,8 \pm 5,8$ phút, thời gian dài nhất là 60 phút, gặp ở bệnh nhân phẫu thuật thì 2 của kỹ thuật Fowler-Stephens. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $5,41 \pm 0,78$ ngày

- Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn là phù nề bìu 55.9%, không gặp các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm trùng lỗ Troca, áp xe tồn dư

Bảng 5. Vị trí tinh hoàn khám kiểm tra

Vị trí tinh hoàn	Số lượng	Tỷ lệ %
Đáy bìu	23	67,6
Gốc dương vật	11	32,4
Óng bẹn	0	0,0
Không thấy	0	0,0

Nhận xét: 67.6% số bệnh nhân có kết quả vị trí tinh hoàn ở đáy bìu, 32.4% bệnh nhân có tinh hoàn hoàn ở gốc dương vật, với những bệnh nhân này cần có thêm thời gian để theo dõi

Bảng 6. Phân loại kích thước tinh hoàn

Thể tích	Số lượng	Tỷ lệ%
Tốt	29	85,3
Trung bình	5	14,7
Xấu	0	0
Tổng	34	100

Nhận xét: Đo kích thước tinh hoàn qua siêu âm, đánh giá kết quả phẫu thuật theo Aubert, kết quả phẫu thuật tốt là 85,3%, mức độ trung bình 14,7%, không có trường hợp nào tinh hoàn bên mổ thể tích nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ bên lành

Bảng 7: Biến chứng muộn

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Thoát vị lỗ troca	0	0
Tắc ruột dính sau mổ	0	0
Tràn dịch màng TH	5	14,7
Thoát vị bẹn	3	8,8

Nhận xét: Biến chứng muộn hay gặp của phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn là tràn dịch màng tinh hoàn (14,7%) và thoát vị bẹn (8,8%)

- Tính thẩm mỹ cao, trên thành bụng có 3 vết mổ, 1 vết mổ trùng với vị trí rốn nên không có sẹo, 2 vết mổ là đường vào của 2 troca 3mm, được khâu dưới da nên vết sẹo rất nhỏ

IV. BÀN LUẬN

Tuổi phẫu thuật trung bình là 33,9 tháng, tuổi lớn nhất là 10 tuổi, theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi phẫu thuật còn cao, theo khuyến cáo của bệnh viện nhi Trung ương, tuổi nên phẫu thuật là từ 12- 24 tháng, tuổi mổ càng cao thì chất lượng sinh tinh của tinh hoàn càng giảm, theo nghiên cứu của Lidwig và Patema (1960) thì với trẻ từ 1-2 tuổi tỷ lệ tinh trùng bình thường đạt 87,5% nhưng giảm rõ rệt khi trẻ từ 13 tuổi trở lên với 13,5%.

Tinh hoàn bên phải không xuống bìu gặp với tỷ lệ cao hơn 64,7%, dị tật phối hợp thường gặp là thoát vị bẹn 26,5%, phần lớn là không có dị tật tiết niệu kèm theo 64,7%

Về khám lâm sàng, không khó để thăm khám một bệnh nhân ẩn tinh hoàn không sờ thấy, tuy nhiên siêu âm có thể đánh giá vị trí, kích thước tương đối của tinh hoàn, từ đó phẫu thuật

viên có thể tiên lượng được cuộc mổ. Phân tích qua kết quả siêu âm thấy chỉ số TAI của tinh hoàn trong ổ bụng không có trường hợp nào dưới 33%. Tỷ lệ siêu âm thấy tinh hoàn ổ bụng là khá cao chiếm 73,4%, tuy nhiên phẫu thuật nội soi là một phương pháp chẩn đoán chính xác nhất do có thể quan sát trực tiếp.

100% số bệnh nhân chúng tôi sử dụng 3 troca như quy trình phẫu thuật chuẩn, không có trường hợp nào sử dụng 4 troca (trường hợp phẫu tích khó), và không có trường hợp nào mổ thăm dò (sử dụng 1 troca thăm dò trong trường hợp teo tinh hoàn)

Quy trình phẫu thuật nội soi được ban hành theo quyết định 7708/QĐ-BYT hướng dẫn chi tiết về kỹ thuật phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn, trong đó lưu ý kỹ thuật bóc tách mạch máu và ống dẫn tinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các ca bệnh được phẫu thuật không có tai biến trong quá trình phẫu thuật. Vị trí tinh hoàn trong ổ bụng cũng là yếu tố quyết định kỹ thuật hạ tinh hoàn, 3 ca bệnh tinh hoàn nằm cao trong ổ bụng được tiến hành mổ theo kỹ thuật Fowler-Stephens. Về cách thức phẫu thuật: 90,3% số ca bệnh được phẫu thuật hạ ngay 1 thì, nằm trong nhóm tinh hoàn sát lỗ bẹn sâu và tinh hoàn nằm ở phần thấp của ổ bụng. 9,7% số ca bệnh có tinh hoàn nằm ở phần cao của ổ bụng được tiến hành phẫu thuật 2 thì theo kỹ thuật Fowler-Stephens

Vị trí tinh hoàn lúc khám kiểm tra lại: Khám lâm sàng 67,6% tinh hoàn nằm ở vị trí đáy bìu như bên đối diện, 32,4% tinh hoàn nằm ở vị trí cao hơn bên lành, sát gốc dương vật. Theo phân loại kết quả phẫu thuật của Aubert, 85,3% số ca bệnh được đánh giá kết quả phẫu thuật tốt khi chỉ số TAI < 33%, 14,7% được đánh giá ở mức độ trung bình, không có kết quả phẫu thuật xấu. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ đánh giá kết quả dựa vào thể tích tinh hoàn, không đánh giá được chất lượng tinh hoàn qua tinh dịch đồ và các xét nghiệm nội tiết, để làm được điều này cần có những nghiên cứu dài hơi hơn. Kết quả sau mổ của tinh hoàn được đánh giá ở mức trung bình gặp cả ở trường hợp vị trí tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và phần thấp ổ bụng, kết quả này không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$)

V KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn không xuống bìu là phương pháp có nhiều ưu điểm:

- Phẫu thuật nội soi vừa là phương pháp điều trị vừa là phương tiện chẩn đoán có giá trị.

- Phẫu thuật nội soi là phương pháp phẫu thuật có thời gian ngắn.

- Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, ít sang chấn, có thời gian hồi phục và nằm viện sau mổ ngắn, tính thẩm mỹ cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. Godbole., M. J., and A. a. M. A.E., "Laparoscopy for the impalpable testis," *Br j surg*, vol. 54, pp. 431-39 1997.

2. Nguyễn Thị Ân "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của HCG trong điều trị tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ em," Luận văn thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2000.

3. Lê Ngọc Từ, " tinh hoàn ẩn "*Bệnh học tiết niệu*: NXB Y học, pp 670-576, 1995.

4. Bộ Y tế, Quyết định số 7708/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi, 2016.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU LỆCH THẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH

Đinh Văn Duy¹, Nguyễn Văn Tú², Phạm Cẩm Kỳ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật dị tật lỗ tiểu lệch thấp tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt trường hợp bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 01/2020 đến 10/2021.

Kết quả: nghiên cứu trên 34 bệnh nhân. Tỷ lệ thành công 81,25% ; tỷ lệ thất bại 18,75%. Biến chứng ngay sau mổ: Rò niệu đạo 6,3%, nhiễm khuẩn tiết niệu 12,5%; phù nề dương vật 15,6%, đái bị động 9,4%, hoại tử vạt da che phủ 6,3%. Không có hẹp niệu đạo. Biến chứng rò niệu đạo: sau rút sonde 6,25%; lúc khám lại 18,75%. Biến chứng hẹp niệu đạo: Sau 06 tháng 6,25%, nghi ngờ hẹp 12,5%. Các yếu tố: Nhóm tuổi, vị trí lỗ tiểu, cong dương vật, chiều dài đoạn niệu đạo thiếu và da che phủ dương vật không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Các yếu tố: Nhóm tuổi, vị trí lỗ tiểu, cong dương vật, chiều dài đoạn niệu đạo thiếu, da che phủ dương vật không ảnh hưởng đến các biến chứng trong thời gian hậu phẫu. Các biến chứng: nhiễm khuẩn nước tiểu và hoại tử vạt da che phủ ảnh hưởng đến rò niệu đạo sau khám lại. **Kết luận:** Phẫu thuật lỗ tiểu thấp tại bệnh viện sản nhi Ninh bình cho kết quả tốt với tỷ lệ thành công tương đương các nghiên cứu khác.

Từ khóa: Phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu lệch thấp là dị tật tiết niệu hay gặp ở trẻ em với tỷ lệ 1/300 trẻ trai [1], [2]. Lỗ tiểu lệch thấp ảnh hưởng tới hoạt động tiểu tiện, sinh dục và khả năng có con của bệnh nhân, gây sang chấn tinh thần cho cả người bệnh cũng như gia đình. Hai tổn thương giải phẫu bệnh cơ bản của dị tật này là lỗ tiểu lệch thấp và dương vật cong ở các mức độ khác nhau, được giải quyết bằng các phương pháp điều trị phẫu thuật. Các kỹ thuật can thiệp vào niệu đạo xuất hiện vào giữa thế kỷ thứ X, các kỹ thuật tạo hình niệu đạo xuất hiện và bùng nổ vào giữa thế kỉ XIX. Từ đó đến nay đã có hơn 300 kỹ thuật mô tạo hình niệu đạo khác nhau. Sự đa dạng của phương pháp phẫu thuật nói lên tính chất khó khăn của tạo hình niệu đạo, dễ thất bại và để lại biến chứng, phải phẫu thuật nhiều lần, ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhi và gia đình. Dị tật này nếu không được điều trị triệt để sẽ để lại nhiều ảnh hưởng đến đời sống của bệnh nhân. Phẫu thuật điều trị lỗ tiểu lệch thấp là một phẫu thuật khó, đòi hỏi trình độ kỹ thuật cao, tỷ lệ thất bại cũng như biến chứng còn cao [1] [3] [4]. Tại Việt Nam, việc đánh giá kết quả sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp còn nhiều hạn chế do chỉ dựa vào khám lâm sàng trực quan bằng mắt thường (quan sát tia tiểu, nhìn hình thể ngoài của dương vật), hoặc đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 mức độ (tốt, trung bình, xấu). Hiện tại có rất ít các nghiên cứu sử dụng biện pháp đánh giá kết quả phẫu thuật theo thang điểm hay cao hơn là đánh giá mức độ hẹp niệu đạo chính xác sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp bằng niệu đồ dòng [1].

Bệnh viện sản nhi Ninh Bình từ khi đi vào hoạt động đã phát triển nhiều kỹ thuật mới trong đó phẫu thuật điều trị lỗ tiểu lệch thấp mới được phát triển và bước đầu đem lại những kết quả tốt. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị lỗ tiểu lệch thấp ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2020 -2021”, nhằm hai mục tiêu:

- **Mục tiêu 1:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dị tật lỗ tiểu lệch thấp thể: quy đầu, thân dương vật, gốc dương vật ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2020 -2021

- **Mục tiêu 2:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị dị tật lỗ tiểu lệch thấp thể: quy đầu, thân dương vật, gốc dương vật ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2020 -2021

¹Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình

Tác giả chính: BS Đinh Văn Duy: Khoa Ngoại tổng hợp, SĐT: 0979896823

² Tác giả/liên hệ chính: BS. Nguyễn Văn Tú: Khoa Ngoại tổng hợp,

SĐT, Email: bsnguyentu@gmail.com

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: Tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 – 2020 đến tháng 10 – 2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

* **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** chúng tôi đã lựa chọn được 32 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán LTLT: thể quy đầu, thể dương vật, thể gốc dương vật.

- Bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu.

- Độ tuổi: Từ 1 tuổi đến 15 tuổi.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nghi ngờ giới tính, lưỡng giới.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc

2.3.2. Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu: Tuổi, phân bố địa dư, Hoàn cảnh phát hiện.

- Đặc điểm lâm sàng: độ cong dương vật, vị trí lỗ tiểu, da che phủ dương vật

- Kết quả phẫu thuật: Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Hose

- Các biến chứng trong thời gian hậu phẫu: rò niệu đạo, nhiễm khuẩn tiết niệu, phù nề dương vật, đá bị động

- Các biến chứng lúc khám lại: rò niệu đạo, hẹp niệu đạo

- Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật: ảnh hưởng đến phẫu thuật, ảnh hưởng đến biến chứng hậu phẫu

2.4. Phương pháp thu thập thông tin:

Các thông tin được thu thập qua mẫu phiếu điều tra được thiết kế sẵn, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ chuẩn mực trong đạo đức nghiên cứu, đảm bảo bí mật thông tin đối tượng nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dị tật lỗ tiểu lệch thấp

3.1.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là $5 \pm 2,5$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, tuổi lớn nhất 13 tuổi. Nhóm tuổi từ 4 - 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%). Bệnh nhân khu vực nông thôn chiếm đa số các trường hợp (75,6%). Phần lớn các trường hợp bệnh được phát hiện khi gia đình thấy có bất thường hoặc tình cờ đi khám (56,25%)

1.2. Đặc điểm lâm sàng

Chiều dài trung bình dương là $4,7 \pm 0,9$ cm. Đa số bao quy đầu có dạng hình vành khăn, 25% bị viêm dính. Lỗ tiểu hẹp 62,5%. Xoay trục dương vật 6,3%

1.3. Đánh giá trong mổ

Tỷ lệ cong dương vật nặng 43,7%, giảm đi sau tách sàn niệu đạo và cắt tổ chức xơ. Các bệnh nhân cong dương vật nặng cần dùng kỹ thuật Baskin. Không có mối liên quan giữa cong dương vật và thời gian phẫu thuật.

Vị trí lỗ tiểu thay đổi nhiều sau dựng thẳng dương vật, có mối liên quan với độ cong dương vật và chiều dài đoạn niệu đạo thiếu.

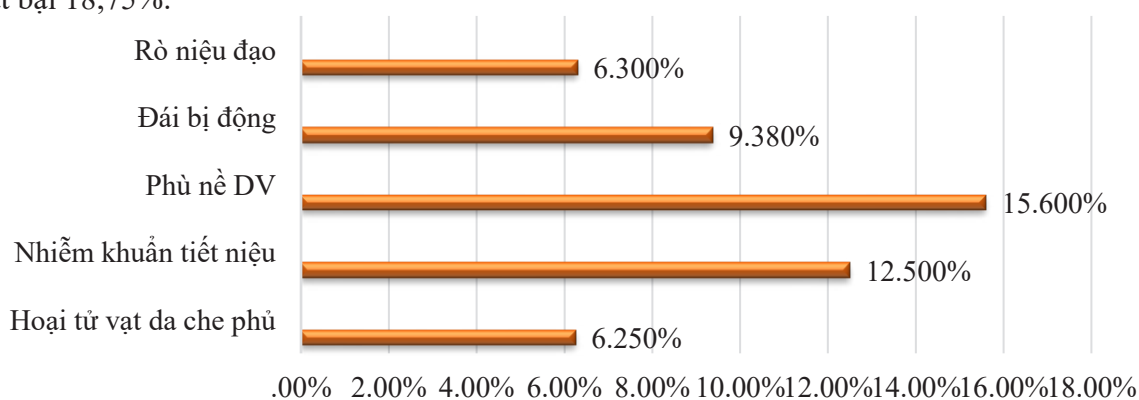
Da che phủ dương vật chủ yếu là da bao quy đầu (87,5%). Có mối liên quan giữa da che phủ dương vật với chiều dài đoạn niệu đạo thiếu và độ cong dương vật.

2. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1. Kết quả phẫu thuật

Nhận xét: Theo biểu đồ trên, Tỷ lệ phẫu thuật thành công 81,25%; tỷ lệ phẫu thuật thất bại 18,75%.



Biểu đồ 2. Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Nhận xét: Từ kết quả biểu đồ 2 cho thấy, Rò niệu đạo sau rút sonde là 6,25%; lúc khám lại là 18,75%.

Bảng 1. Biến chứng rò niệu đạo

Rò niệu đạo	Sau rút sonde n = (%)	Khám lại n = (%)
Có	2 (6,25)	6 (18,75)
Không	30 (93,75)	26 (81,25)
$p < 0,05$ (Chi-Square test)		

Nhận xét: Theo bảng 1, Sau 06 tháng tỷ lệ hẹp niệu đạo là 6,25%, nghi ngờ hẹp là 12,5%. Chưa đủ thời gian nghiên cứu để đánh giá hẹp niệu đạo sau mổ 12 tháng.

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau phẫu thuật:

Đặc điểm	Kết quả PT theo HOSE n (%)		p
	Thành công (n=26)	Thất bại (n =6)	
Nhóm tuổi			
Từ 1 - 3 tuổi	6 (23,08)	0 (0)	>0,05
Từ 4 - 5 tuổi	14 (53,85)	2 (33,33)	
Từ 6 - 10 tuổi	4 (15,38)	4 (66,67)	

Từ 11 - 15 tuổi	2 (7,69)	0 (0)	
Vị trí lỗ tiểu			
1/2 trước DV	14 (53,85)	4 (66,67)	>0,05
1/2 sau DV	12 (46,15)	2 (33,33)	
Cong dương vật			
Cong nhẹ (< 30°)	16 (61,54)	2 (33,33)	>0,05
Cong nặng (≥ 30°)	10 (38,46)	4 (66,67)	
Chiều dài đoạn niệu đạo thiếu			
≤ 2cm	6 (23,08)	0	>0,05
Từ 2 - < 4cm	16 (61,54)	4 (66,67)	
≥ 4 cm	4 (15,38)	2 (33,33)	
Da che phủ DV			
Da BQĐ	24 (92,31)	2 (33,33)	>0,05
Da BQĐ và bìu	2 (7,69)	4 (66,67)	

Nhận xét: Theo bảng 2, nhóm tuổi, vị trí lỗ tiểu, cong dương vật, chiều dài đoạn niệu đạo thiếu và da che phủ dương vật không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật theo HOSE

Bảng 3. Các biến chứng ảnh hưởng đến rò niệu đạo

Biến chứng		Rò ND n (%)		P
		Có	Không	
Nhiễm khuẩn	Có	2 (50)	2 (50)	< 0,05
	Không	4 (14,29)	24 (85,71)	
Tổng		6 (18,75)	26 (81,25)	
Hoại tử vạt da	Có	2 (100)	0 (0)	< 0,05
	Không	4 (13,33)	26 (86,67)	
Tổng		6 (18,75)	26 (81,25)	

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3 cho thấy, biến chứng nhiễm khuẩn nước tiểu và hoại tử vạt da che phủ là những yếu tố ảnh hưởng đến rò niệu đạo sau khám lại.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi phẫu thuật: theo Trần Ngọc Bích, tuổi phù hợp là 1 -3 tuổi [2] [3], Nguyễn Thanh Liêm : 2 – 4 tuổi [4], Châu Văn Việt: dưới 2 tuổi [1] [5]. Chúng tôi thấy phẫu thuật ở lứa tuổi nhỏ cho kết quả tốt, tuổi phù hợp từ 2 – 3 tuổi.

Da – niêm mạc bao quy đầu rộng rãi, không viêm dính sẽ thuận lợi hơn cho phẫu thuật và hạn chế biến chứng, do đó cần chủ động tách dính niêm mạc bao quy đầu trước phẫu thuật và tránh sử dụng phần da – niêm mạc viêm dính khi tạo hình niệu đạo và chuyển vạt da che phủ dương vật [1] [5].

Lỗ tiểu thường hẹp [2], [6], đoạn cuối niệu đạo hẹp và mỏng cần phải cắt bớt đoạn niệu đạo mỏng và làm rộng lỗ tiểu trước khi khâu nối niệu đạo.

Xoay trục dương vật cần được điều chỉnh trước khi tạo hình niệu đạo. Trong tạo hình niệu đạo bằng vật da – niêm mạc có cuống mạch cần giải phóng cuống mạch đủ dài và chú ý điều chỉnh khi chuyển vật để tránh xoay dương vật.

Cong dương vật gặp ở phần lớn các bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp [1], [2], [6]. Chữa cong dương vật là một yêu cầu bắt buộc của phẫu thuật, các phương pháp chữa cong dương vật chủ yếu áp dụng gồm tách sàn niệu đạo, cắt bỏ tổ chức xơ và kỹ thuật Baskin.

Vị trí lỗ tiểu và chiều dài đoạn niệu đạo thiếu thay đổi sau khi dựng thẳng dương vật, do đó cần xác định chiều dài đoạn niệu đạo thiếu sau khi đã dựng thẳng dương vật để lấy chính xác vật da cần dùng để tạo hình niệu đạo [1], [5].

Kết quả phẫu thuật được chúng tôi đánh giá theo thang điểm HOSE, đây là phương pháp đánh giá tương đối khách quan, dễ áp dụng, theo đó tỷ lệ thành công là 81,25 %, tỷ lệ thất bại là 18,75% , tương đương với nhiều nghiên cứu khác [1], [3], [4].

Các biến chứng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp rất đa dạng, các biến chứng hay gặp: phù nề dương vật, nhiễm khuẩn tiết niệu, đái bị động, hoại tử vật da che phủ dương vật, rò niệu đạo, hẹp niệu đạo... Tỷ lệ các biến chứng được báo cáo từ 6-30 % [1], [2], [6], nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng là 25 %, ở mức chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị lỗ tiểu thấp là một kỹ thuật khó, tỷ lệ thất bại và biến chứng còn cao, tỷ lệ này thay đổi tùy theo các báo cáo. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công đạt 81,25 %, tỷ lệ thất bại là 18,75%, nằm trong giới hạn so với các nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu Văn Việt, Trần Ngọc Bích và CS** (2017), “Điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể dương vật bằng vật da – niêm mạc bao quy đầu có cuống trục ngang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 445, tháng 6
2. **Trần Ngọc Bích** (2007). Lỗ đái lệch thấp, *Bệnh học Tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Trần Ngọc Bích** (1988). *Điều trị dị tật lỗ đái lệch thấp bằng phẫu thuật một thì*, Luận án Phó tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự** (1997). Điều trị lỗ đái lệch thấp bằng vật da niêm mạc lưng DV có cuống mạch theo trục dọc, *Nhi khoa*.
5. **Châu Văn Việt, Trần Ngọc Bích và CS** (2017), “Kết quả bước đầu điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể dương vật bằng vật da – niêm mạc bao quy đầu có cuống trục ngang”, *Tạp chí Y học Thực hành*, (1040).
6. **Nguyễn Thanh Liêm**(2002). *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RAU CÀI RĂNG LƯỢC SẢN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI NINH BÌNH TRONG 3 NĂM 2020 – 2022

Đinh Ngọc Thơm^{1*}, Nguyễn Văn Quỳnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng rau cài răng lược (RCRL) sản phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình năm 2020- 2022. Thái độ xử trí và kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Là hồ sơ bệnh án những sản phụ được chẩn đoán RCRL được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản – Nhi Ninh Bình trong 3 năm (01/01/2020 – 30/09/2022) Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân rau cài răng lược là $33,6 \pm 5,7$ tuổi. Tuổi thai trung bình lúc mổ tăng so với lúc nhập viện. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn trong đó ra máu âm đạo là chủ yếu chiếm 46,7%. Siêu âm Doppler phát hiện được 76,7% và tuổi thai phát hiện trên siêu âm là 29-33 tuần chiếm 34,8%. Tỷ lệ thai mổ đủ tháng chiếm 73,3%. Bệnh nhân khi nhập viện được chủ động theo dõi và có thể kết hợp dùng thuốc: kháng sinh + giảm co + corticoid tùy từng trường hợp và tỷ lệ mổ chủ động là 50%. Đường rạch là đường ngang trên vệ được sử dụng chủ yếu với 96,7%. Biến chứng tổn thương bàng quang chiếm 6,67%, nhiễm khuẩn sau mổ chiếm 3,33%, nhiễm khuẩn sau mổ và tụ máu mòm cắt chiếm 3,33%, có 01 sản phụ biến chứng rối loạn đông máu chiếm 3,33%. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật $8 \pm 3,1$ ngày. **Kết luận:** Tỷ lệ RCRL tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình có xu hướng tăng trong 3 năm liên tiếp (từ năm 2020 đến năm 2022). RCRL có liên quan mật thiết với rau tiền đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai ở tử cung. Rau cài răng lược hoàn toàn có thể chẩn đoán được trước sinh trên siêu âm. Xử trí rau cài răng lược là mổ lấy thai sau đó chủ động cắt tử cung cầm máu. Tổn thương cơ quan tiết niệu và tụ máu mòm cắt là biến chứng gặp chủ yếu của phẫu thuật

Từ khóa: Rau cài răng lược; cắt tử cung

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

RCRL là một bất thường về sự bám dính của bánh rau vào cơ tử cung, gây những tai biến và biến chứng có khả năng đe dọa tính mạng của người mẹ và thai nhi.

Trước đây RCRL rất ít gặp, hiểu biết về bệnh còn hạn chế nên dễ dẫn đến bị bỏ sót trước mổ và gặp nhiều biến chứng trong và sau mổ. Gần đây bệnh có xu hướng tăng nhanh. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Hương Trà năm 2012, tỷ lệ RCRL tại Bệnh viện phụ sản Trung ương là 0,1% [1]. RCRL thường xảy ra ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai với hình thái RCRL đâm xuyên qua cơ tử cung, xâm lấn vào các cơ quan lân cận. Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới cũng như ở Việt Nam đang ngày một tăng lên. Sẹo mổ cũ làm tăng nguy cơ rau tiền đạo và rau cài răng lược. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương 2010-2011, tỷ lệ RCRL là 0,11%, RCRL ở RTĐ là 5,15% và có 69,2% RCRL có tiền sử mổ lấy thai [2]. Việc chẩn đoán trước mổ và xử trí cầm máu trong mổ RCRL rất quan trọng để tránh gây nhiều biến chứng nặng nề cho người bệnh như chảy máu nhiều phải truyền nhiều máu, đa số phải cắt tử cung, thậm chí gây tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu quản, ruột non, trực tràng. Nghiên cứu tại bệnh viện phụ sản Trung ương của Phạm Thu Xanh, năm 1995 tiền sử MLT gây dính 50,94%, rách BQ 0,27%, tổn thương ruột 1,06% và năm 2005 các tỷ lệ này lần lượt: 33,3%, 0,08%, 0,08% [3]. Xử trí RCRL thực sự là thách thức đối với các nhà sản khoa hiện nay. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài:

¹ Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình
Tác giả chính/liên hệ: Đinh Ngọc Thơm.
SĐT: 0912065776

“**Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rau cài răng lược sản phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản – Nhi Ninh Bình năm 2020 - 2022**” với hai mục tiêu sau:

- *Mục tiêu 1:* Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng rau cài răng lược sản phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản – Nhi Ninh Bình năm 2020 - 2022.

- *Mục tiêu 2:* Thái độ xử trí và kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Sản – Nhi Ninh Bình trong 3 năm (01/01/2020 – 30/09/2022)

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ sản phụ được chẩn đoán là RCRL toàn bộ hay một phần dưới bất kỳ hình thái lâm sàng nào trước mổ hoặc chẩn đoán phẫu thuật trong thời gian trên. Tuổi thai lấy từ 28 tuần trở lên

- Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Các đặc điểm về tuổi, nghề nghiệp, địa dư
 - Các yếu tố nguy cơ: tiền sử sản khoa, số lần mổ lấy thai, rau tiền đạo
 - Đặc điểm lâm sàng (Ra máu âm đạo; Đau bụng: có kèm theo với ra máu hay không; Ối vỡ, Tình trạng thiếu máu: trước mổ, sau mổ); cận lâm sàng (Siêu âm: Phát hiện được RCRL; không phát hiện được RCRL; Giải phẫu bệnh sau mổ từ tử cung đã cắt); Vị trí rau bám (Rau bám mặt trước tử cung; Rau bám mặt sau tử cung); Loại RTĐ (Rau tiền đạo bán trung tâm, trung tâm; Rau bám mép; Rau tiền đạo bám thấp); Loại RCRL- phân loại theo GPB hoặc theo chẩn đoán phẫu thuật đối với trường hợp bảo tồn tử cung (Rau bám chặt- Placenta accrete vera ; Rau cài răng lược vào cơ- Placenta increta ; Rau đâm xuyên- Placenta perereta)

- Thái độ xử trí và biến chứng :

+ Dùng thuốc trước mổ : Giảm co, Corticoid

+ Chỉ định mổ:

* Mổ lấy thai chủ động: vì RTĐ, vì RCRL...

* Mổ lấy thai cấp cứu: vì chướng dạ, chảy máu, suy thai, vỡ ối...

+ Đường rạch da bụng: Đường trắng giữa dưới rốn ; Đường ngang trên vệ.

+ Đường rạch tử cung: Rạch ngang đoạn dưới tử cung ; Rạch ngang đáy tử cung.

+ Phương pháp xử trí phẫu thuật RCRL: Có bóc rau sau khi lấy thai ; Cắt tử cung (cắt TCBP, cắt TCHT).

+ Lượng máu phải truyền: số lượng (đơn vị và thành phần các chế phẩm máu (Khối hồng cầu, huyết tương tươi).

+ Các biến chứng:

. Tổn thương các tạng khác: Bàng quang, niệu quản, ruột...

. Tụ máu móm cắt, chảy máu trong.

. Nhiễm khuẩn sau mổ.

+ Tử vong mẹ.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: Thu thập số liệu có sẵn từ bệnh án lưu tại kho hồ sơ của phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Sản - Nhi Ninh Bình trong 3 năm (01/01/2020 đến hết 30/09/2022)

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0 với các thuật toán sau: Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, với độ tin cậy 95%

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Các bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin về tiền sử, đặc trưng cá nhân của sản phụ được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Số BN (n)	Phần trăm (%)
< 25	3	10 %
25-34	14	46,7 %
>35	13	43,3 %
Trung bình	33,6 ± 5,7	
Tổng	30	100 %

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 33,6 ± 5,7. Trong đó tuổi thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 43 tuổi. Nhóm tuổi từ 25-34 chiếm nhiều nhất với 14 sản phụ chiếm 46,7%

Bảng 2. Phân loại tỷ lệ bệnh theo các năm

Năm	N	%
2020	6	20
2021	8	26,7
2022	16	53,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong 3 năm liên tiếp có 30 trường hợp mắc rau cài răng lược. Trong đó:

- Năm 2020 có 6 trường hợp chiếm 20%. Năm 2021 có 8 trường hợp chiếm 26,7%.
- Năm 2022 có 16 trường hợp chiếm 53,3%.
- Như vậy số sản phụ mắc RCRL có xu hướng tăng dần theo các năm.

Bảng 3. Phân bố tiền sử sản khoa ở các sản phụ RCRL

Số lần	Tiền sử nạo, hút, sảy		Mổ lấy thai	
	n	%	n	%
0	13	43,3	9	30
1	9	30	7	23,3
2	7	23,3	14	46,7
≥ 3	1	3,3	0	0
Tổng	30	100	30	100

Nhận xét: Trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu thấy rằng:

Có 9 sản phụ từng nạo, hút, sảy 1 lần chiếm 30%. Có 7 sản phụ từng nạo, hút, sảy 2 lần chiếm 23,3%. Có 1 sản phụ nạo hút sảy ≥ 3 lần chiếm 3,3%.

Tiền sử mổ lấy thai: có 14 sản phụ mổ lấy thai 2 lần chiếm nhiều nhất là 46,7%, 7 sản phụ mổ lấy thai 1 lần chiếm 23,3%. Có 9 sản phụ chưa mổ lấy thai lần nào chiếm 30% và không có sản phụ nào mổ lấy thai ≥ 3 lần.

Bảng 4. Phân loại rau cài răng lược

Phân loại	Số BN (n)	Phần trăm (%)
Rau bám chặt (Placenta accrete)	4	13,3%
Rau cài răng lược vào cơ (Placenta increta)	24	80%
Rau đâm xuyên (Placenta perereta)	2	6,7%
Tổng số	30	100%

Nhận xét: Trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu thấy rằng: Rau cải rặng lược vào cơ (Placenta increta) là 24 sản phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, thấp nhất là rau đâm xuyên với 2 sản phụ chiếm 6,7% và rau bám chặt có 4 sản phụ chiếm 13,3%.

Bảng 5. Tỷ lệ đường rạch tử cung và chỉ định mổ.

Đường rạch tử cung	Chỉ định mổ lấy thai		Tổng
	Mổ cấp cứu n (%)	Mổ chủ động n (%)	
Rạch ngang đoạn dưới	12 (48%)	13 (52%)	25 (100%)
Rạch ngang đáy tử cung	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Tổng	15 (50%)	15 (50%)	30 (50%)

Nhận xét: Trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu chủ yếu được sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới với 25 sản phụ chiếm nhiều hơn so với đường rạch ngang đáy tử cung với 5 sản phụ.

Sự lựa chọn đường rạch trên những sản phụ được chỉ định mổ cấp cứu và mổ chủ động là không có sự khác biệt với $p = 0,624 > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa thể RCRL và cắt tử cung

Phân loại RCRL	Cách thức phẫu thuật			Tổng
	Cắt TC bán phần thấp	Cắt TC hoàn toàn	Bảo tồn TC	
Rau bám chặt	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	4 (100%)
RCRL vào cơ	1 (4,2%)	17 (70,8%)	6 (25%)	24 (100%)
Rau đâm xuyên	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Tổng	1 (3,3%)	19 (63,3%)	10 (33,3%)	30 (100%)

Nhận xét: Như vậy trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu thấy rằng:

- Trong các sản phụ có rau bám chặt thì có 4 sản phụ phẫu thuật bảo tồn tử cung chiếm 100%.

- Rau cải rặng lược vào cơ có 1 trường hợp cắt tử cung bán phần thấp chiếm 4,2%. Có 17 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn chiếm 70,8%. Có 6 trường hợp bảo tồn tử cung chiếm 25%.

- Rau đâm xuyên có 2 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn chiếm 100%.

- Có sự khác biệt giữa các loại rau cải rặng lược với cách thức phẫu thuật với $p = 0.042 < 0.05$.

Bảng 7. Liên quan giữa số lượng KHC phải truyền và thể RCRL

Phân loại KHC	RCRL			Tổng
	Rau bám chặt	RCRL vào cơ	Rau đâm xuyên	
< 2 KHC	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)
2 - 6 KHC	3 (14,3%)	17 (81%)	1 (4,7%)	21 (100%)
6 - 10 KHC	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)	5 (100%)
> 10 KHC	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Tổng	3 (10,7%)	23 (82,1%)	2 (7,2%)	28 (100%)

Nhận xét: Như vậy trong 30 sản phụ bị rau cải rặng lược có 28 sản phụ cần phải truyền máu chiếm 93,3%.

Bảng 9. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số BN (n)	Phần trăm (%)
Tụ máu mòm cắt	2	6,67%
Tổn thương bàng quang	2	6,67%
Nhiễm khuẩn sau mổ	1	3,33%
Nhiễm khuẩn sau mổ và tụ máu mòm	1	3,33%
Rối loạn đông máu	1	3,33%
Tổng	7	23,33%

Nhận xét: Trong 30 sản phụ của mẫu nghiên cứu có 7 ca bệnh gặp biến chứng, chiếm 23,33%

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay việc chẩn đoán RCRL nhờ trợ giúp của siêu âm có thể thực hiện được sớm với độ chính xác khá cao giúp thầy thuốc chủ động xử trí trong phẫu thuật tránh các biến chứng mà nặng nề nhất là tử vong mẹ

Trong 3 năm từ 2020 - 2022 tại bệnh viện Sản Nhi Ninh bình thu được kết quả 30 sản phụ có rau cài răng lược. Trong đó năm 2020 có 6 trường hợp chiếm 20%, năm 2021 có 8 trường hợp chiếm 26,7%, năm 2022 có 16 trường hợp chiếm 53,3%. Như vậy số sản phụ mắc rau cài răng lược có xu hướng tăng dần theo các năm. Điều này có thể giải thích được rằng theo thời gian tỷ lệ mổ đẻ tăng dần, khám và quản lý thai nghén cũng như trình độ chuyên môn tốt hơn.

Về tiền sử mổ lấy thai, các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây ra rau cài răng lược, nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả cho rằng tiền sử mổ lấy thai và rau tiền đạo là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất. Tác giả Ngô Văn Hải (2007) thấy rằng tỷ lệ rau tiền đạo ở sản phụ có tiền sử mổ lấy thai cao gấp hơn 2 lần sản phụ không có tiền sử này [4]. Nguyên nhân có thể do sẹo mổ cũ làm tổn thương niêm mạc tử cung khiến cho bánh rau không phát triển được qua sẹo mổ cũ trong quá trình di chuyển dẫn đến rau tiền đạo. Như vậy, có sự liên quan giữa rau cài răng lược và tiền sử mổ lấy thai và tỷ lệ rau cài răng lược sẽ tăng lên khi bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ như tuổi mẹ, tiền sử nạo hút thai và tiền sử mổ lấy thai

Trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu thấy rằng: Rau cài răng lược vào cơ (Placenta increta) là 24 sản phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, thấp nhất là rau đâm xuyên với 2 sản phụ chiếm 6,7% và rau bám chặt có 4 sản phụ chiếm 13,3%. Tỷ lệ rau cài răng lược vào cơ của chúng tôi cao bởi đặc thù nghiên cứu của chúng tôi là do chọn mẫu rau cài răng lược ở rau tiền đạo trên sản phụ có tiền sử mổ lấy thai. Với các sản phụ bị rau cài răng lược thì kết thúc thai nghén không phải là chờ đến khi thai nhi đủ tháng mà còn phụ thuộc vào nhiều nguyên nhân như rau tiền đạo phối hợp, tiền sử sản khoa nặng nề, tình trạng ra máu, tình trạng sẹo mổ trước đó, ước lượng thai có thể nuôi được và tùy vào đánh giá của bác sỹ. Tuổi thai sử dụng corticoid trong nghiên cứu của chúng tôi sớm nhất là 28 tuần và muộn nhất là 35 tuần.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi sử dụng đường rạch da ngang trên vệ nhiều nhất là do nghiên cứu trên các sản phụ có tiền sử mổ lấy thai, chính vì vậy mà đường rạch da bụng đều theo đường rạch sẹo cũ trước đó và chủ yếu trên thân tử cung được sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới với 25 sản phụ chiếm nhiều hơn so với đường rạch ngang đáy tử cung với 5 sản phụ. Sự lựa chọn đường rạch trên những sản phụ được chỉ định mổ cấp cứu và mổ chủ động là không có sự khác biệt với $p = 0,624 > 0,05$. Trong phẫu thuật rau tiền đạo thì cắt tử cung là biện pháp cầm máu cuối cùng nhằm cứu sống bệnh nhân thoát khỏi tình trạng chảy máu, mất máu mà thực hiện các biện pháp cầm máu khác: khâu cầm máu, thắt ĐMTC, thắt ĐMHV... không kết quả. Đối với rau cài răng lược thì mổ lấy thai và cắt tử cung ngay là biện pháp mà nhiều tác giả ủng hộ. Trong 30 sản phụ của nhóm nghiên cứu thấy rằng trong các sản phụ có rau bám chặt thì có 4 sản phụ phẫu thuật bảo tồn tử cung chiếm 100%, rau cài răng lược vào cơ có 1 trường

hợp cắt tử cung bán phần thấp chiếm 4,2%. Có 17 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn chiếm 70,8%. Có 6 trường hợp bảo tồn tử cung chiếm 25%, rau dâm xuyên có 2 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn chiếm 100%. Có sự khác biệt giữa các loại rau cài răng lược với cách thức phẫu thuật với $p = 0,042 < 0,05$. Tỷ lệ truyền máu trên bệnh nhân RCRL trong phẫu thuật là 93,3% bao gồm cả KHC hoặc kết hợp KHC + HTT. Biến chứng tổn thương bàng quang hay gặp nhất với tỷ lệ 6,67%.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm RCRL: Tỷ lệ RCRL tại Bệnh viện Sản nhi Ninh Bình có xu hướng tăng trong 3 năm liên tiếp (từ năm 2020 đến năm 2022). RCRL có liên quan mật thiết với rau tiền đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai ở tử cung.

2. Xử trí RCRL: Rau cài răng lược hoàn toàn có thể chẩn đoán được trước sinh trên siêu âm. Xử trí rau cài răng lược là mổ lấy thai sau đó chủ động cắt tử cung cầm máu. Tổn thương cơ quan tiết niệu và tụ máu móm cắt là biến chứng gặp chủ yếu của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương Trà** (2012). "*Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2007- 2011*", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Lê Hoài Chương** (2012). "*Nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2010-2011*". Tạp chí Y học thực hành, 11 số 848.

3. **Phạm Thu Xanh** (2006). "*Nhận xét tình hình sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ được xử trí tại BVPSTU trong năm 1995 và 2005*", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2, Đại học Y Hà Nội.

4. **Ngô Văn Hải** (2007). "*Một số đặc điểm thai phụ mắc rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản Bắc Giang (2001-2006)*", Tạp chí y dược thực hành, 4, 11-13.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM H.PYLORI Ở BỆNH NHÂN TRẺ EM BỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2021

Nguyễn Thị Thu Hà^{1*}, Nguyễn Thị An Trang¹, Lê Thị Nhiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng nhiễm *H.pylori* ở đối tượng trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Sản nhi Ninh Bình năm 2021. **Mô tả đặc điểm lâm sàng và nội soi viêm loét dạ dày tá tràng do *H.pylori* ở trẻ em tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 246 bệnh nhân ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng. **Kết quả:** có 63,01% bệnh nhân trẻ em bị viêm loét dạ dày tá tràng nhiễm *H.pylori*, các bệnh nhân này có các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng, nôn/ buồn nôn, ợ hơi/ ợ chua, ngoài ra có thể gặp thiếu máu, ít gặp hơn là đầy bụng/ khó tiêu, nôn máu, ỉa phân đen. Trên hình ảnh nội soi của các bệnh nhân trẻ em bị viêm loét dạ dày tá tràng thì gặp 94,9% là hình thái viêm lằn sần dạng hạt và 98,7% tổn thương ở toàn bộ dạ dày. Tỷ lệ loét trên nội soi gặp là 11,5% ở các bệnh nhân nghiên cứu và loét dạ dày – tá tràng cũng chiếm tỉ lệ 11,5%. **Kết luận:** BN trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng có tỉ lệ nhiễm *H.pylori* cao (79.16%). Những BN viêm loét dạ dày tá tràng có triệu chứng nôn, nôn máu hay ỉa phân đen có mối liên quan với tỉ lệ nhiễm *H.pylori* với $p < 0.05$. Tổn thương trên nội soi thường gặp nhất là viêm dạng nốt: 79.1% và 99.36% có tổn thương ở toàn bộ dạ dày. Tổn thương gặp trên giải phẫu bệnh ở hầu hết toàn bộ niêm mạc dạ dày với mức độ viêm mạn tính vừa tương ứng mức độ nhiễm *H.pylori* (+).**

Từ khóa: Nhiễm *H.pylori*; viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) là một trong những nhiễm trùng thường gặp nhất ở người và đã được chứng minh là có liên quan đến viêm, loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày [1]. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới khoảng 50% dân số thế giới có nhiễm *H.pylori*, con số này còn lên đến 80-90% ở các nước đang phát triển [2],[3]. Mặc dù, nhiễm *H.pylori* ở trẻ em thường gặp viêm dạ dày mạn tính và ít khi gây ra những bệnh lý nặng ngay từ thời niên thiếu như u lympho niêm mạc dạ dày và ung thư dạ dày hay tỉ lệ bị loét dạ dày tá tràng cũng ít gặp hơn nhiều so với người lớn. Tuy nhiên, hiện nay viêm dạ dày mạn tính do *H.pylori* được cho rằng là tiền đề dẫn đến loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày về sau.

Tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, nội soi tiêu hóa trên được thực hiện từ năm 2016. Tuy nhiên, đến năm 2021 bệnh viện mới bắt đầu triển khai được xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán viêm dạ dày và nhiễm *H.pylori* trên mảnh sinh thiết. Do đó, đến thời điểm này mới đủ điều kiện để chẩn đoán nhiễm *H.pylori* trên bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng và cũng chưa có nghiên cứu nào trước đây đánh giá về tình nhiễm *H.pylori* trên đối tượng trẻ em ở địa bàn Ninh Bình. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá tình hình nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân trẻ em bị viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2021" với mục tiêu:

- **Mục tiêu 1:** Xác định tình trạng nhiễm *H.pylori* ở đối tượng trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Sản nhi Ninh Bình năm 2021

- **Mục tiêu 2:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và nội soi viêm loét dạ dày tá tràng do *H.pylori* ở trẻ em tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình năm 2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Sản- Nhi Ninh Bình

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1- tháng 10/2021

¹Bệnh viện sản nhi Ninh Bình

Tác giả chính liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hà

SĐT: 0915531382

Email: bs.nguyenthithuha.bvsn@gmail.com

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

• Bệnh nhân (BN) ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng: Triệu chứng lâm sàng liên quan, hình ảnh nội soi có loét dạ dày, tá tràng, hình ảnh vi thể viêm dạ dày trên GPB.

• Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ

• BN dùng PPI trong 2 tuần hoặc kháng sinh, Bismuth trong vòng 4 tuần.

• BN có tình trạng nhiễm trùng và bệnh nặng kèm theo

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi dạ dày tá tràng, làm urease test, giải phẫu bệnh để đánh giá tình trạng nhiễm và mức độ nhiễm *H.pylori* trên mảnh sinh thiết

- Urease test là test nhanh do Phòng nghiên cứu các vi khuẩn đường ruột Viện Vệ sinh Dịch tễ TƯ sản xuất. Qua nội soi lấy mảnh sinh thiết ít nhất ở 2 vị trí hang vị và thân vị, ngâm vào dung dịch thuốc thử. Quan sát sự đổi màu của dung dịch thuốc thử sau 1,5, 20 phút. Nếu dung dịch thuốc thử chuyển từ màu vàng sang màu đỏ cánh sen là test dương tính, mức độ dương tính tương ứng theo thời gian 1,5, 20 phút là tương ứng (+++) (++) (+). Nếu không đổi màu là test âm tính. Trong trường hợp nghi ngờ, sự chuyển màu không rõ rệt có thể đọc kết quả sau 30 phút và 60 phút.

- GPB phát hiện *H.pylori* và các tổn thương viêm của niêm mạc dạ dày. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ nhiễm *H.pylori* trên mô bệnh học ở vật kính x40 và x100: Đếm số lượng vi khuẩn trên 5 vi trường có nhiều *H.pylori* nhất, chia lấy số trung bình. **Mức độ nặng:** *H.pylori* (+++): Khi hầu hết các vi trường đều phát hiện thấy *H.pylori*, có trên 50 vi khuẩn trên một vi trường ; **Mức độ vừa:** *H.pylori* (++) : Là hình ảnh mật độ vi khuẩn ở mức trung gian giữa mức độ nặng và nhẹ. Có từ 25 – 50 vi khuẩn trên một vi trường ; **Mức độ nhẹ:** *H.pylori* (+): Chỉ phát hiện thấy *H.pylori* trên một vài vi trường. Có dưới 25 vi khuẩn trên một vi trường. Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương mô bệnh học của VDD dựa trên hệ thống phân loại của Sydney năm 1990 và một số nét bổ sung của hội nghị quốc tế tổ chức tại Houston 1994 [52]. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ tổn thương viêm mạn tính trên mô bệnh học: **Mức độ mạnh:** niêm mạc phù nề xung huyết nặng, xuất huyết rõ, thường có sự hình thành các ổ áp xe nhỏ; **Mức độ vừa:** là hình ảnh tổn thương ở mức độ trung gian giữa mức độ nặng và nhẹ. Không có ổ áp xe; **Mức độ nhẹ:** niêm mạc dạ dày phù nề xung huyết nhẹ, không có xuất huyết, xâm nhập ít tế bào viêm.

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án để đánh giá đặc điểm lâm sàng và nội soi.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: thông tin được thu thập qua bộ câu hỏi soạn sẵn

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình. Các chỉ tiêu được so sánh, sự khác biệt kiểm định ý nghĩa thống kê bằng test khi bình phương (χ^2). Chấp nhận độ tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0.05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Giữ bí mật thông tin, tôn trọng, thông cảm, chia sẻ với BN. Đảm bảo đạo đức nghề nghiệp, chăm sóc chu đáo cho sức khỏe người bệnh. Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người dân, không mang mục đích nào khác. Thủ thuật, qui trình: theo phác đồ được khuyến cáo và quy trình đã được thông qua hội đồng khoa học Bệnh Viện Sản Nhi Ninh Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Xác định tình trạng nhiễm *H. pylori* ở trẻ em

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori*

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm <i>H.pylori</i>	156	63,41
Không nhiễm <i>H.pylori</i>	90	36,59
Tổng	246	100

Nhận xét: Trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì 63,01% nhiễm *H.pylori*

Bảng 2. Mức độ nhiễm *H.pylori* trên giải phẫu bệnh

Mức độ nhiễm <i>H.pylori</i>	n	%
<i>H.pylori</i> (+)	80	51,3
<i>H.pylori</i> (++)	57	36,5
<i>H.pylori</i> (+++)	19	12,2
Tổng	156	100

Nhận xét: Từ bảng trên cho thấy, những BN có nhiễm *H.pylori*, có 51,3% có mức độ nhiễm *H.pylori* (+), tiếp đến là mức độ nhiễm *H.pylori* (++) là 36,5%, thấp nhất là mức độ nhiễm *H.pylori* (+++) là 12,2%

Bảng 3. Mức độ viêm trên giải phẫu bệnh

Mức độ viêm	n	%
Mạnh	21	13,46
Vừa	107	68,59
Nhẹ	28	17,95
Tổng	156	100

Nhận xét: Về mức độ viêm mạn tính trên mảnh sinh thiết dạ dày có nhiễm *H.Pylori* viêm mạn tính mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,59%, viêm mạn tính mức độ mạnh chiếm 13,46%

2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi viêm loét dạ dày tá tràng do *H.pylori* ở trẻ em

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	150	96,2
Nôn/buồn nôn	60	38,5
Ợ hơi/Ợ chua	56	35,9
Đầy bụng/khó tiêu	1	0,6
Nôn máu	1	0,6
Ỉa phân đen	2	1,3
Thiếu máu	11	7,1

Nhận xét: Trong các triệu chứng lâm sàng thì đau bụng là triệu chứng thường nhất gặp chiếm tỷ lệ 96,2%; 38,5% có biểu hiện nôn, buồn nôn, triệu chứng ợ hơi, ợ chua là 35,9%. Thiếu máu gặp trong 11/156 BN (7,1%)

Bảng 5. Phân bố tỷ lệ hình thái tổn thương trên nội soi

Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm lằn sần dạng hạt (dạng nốt)	148	94,9
Viêm xung huyết	21	13,5
Viêm xuất huyết	1	0,6
Viêm trợt	10	6,4
Loét	18	11,5

Nhận xét: Kết quả nội soi cho thấy tổn thương viêm dạng nốt chiếm tỷ lệ cao nhất (94,9%), kế đến là tổn thương viêm xung huyết (13,5%)

Bảng 6. Phân bố vị trí tổn thương trên nội soi

Vị trí	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hang vị	2	1,3
Thân vị	0	0
Toàn bộ DD	154	98,7
Loét dạ dày - tá tràng	18	11,5

Nhận xét: Về vị trí tổn thương ở toàn bộ dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất (98,7%), 1,3% trẻ có tổn thương ở hang vị, có 11,5% là tổn thương loét dạ dày tá tràng

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 3.5 và 3.6, trong 246 BN nghiên cứu có 165 BN có kết quả clotest (+) chiếm tỉ lệ 67,08%, và 81 BN có kết quả clotest (-) chiếm tỉ lệ 32,92%. Trong 165 BN có clotest (+) có 156 BN nhiễm *H.pylori* chiếm tỉ lệ 94,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với một số nghiên cứu ở trong nước cũng như trên thế giới, cụ thể: nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngoan, Việt Nam – 2004 [20] là 67,5% và nghiên cứu của Tolia – V và cs, Mỹ - 2000 [201] là 71%.

BN có nhiễm *H.pylori*, trên MBH có mức độ nhiễm *H.pylori* (+) cao nhất chiếm tỉ lệ 51,3%, tổn thương MBH hay gặp nhất là tổn thương toàn bộ dạ dày 98,7%, ít gặp tổn thương hang vị đơn thuần (1,3%), không gặp tổn thương thân vị đơn thuần. Nghiên cứu của 1 số tác giả cũng thấy tỉ lệ tổn thương mô bệnh học chủ yếu ở toàn bộ dạ dày đối với viêm dạ dày có nhiễm HP. Theo Uhlig HH và cộng sự Đức (2003) nghiên cứu trên 111 bệnh nhi thấy tỉ lệ tổn thương mô bệnh học trên toàn bộ dạ dày là 92/111 (82,9%), hang vị (17,1%). Theo Serban R và cộng sự Rumani 2002 nghiên cứu trên 67 bệnh nhi thấy tỉ lệ tổn thương mô bệnh học trên toàn bộ dạ dày là 51/67 (76,2%) tổn thương hang vị là 16/67 (23,8%). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngoan - Việt Nam 2004 [4] tổn thương viêm toàn bộ dạ dày trên 143 bệnh nhi có nhiễm HP tỉ lệ gặp 121/143 (84,6%). Bàn luận về mức độ tổn thương viêm trong viêm dạ dày trẻ em có nhiễm HP, hầu hết các tác giả trên thế giới đều nhận định mức độ tổn thương viêm của niêm mạc dạ dày phụ thuộc chủ yếu vào mức độ nhiễm HP nhẹ hay nặng. Tổn thương viêm của dạ dày sẽ càng nặng khi mức độ nhiễm HP càng nặng. Theo chúng tôi mức độ hoạt động viêm tỉ lệ thuận với mức độ nhiễm HP, khi nhiễm HP càng nặng thì mức độ hoạt động viêm càng nặng, mức độ tập trung bạch cầu đa nhân càng nhiều. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng nhận thấy mức độ tổn thương viêm chủ yếu mức độ vừa với tỷ lệ 68,59% tương ứng với mức độ nhiễm *H.Pylori* (++) chiếm 36,5%.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra triệu chứng lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do *H.pylori* trên trẻ em không có triệu chứng đặc hiệu dễ lẫn với các triệu chứng của các bệnh lý khác. Kết quả cho thấy đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 96,2% và đây là lý do trẻ đến khám bệnh, tiếp đó triệu chứng nôn/ buồn nôn chiếm tỉ lệ 38,5% và triệu chứng ợ hơi/ợ chua là 35,9% chỉ có 1/156 (chiếm 0,6%) trẻ có biểu hiện đầy bụng/ khó tiêu. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với ghi nhận của Tăng Lê Ngọc Châu nghiên cứu trên 126 trẻ viêm dạ dày do *H.pylori* thì 97,5% trẻ có biểu hiện đau bụng, 48,4% có biểu hiện nôn/ buồn nôn; Ợ hơi/ợ chua gặp ở 60/126 trẻ và triệu chứng đầy bụng khó tiêu có tỉ lệ thấp nhất là 24,6%. Tuy nhiên theo tác giả Nguyễn Thị Út nhận thấy trên 588 trẻ tại BV Nhi TƯ năm 2016 thì triệu chứng đầy bụng/khó tiêu chiếm tỉ lệ khá cao so với triệu chứng ợ hơi/ợ chua là 42,5% và 18,1%; triệu chứng đau bụng là thường gặp nhất 96,9% tương tự với ghi nhận của chúng tôi và các tác giả khác. Như vậy triệu chứng đau bụng kèm theo những biểu hiện nôn và buồn nôn gặp nhiều ở những BN nhiễm *H.pylori*.

Viêm dạng nốt (lần sần dạng hạt) là tổn thương hay gặp nhất ở BN viêm loét dạ dày tá tràng do *H.pylori* ở trẻ em chiếm tỉ lệ 94,9%, tiếp đó là tổn thương xung huyết là 13,5%, tổn thương loét là 11,5%, tổn thương viêm trợt là 6,4% và tổn thương xuất huyết là 0,6%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với sự ghi nhận của Tăng Lê Ngọc Châu trên 126 trẻ tại BV Nhi Đồng 2 với tổn thương dạng nốt (lần sần dạng hạt) 95,3%, viêm xung huyết là 39,7% và viêm

xuất huyết hay viêm loét chỉ chiếm tỉ lệ tương tự nhau là 2,4%. Trong nghiên cứu của Neijevitch AA và cộng sự năm 2004 cũng ghi nhận tổn thương dạng nốt thường gặp nhất là 79,9% [5].

Tổn thương viêm dạng nốt (lần sần dạng hạt) trên nội soi là những nốt tăng sinh lympho có đường kính 1-4 mm, bề mặt trơn láng và có cùng màu với vùng niêm mạc xung quanh. Trẻ viêm dạ dày do *H.pylori* tổn thương viêm dạng nốt ở hang vị thường gặp hơn người lớn. Hình ảnh này thường xuất hiện sớm sau khi nhiễm *H.pylori*, tương ứng với hình ảnh tổn thương nang dạng lympho trên mô bệnh học. Hình ảnh dạng nốt (lần sần dạng hạt) không những là hình ảnh đặc thù mà còn là dấu hiệu cảnh báo VDD do *H.pylori* với mức độ tổn thương niêm mạc dạ dày nặng. Tổn thương viêm dạng nốt có thể tồn tại nhiều tháng hay nhiều năm sau điều trị diệt trừ *H.pylori*.

Viêm do *H.pylori* diễn ra ưu thế ở toàn bộ dạ dày (98,7%), tiếp theo là hang vị 1,3%, loét dạ dày – tá tràng chiếm 11,5% và không có trường hợp nào viêm thân vị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngoan tổn thương toàn bộ dạ dày chiếm 72,1% và tổn thương viêm hang vị đơn thuần chiếm 26,2%[4]. Theo nghiên cứu Tăng Lê Ngọc Châu tại BV Nhi Đồng 2 ghi nhận tổn thương tại vùng hang vị là chủ yếu chiếm 96,5%. Theo Nguyễn Gia Khánh và cộng sự, 38,5% có tổn thương hang vị đơn độc và 56,5% có tổn thương cả hang vị và thân vị (viêm toàn bộ niêm mạc dạ dày) [6].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở trẻ em:

BN trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng có tỉ lệ nhiễm *H.pylori* cao (19/24 BN có loét dạ dày tá tràng, chiếm khoảng 79,16%).

2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của viêm loét dạ dày do *H.pylori* ở trẻ em

Những BN viêm loét dạ dày tá tràng có triệu chứng nôn, nôn máu hay ỉa phân đen có mối liên quan với tỉ lệ nhiễm *H.pylori* với $p < 0,05$. Tổn thương trên nội soi thường gặp nhất là viêm dạng nốt: 79,1% và 99,36% có tổn thương ở toàn bộ dạ dày. Tổn thương gặp trên giải phẫu bệnh ở hầu hết toàn bộ niêm mạc dạ dày với mức độ viêm mạn tính vừa tương ứng mức độ nhiễm *H.pylori* (+).

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Những trẻ em hay đau bụng tái diễn, thiếu máu mà không tìm thấy nguyên nhân nên được nội soi dạ dày tá tràng

- Ở những BN có viêm loét dạ dày tá tràng trên nội soi nên được sinh thiết dạ dày và tá tràng để làm giải phẫu bệnh xác định mức độ nhiễm *H.pylori*, mức độ hoạt động và mức độ viêm để định hướng điều trị.

- Đề nghị làm thêm xét nghiệm nuôi cấy *H.pylori*, cũng như kháng sinh đồ để góp phần điều trị những BN viêm loét dạ dày tá tràng đạt được hiệu quả tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kandulski A, Selgrad M, Malfertheiner P.** (2008) "Helicobacter pylori infection: a clinical overview". *Dig Liver Dis*, 40(8), 619–626.

2. **Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA.** (2012) "Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht/Florence Consensus Report". *Gut*, 61(5):646-664.

3. **Ghotaslou R, Leylabadlo HE** (2015). "Prevalence of antibiotic resistance in Helicobacter pylori: A recent literature review". *World J Methodol*, 5(3):164-174

4. **Nguyễn Văn Ngoan** (2004), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm dạ dày mạn tính có nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Nijevitch A.A., Loguinovskaya V.V., Tyrtysnaya L.V. et al.** (2004), "Helicobacter pylori infection and reflux esophagitis in children with chronic asthma", *J Clin Gastroenterol*. 38(1), pp. 14-18.

6. **Nguyễn Gia Khánh, Nguyễn Văn Bằng.** (2009) "Nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em lâm sàng và điều trị. Nhà xuất bản Y học.s

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2022

Vũ Thị Tân Mùi¹*, Trần Thị Ánh Hồng, Nguyễn Thị Linh

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 1/2017 –9/2022, (2) Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu kết hợp tiền cứu trên Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) vào điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 01/01/2017 đến 30/9/2022. **Kết quả:** Sau điều trị hầu hết đạt kết quả tốt chiếm 86,1%. Số ngày điều trị nội trú trung bình là $13,4 \pm 4,0$ ngày, trong đó thể đơn thuần có thời gian nội trú là $11,92 \pm 2,9$ ngày ngắn hơn thể kết hợp $20,0 \pm 2,6$ ngày. Tuy nhiên, vẫn luôn có một tỷ lệ tái phát nhất định qua theo dõi bệnh nhi mắc HCTHTP sau 3 tháng tỷ lệ tái phát là 16,2%; hầu hết là thể kết hợp. **Kết luận:** Hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em hoàn toàn có thể điều trị tốt tại Bệnh viện Sản - Nhi Tỉnh Ninh Bình. Tuy nhiên bệnh nhi cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, tuân thủ phác đồ điều trị theo quy định. **Kết luận:** Hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em chủ yếu là thể đơn thuần chiếm 81,4%, thể kết hợp chỉ chiếm 18,6%. Tỷ lệ bệnh nhi nam là chủ yếu chiếm 67,4%, hầu hết ở khu vực nông thôn chiếm 90,7%. Lứa tuổi mắc nhiều nhất là 5 đến 10 tuổi chiếm 55,8%. Triệu chứng lâm sàng nổi bật là phù (100%) và thiếu niệu (100%); cao huyết áp (9,3%). Cận lâm sàng nổi bật là protein niệu rất cao và albumin máu ($21,7 \pm 0,5$ g/l) giảm nặng, Một số ít trường hợp bệnh nhi mắc HCTHTP có hồng cầu niệu dương tính 9,3%

Từ khóa: hội chứng thận hư tiên phát trẻ em, triệu chứng, điều trị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư tiên phát là bệnh cầu thận mãn tính hay gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 90% bệnh nhân mắc HCTH [1]. Tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, số bệnh nhân bị HCTH chiếm gần 4% tổng số bệnh nhân nhập viện và chiếm trên 40% tổng số bệnh nhân điều trị tại khoa Thận-Tiết niệu. Theo một số nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ mắc HCTH ở trẻ em tại các bệnh viện trẻ em và bệnh viện đa khoa chiếm khoảng 0,5 - 1% tổng số bệnh nhân và chiếm từ 10 - 30% trong tổng số trẻ em bị bệnh thận.

Trước khi có corticosteroid, phần lớn bệnh nhân bị HCTH sẽ chết trong 5 năm đầu do các biến chứng nhiễm khuẩn, suy thận, tắc mạch [2]. Từ năm 1955, corticosteroid được bắt đầu sử dụng ngày càng rộng rãi, tiếp theo là các thuốc ức chế miễn dịch như cyclosporin, cyclophosphamide, chlorambucin... diễn biến của bệnh đã thay đổi rất nhiều và tiên lượng tốt hơn với tỷ lệ chữa khỏi tới 90% và tỷ lệ tử vong trẻ bị HCTH còn 3%. Tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp đáp ứng kém với điều trị và kháng lại corticosteroid.

Theo Patrick Niaudet có khoảng 10% trẻ mắc HCTHTP kháng corticosteroid [3]. Tuy nhiên, trong điều trị HCTHTP gặp rất nhiều tác dụng phụ của thuốc điều trị. Theo Trần Đình Long tỷ lệ tác dụng phụ của corticosteroid ở trẻ mắc HCTH là 24%. Do vậy, việc điều trị HCTH vẫn là một thách thức với các bác sĩ Nhi khoa

Tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình luôn có một tỷ lệ nhất định trẻ em mắc HCTH đến khám và điều trị với các biểu hiện lâm sàng khác nhau. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này, mong muốn làm rõ thêm các biểu hiện ở trẻ em mắc Hội chứng thận hư tiên phát và khẳng định kết quả điều trị bệnh này tại Bệnh viện Sản-Nhi Ninh Bình.

¹Bệnh viện sản nhi Ninh Bình

Tác giả liên hệ: Vũ Thị Tân Mùi

Email: Vuthitanmui1991@gmail.com

Với đề tài: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2022”. Đề tài được tiến hành với hai mục tiêu sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 1/2017 –9/ 2022.(2)Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 1/1/2017 đến tháng 30/9/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Hội chứng thận hư tiên phát vào điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 01/01/2017 đến 30/9/2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là HCTHTP theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em” của Bộ y tế ban hành kèm theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/08/2015 trang 424 về HCTHTP ở trẻ em [2] [4].

- Tiêu chuẩn loại trừ: HCTHTP khởi bệnh ở trẻ nhỏ < 3 tháng,HCTH thứ phát, bệnh nhi và gia đình không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

* Nhóm các chỉ số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, Giới, địa dư

* Nhóm các chỉ số về đặc điểm lâm sàng: Phân bố thể lâm sàng của hội chứng thận hư tiên phát, Mức độ phù của bệnh nhi theo thể lâm sàng,đánh giá nước tiểu khi vào viện theo thể lâm sàng, đặc điểm huyết áp theo thể lâm sàng.

* Nhóm các chỉ số cận lâm sàng: Kết quả xét nghiệm nước tiểu: Protein niệu 24 giờ, protein/creatinin niệu, hồng cầu,bạch cầu niệu, trụ niệu và kết quả xét nghiệm sinh hóa máu

* Nhóm các chỉ số về đánh giá kết quả điều trị HCTHTP:

- Số ngày điều trị tại bệnh viện theo thể lâm sàng
- Sự thay đổi số lượng nước tiểu, thay đổi cân nặng sau điều trị.
- Thay đổi cân nặng sau điều trị theo thể lâm sàng
- Thời gian hết phù, tình trạng phù sau điều trị.
- Sự thay đổi protein niệu 24 giờ ,sau điều trị
- Sự thay đổi albumin máu sau điều trị theo thể lâm sàng
- Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhi theo thể lâm sàng
- Tình trạng tái phát sau 3 tháng theo thể lâm sàng

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Mẫu bệnh án được thiết kế để thu thập tất cả các chỉ số nghiên cứu cần thiết cho nghiên cứu

- Số liệu được xử lý bằng các test thống kê y học như tính tỷ lệ %, X trung bình, khi bình phương trên phần mềm SPSS 16.0.

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân được giải thích trước, tự nguyện tham gia nghiên cứu theo tiến trình của đề tài.Thông tin, số liệu thu thập được của bệnh nhi chỉ nhằm vào mục đích nghiên cứu, được bảo mật và không dùng vào mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (67,4%); chủ yếu bệnh nhân sinh sống tại khu vực nông thôn (90,70%); độ tuổi từ 2 đến 15 tuổi, nhóm tuổi từ 5 đến 10 tuổi chiếm đa số (55,8%) tiếp đến là dưới 5 tuổi (32,5%) và thấp nhất là trên 10 tuổi chiếm 11,7%. Ở cả 2 giai đoạn có tổng 306 trẻ có kết quả sàng lọc nguy cơ cao chiếm 2,5% tổng số trẻ sử dụng dịch vụ.

Tỷ lệ bệnh nhân HCTH tiên phát ở thể đơn thuần chiếm đa số 81,4%. Trong số 306 trẻ có kết quả sàng lọc nguy cơ cao, có 175 trẻ đến khám lại và thực hiện xét nghiệm chẩn đoán, chiếm 57,2%.

Bảng 1. Mức độ phù của bệnh nhi theo thể lâm sàng

Mức độ phù	Thể đơn thuần	Thể kết hợp	Chung
	(n, %)	(n, %)	(n, %)
Phù nhẹ	4 (11,4%)	0 (0,0%)	4(9,3%)
Phù vừa	24 (68,6%)	3 (37,5%)	27 (62,8%)
Phù nặng	7 (20,0%)	5 (62,5%)	13 (27,9%)
Tổng số	35	8	43

Bảng 3.1 cho thấy 100,0% bệnh nhân phù, trong đó phù mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (62,8%); tiếp theo là phù nặng chiếm 27,9% và thấp nhất là phù nhẹ chiếm 9,3%. Trong đó, ở thể đơn thuần chủ yếu phù ở mức độ vừa (68,6%) còn ở thể kết hợp chủ yếu ở mức độ nặng (62,5%)

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu vô niệu chiếm 100% bệnh nhân hội chứng thận hư khi mới phát hiện bệnh. Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 11,6%; trong đó ở thể kết hợp là 62,5%, ở thể đơn thuần không có trường hợp nào.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm nước tiểu lúc vào viện

Đặc điểm	Thể kết hợp (SL, %)	Thể đơn thuần (SL, %)	Chung (SL, %)
Hồng cầu niệu (+)	4 (50%)	0 (0,0%)	4 (9,3%)
Bạch cầu niệu (+)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Trụ niệu (+)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Protein niệu (mg/kg/24h)	185,0±112,9	148,6,4±54,7	158,3±70,0
Protein/creatinin niệu(mg/mmol)	1265,0±302,2	869,0±156,2	945±208,0

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân được điều trị trước năm 2018, sử dụng chỉ số protein niệu 24h. Trong đó có 3 bệnh nhân thể kết hợp và 12 bệnh nhân thể đơn thuần, cho ra kết quả protein niệu trung bình là 158,3 mg/kg/24h. Có 28 bệnh nhân điều trị từ 2018 đến nay sử dụng chỉ số pro/crea niệu trong đó có 5 bệnh nhân thể kết hợp và 23 bệnh nhân thể đơn thuần cho ra kết quả pro/crea niệu trung bình 945mg/mmol. Tỷ lệ xét nghiệm hồng cầu niệu dương tính là 9,3%; không có trường hợp nào có bạch cầu niệu và trụ niệu dương tính.

Bảng 3.3 Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch	Giới hạn bình thường
Ure (mmol/l)	4,19	1,78	2,5 - 7,5
Creatinine (mmol/l)	46,58	12,49	Nam: 62 - 120 Nữ: 53 - 100
Protein (g/l)	46,5	0,62	65- 82
Albumin (g/l)	21,7	0,46	35 - 50
Cholesterol (mmol/l)	12,5	2,9	3,9- 5,2

Nhận xét: Nồng độ ure trung bình là 4,19 mmol/l; creatinin là 46,58 mmol/l (thấp); protein trung bình là 46,5 g/l (thấp); albumin trung bình là 21,7 g/l (thấp) và cholesterol là 12,5 mmol/l (cao).

3.2 Đánh giá kết quả điều trị HCTHTP

Bảng 3.4. Số ngày điều trị tại bệnh viện theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Thời gian điều trị (ngày)	p
Đơn thuần	11,92±2,9	<0,05
Kết hợp	20,0±2,6	
Chung	13,43±4,0	

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy, thời gian điều trị trung bình ở thể lâm sàng kết hợp là 20 ngày nhiều hơn so với thể đơn thuần (11,92 ngày) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số lượng nước tiểu lúc ra viện là 2,57 ml/kg/24h, tăng so với lúc vào viện (0,83ml/kg/24h) và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân hết phù sau điều trị là 100,0%

Bảng 3.5. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhi theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	KQ điều trị		
	Chưa tốt	Tốt	Tổng
Thể đơn thuần (n, %)	3 (8,5%)	32 (91,5%)	35 (100,0%)
Thể kết hợp (n, %)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100,0%)
Chung (n, %)	6 (13,9%)	39 (86,1%)	43 (100,0%)

Nhận xét: Sau thời gian điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là 86,1%; còn lại 13,9% chưa tốt. Trong đó ở thể đơn thuần có tỷ lệ tốt là 91,5% cao hơn so với thể kết hợp (62,5%).

Bảng 3.6. Tình trạng tái phát sau 3 tháng theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Tái phát		p
	Có (SL, %)	Không (SL, %)	
Thể đơn thuần	3 (8,5%)	32 (91,5%)	<0,001
Thể kết hợp	4 (50,0%)	4 (50,0%)	
Chung	7 (16,2%)	36 (83,8%)	

Nhận xét: Sau khi ra viện 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân tái phát là 16,2%; trong đó tỷ lệ tái phát ở thể lâm sàng kết hợp là 50,0% cao hơn so với thể lâm sàng đơn thuần (8,5%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em chủ yếu là thể đơn thuần chiếm 81,4%, thể kết hợp chỉ chiếm 18,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác, chủ yếu là thể lâm sàng đơn thuần: Lê Thị Hồng Diệp (83,34%) [5]; Lê Nam Trà (70,0%) [6]

Triệu chứng lâm sàng nổi bật là phù (100%) và thiếu niệu (100%), trong đó phù nặng 27,9%; tràn dịch màng bụng chiếm 34,8%. Biểu chứng cushing do dùng prednisolon tấn công chiếm 26,4% ở nhóm bệnh nhân điều trị tấn công 4 tuần và chiếm 100% ở nhóm điều trị tấn công prednisolo 6 tuần. Phù là dấu hiệu thường gặp nhất trong HCTH; theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Yến và Nguyễn Thị Quỳnh Hương năm 2012 về đặc điểm phù ở bệnh nhân bị HCTH tiên phát kháng thuốc corticosteroid cho thấy tỷ lệ phù lúc vào viện chiếm 95,3%, trong đó phù vừa và nặng chiếm 64,1%, phù nhẹ chiếm 31,2%, còn nhóm HCTH tiên phát nhạy cảm corticosteroid thì 100,0% bệnh nhân lúc vào viện có phù [7]

Cận lâm sàng nổi bật là protein niệu rất cao, protein máu ($46,5 \pm 0,63$ g/l) và albumin máu ($21,7 \pm 0,46$ g/l) giảm nặng. Giảm protein và albumin máu có thể chủ yếu là do mất protein qua nước tiểu. Ngoài ra, nhiều công trình nghiên cứu thấy có sự tăng giáng hóa albumin ở ống thận. Do giảm protein máu nên khả năng tổng hợp protein nhất là albumin ở gan tăng lên tuy nhiên sự tăng tổng hợp này không bù đắp được lượng protein mất qua nước tiểu. Theo một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, sự giảm protein máu và albumin máu có mối liên quan tới lượng protein niệu. Lượng protein niệu càng cao thì protein và albumin máu càng giảm. Cholesterol máu tăng cao ($12,5 \pm 2,9$ mmol/l), rối loạn này thường gặp hơn khi albumin máu giảm dưới 20 g/l. Qua nghiên cứu của tác giả Hồ Viết Hiếu, Nguyễn Hữu Châu Đức năm 2006 trên 49 bệnh nhi HCTH tiên phát cho thấy 100,0% bệnh nhi có rối loạn lipid máu và chủ yếu là tăng cholesterol máu, LDL-Cholesterol trong đó chủ yếu thuộc type IIb [8]. Các nghiên cứu cho thấy, ở trẻ em sự tăng lipid máu nhất là cholesterol không gây biến chứng ngay mà phần lớn là gây tình trạng bệnh lý tim mạch về sau. Một số ít trường hợp bệnh nhi mắc HCTH có hồng cầu niệu dương tính 9,3%; thiếu máu là 23,9%; tỷ lệ bạch cầu tăng 13,9%.

Kết quả điều trị bệnh nhi mắc Hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình qua nghiên cứu cho thấy đạt kết quả tốt. Được thể hiện qua các kết quả sau:

Tỷ lệ bệnh nhi mắc HCTH sau điều trị hầu hết đạt kết quả tốt chiếm 86,1%. Số ngày điều trị nội trú trung bình là $13,4 \pm 4,0$ ngày, trong đó thể đơn thuần có thời gian nội trú là $11,9 \pm 2,9$ ngày ngắn hơn thể kết hợp $20,0 \pm 2,6$ ngày.

Tuy nhiên, vẫn luôn có một tỷ lệ tái phát nhất định qua theo dõi bệnh nhi mắc HCTH sau 3 tháng tỷ lệ tái phát là 16,2%; hầu hết là thể kết hợp.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Tỷ lệ bệnh nhi nam là chủ yếu chiếm 67,4%, hầu hết ở khu vực nông thôn chiếm 90,7%. Tuổi mắc nhiều nhất là 5 đến 10 tuổi chiếm 55,8%. Triệu chứng lâm sàng nổi bật là phù (100%) và thiếu niệu (100%); cao huyết áp (9,3%). Cận lâm sàng nổi bật là protein niệu rất cao và albumin máu ($21,7 \pm 0,5$ g/l) giảm nặng, Một số ít trường hợp bệnh nhi mắc HCTH có hồng cầu niệu dương tính 9,3%.

2. Kết quả điều trị

Tỷ lệ bệnh nhi mắc HCTH sau điều trị hầu hết đạt kết quả tốt chiếm 86,1%. Số ngày điều trị nội trú trung bình là $13,4 \pm 4,0$ ngày, trong đó thể đơn thuần có thời gian nội trú là $11,9 \pm 2,9$ ngày ngắn hơn thể kết hợp $20,0 \pm 2,6$ ngày.

Tuy nhiên, vẫn luôn có một tỷ lệ tái phát nhất định qua theo dõi bệnh nhi mắc HCTH sau 3 tháng tỷ lệ tái phát là 16,2%; hầu hết là thể kết hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Đồng I** (2013), *Phác đồ điều trị Nhi khoa 2013*, NXB Y học Chi nhánh TP Hồ Chí Minh, tr. 656.
2. **Bộ Y tế** (2015), Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, *Journal*, Hà Nội.
3. **Phạm Văn Đэм, Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Thị Quỳnh Hương và cộng sự** (2016), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng thận hư kháng thuốc steroid tại khoa thận - lọc máu, Bệnh viện nhi Trung Ương, *Tạp chí khoa học ĐHQGHN*, Tập 32 (Số 1), tr. 41-46.
4. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu, Kèm theo quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, *Journal*, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. **Lê Thị Hồng Điệp** (2002), *Đặc điểm lâm sàng và đáp ứng với Corticoid trong giai đoạn điều trị đầu tiên của hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em dưới 2 tuổi*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Lê Nam Trà** (2009), Hội chứng thận hư, *Bài giảng nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tập II, tr. 157-167.
7. **Nguyễn Thị Yến, Nguyễn Thị Quỳnh Hương** (2012), Đặc điểm phù ở bệnh nhân bị hội chứng thận hư tiên phát kháng thuốc corticosteroid, *Tạp chí nghiên cứu y học*, Tập 80 (Số 3), tr. 46-52.
9. **Hồ Việt Hiếu, Nguyễn Hữu Châu Đức** (2006), Nghiên cứu về rối loạn Lipid máu trong Hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 10 (Số 2), tr. 8-15.s

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CHỮA VÒI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH NINH BÌNH TỪ THÁNG 6/2021- THÁNG 5/2023

Trịnh Công Doanh^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa vòi tử cung điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình từ 01/06/2021 đến 30/05/2023. Nhận xét kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả trên những bệnh nhân chẩn đoán là chữa tại vòi tử cung, đã được điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Ninh Bình, có hồ sơ lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp thời gian từ ngày 01/06/2021 đến 30/05/2023. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân CNTC là đau bụng chiếm 88,1%, sau đó đến ra máu âm đạo (82,2%). Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là phần phụ có khối hoặc đám phù nề chiếm 92,1%. Nồng độ β hCG lần 1 trung bình là $4997,6 \pm 7093,9$ mUI/ml, nhỏ nhất là 43,4 mUI/ml và lớn nhất là 48454,0 mUI/ml. Kết quả siêu âm thường gặp nhất có dịch ở Douglas chiếm 73,6%, hình ảnh siêu âm không điển hình chiếm 52,4%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại khoa thành công là 100%. Tỷ lệ mổ nội soi là 95,1% và mổ mở là 4,0%. Chuyển mổ mở sau khi nội soi là 0,9%. Vị trí khối CNTC thường gặp là đoạn bóng của vòi tử cung chiếm 70,9. Hầu hết bệnh nhân khi phẫu thuật đã có tình trạng vỡ khối CNTC (60,6%). **Kết luận:** Điều trị chữa vòi tử cung bằng phương pháp ngoại khoa tại bệnh viện Sản- Nhi tỉnh Ninh Bình vẫn là một phương pháp điều trị mang lại kết quả tốt, cần được duy trì, cần chẩn đoán và điều trị sớm giảm nguy cơ mất máu cho người bệnh

Từ khóa: chữa vòi tử cung, chữa ngoài tử cung

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp noãn được thụ tinh và làm tổ ở ngoài buồng tử cung, CNTC có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau trong đó có tới 95 - 98% vị trí khối thai nằm ở vòi tử cung, là một bệnh lý thường gặp trong cấp cứu phụ khoa vì nếu không được chẩn đoán, xử trí kịp thời, khối thai vỡ gây chảy máu trong ổ bụng đe dọa tính mạng bệnh nhân và thậm chí tử vong[1].

Tần suất CNTC ngày càng gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới[2]. Theo nghiên cứu của Stulberg tại Hoa Kỳ, tỉ lệ chữa ngoài tử cung giai đoạn 1991-1992 là 1,97%, tăng lên 2,07%-2,43% trong giai đoạn 2000- 2003[1]. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (2016) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỉ lệ chữa ngoài tử cung ngày càng tăng, từ năm 2003 đến 2013 là 6,67%, năm 2015 là 6,9% trường hợp chữa ngoài tử cung trên tổng số bệnh nhân đến điều trị[3].

Ngày nay sự phát triển của hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản, cùng nhiều phương tiện hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị sớm CNTC như siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β -hCG, phẫu thuật nội soi ổ bụng thăm dò... đã giúp tăng tỷ lệ chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Cùng với sự phát triển của các cơ sở y tế trong cả nước thì trong những năm gần đây, bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Ninh Bình cũng đã ứng dụng nhiều kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị CNTC.

Tuy nhiên tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình các nghiên cứu về chữa ngoài tử cung còn hạn chế, đặc biệt chưa có nghiên cứu cụ thể nào liên quan đến điều trị ngoại khoa chữa tại vòi tử cung. Vì vậy, với mong muốn nâng cao chất lượng sức khỏe sinh sản (SKSS) cho người phụ nữ và chất lượng khám, chẩn đoán điều trị cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Kết quả điều trị ngoại khoa chữa vòi tử cung tại Bệnh Viện Sản - Nhi tỉnh Ninh Bình” với hai mục tiêu:

¹ Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình

Tác giả liên hệ: Trịnh Công Doanh

Email: trinhcongdoanh@snnb@gmail.com, SĐT:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa vôi tử cung điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình từ 01/06/2021 đến 30/05/2023

2. Nhận xét kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại BVSNNB từ 01/06/2021 đến 30/05/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân chẩn đoán là chữa tại vôi tử cung, đã được điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Ninh Bình, có hồ sơ lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp thời gian từ ngày 01/06/2021 đến 30/05/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là chữa vôi tử cung điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình. Kết quả giải phẫu bệnh lý là chữa tại vôi tử cung. Các thông tin và các yếu tố nghiên cứu được ghi đầy đủ trong hồ sơ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung nhưng không phải tại vôi tử cung. Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Tất cả bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được tham gia vào nghiên cứu.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, Nghề nghiệp, Tình trạng hôn nhân, Số con hiện sống, Tiền sử sản khoa, Tiền sử phụ khoa, Tiền sử phẫu thuật tiểu khung, Tiền sử đặt DCTC, Nơi sống

- Biến số về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong CNTC tại VTC: , Đau bụng, Rối loạn kinh nguyệt, Ra máu âm đạo, Triệu chứng toàn thân, Phản ứng thành bụng, Phần phụ có khối nề, Khám cùng đồ, Chọc dò túi cùng Douglas, Test hCG, nồng độ β hCG, Công thức máu, Siêu âm, Kết quả giả phẫu bệnh lý sau mổ

- Biến số về kết quả điều trị ngoại khoa CNTC tại VTC: , Vị trí khối chữa vôi tử cung, Hình thái khối chữa, Phương pháp điều trị, Xử trí khối chữa, Số lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật, Số lượng máu truyền, Thời gian vào viện đến khi mổ: , Thời gian nằm viện sau mổ, Biến chứng hậu phẫu, Tỷ lệ thành công và thất bại của phương pháp

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập số liệu của bệnh nhân có trong bệnh án và ghi chép lại vào phiếu thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ thu thập những thông tin tại bệnh án lưu trữ vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân.

Các thông tin chung cá nhân, tiền sử sản phụ khoa, các yếu tố liên quan CNTC của các đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật. Chỉ sử dụng trong nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của cộng đồng, không sử dụng với bất kỳ mục đích nào khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận hầu hết bệnh nhân nằm trong lứa tuổi 30-39 tuổi chiếm 57,0%. Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu là lao động tự do (buôn bán, nội trợ) chiếm 46,0%. Tỷ lệ bệnh nhân đã có chồng chiếm 96,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có nạo hút thai từ trước chiếm 21,4%. Tỷ lệ đã từng sảy thai, đã điều trị viêm phần phụ chiếm tỉ lệ lần lượt là 11,5% và 3,3%. Đặc biệt có 11,5% bệnh nhân đã từng phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung. Hầu hết bệnh nhân đã từng sinh con từ 1 – 2 lần. Có 1 bệnh nhân sinh 5 lần. Tỷ lệ đã từng sảy thai/đẻ non 1 lần chiếm tỉ lệ 25,3% và 2 lần 7,0%. Bệnh nhân sống tại thành thị chiếm 75,1%. Tỷ lệ bệnh nhân sống tại nông thôn chiếm 24,9%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Đau bụng		400	88,1
Rối loạn kinh nguyệt	Không	28	6,2
	Chậm kinh	351	77,3
	Kinh ra sớm	4	0,9
	Bình thường	3	0,7
	Không đều, không rõ	68	15,0
Ra máu âm đạo		373	82,2

Nhận xét:

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân CNTC là 88,1%, sau đó đến ra máu âm đạo (82,2%). Tỷ lệ rối loạn kinh nguyệt thường gặp là chậm kinh chiếm 77,3%. Ngoài ra, có 15% bệnh nhân không rõ triệu chứng rối loạn kinh nguyệt hoặc tiền sử đã có kinh nguyệt không đều.

Bảng 2. Phân bố theo triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có phản ứng thành bụng	71	15,6
Phần phụ có khối hoặc đám nề	418	92,1
Cùng đồ đau	356	78,4

Nhận xét:

Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là phần phụ có khối hoặc đám phù nề chiếm 92,1%. Khám cùng đồ đau chiếm 78,4% và có phản ứng thành bụng chiếm 15,6%.

Bảng 3. Thăm dò cận lâm sàng chẩn đoán có thai

Cận lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
Que thử thai nhanh (hCG nước tiểu)	Dương tính	436	96,0
	Nghi ngờ	0	0
	Âm tính	0	0
	Không thực hiện	18	4,0
Nồng độ β hCG lần 1 trung bình (n = 454, mUI/ml)	Nhỏ nhất	43,4	
	Lớn nhất	48454,0	
	Trung bình	4997,6	
	Độ lệch chuẩn	7093,9	

Nhận xét:

Có 96,0% bệnh nhân phát hiện có thai khi sử dụng que thử nhanh. Nồng độ β hCG lần 1 trung bình là $4997,6 \pm 7093,9$ mUI/ml, nhỏ nhất là 43,4 mUI/ml và lớn nhất là 48454,0 mUI/ml.

Bảng 4. Kết quả siêu âm các trường hợp chữa ngoài tử cung

		Hình ảnh siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ %
Kết quả trước mổ	Hình ảnh siêu âm	Có túi thai trong buồng tử cung	1	0,2
		Hình ảnh điển hình CNTC	201	44,3
		Hình ảnh không điển hình	238	52,4
		Có dịch Douglas	334	73,6
	Khác	U xơ tử cung	17	3,7
		U nang buồng trứng	15	3,3
		Dụng cụ tử cung	16	3,5
	Kích thước khối âm vang	< 35 mm	259	57,0
		35 - 60 mm	158	34,8
		> 60 mm	37	8,1
Kích thước khối chứa khi phẫu thuật	< 3 cm	270	59,5	
	3 – 5 cm	173	38,1	
	> 5 cm	11	2,4	

Nhận xét:

Kết quả siêu âm thường gặp nhất có dịch ở Douglas chiếm 73,6%, hình ảnh siêu âm không điển hình chiếm 52,4%. Tỷ lệ hình ảnh CNTC điển hình là 44,3%. Kích thước khối âm vang phát hiện chủ yếu < 35 mm.

Khi phẫu thuật, kích thước khối chứa thực tế < 3 cm chiếm 59,5%, tỷ lệ khối 3 – 5 cm chiếm 38,1% và khối có kích thước > 5cm chiếm 2,4%.

3.3 Kết quả điều trị ngoại khoa chữa vôi tử cung

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại khoa chữa vôi tử cung thành công là 100%.

Bảng 5. Phương pháp điều trị ngoại khoa chữa vôi tử cung

		Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
Phương pháp mổ	Mổ mở		18	4,0
	Nội soi		432	95,1
	Nội soi chuyển mổ mở		4	0,9
Xử trí khối chứa	Bảo tồn VTC		25	5,5
	Cắt VTC		420	92,5
	Cắt góc tử cung		9	2,0

Nhận xét:

Tỷ lệ mổ nội soi điều trị CNTC là 95,1% và mổ mở và chuyển mổ mở sau khi nội soi lần lượt là 4,0% và 0,9%.

Bảng 6. Liên quan vị trí khối chữa và phương pháp phẫu thuật

Vị trí khối chữa		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ %
Vòi tử cung	Loa	14	3,1
	Bóng	322	70,9
	Eo	76	16,7
	Kê	42	9,3
Tổng		454	100,0

Nhận xét:

Vị trí khối CNTC thường gặp là đoạn bóng của vòi tử cung chiếm 70,9%. Tỷ lệ CNTC tại đoạn eo là 16,7%, đoạn kê là 9,3% và đoạn loa vòi tử cung là 3,1%.

Bảng 7. Tình trạng khối chữa khi phẫu thuật

Tình trạng khối chữa	Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa vỡ	92	20,3
Đã vỡ	275	60,6
Có rỉ máu trong ổ bụng	78	17,2
Sảy qua loa	3	0,7
Huyết tụ thành nang	6	1,3
Tổng	454	100,0

Nhận xét:

Hầu hết bệnh nhân khi phẫu thuật đã có tình trạng vỡ khối CNTC (60,6%). Tỷ lệ khối CNTC chưa vỡ là 20,3%. Tỷ lệ rỉ máu trong ổ bụng là 17,2%, sảy qua loa chiếm 0,7% và có huyết tụ thành nang chiếm 1,5%.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân CNTC là đau bụng 88,1% cao hơn nhiều nghiên cứu của Hồ Văn Việt là 81,2% [4] và Đinh Huệ Quyên là 73,1% [5] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Thị Oanh là 98,6% [6]. Điều này cũng có thể do tính chất đau bụng trong bệnh lý CNTC gặp rất đa dạng, đôi khi chỉ là đau mơ hồ, có thể đau một bên hố chậu hoặc cả 2 bên và cũng có thể có thể gặp trường hợp đau rất dữ dội đột ngột. Cảm giác đau, ngưỡng đau khác nhau từng bệnh nhân vì vậy có sự khác nhau giữa các nhóm nghiên cứu.

Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là phần phụ có khối hoặc đám phù nề chiếm 92,1% tỷ lệ này cao hơn với nghiên cứu của Đinh Thu Hương 78,6% [2], cũng như cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2017) 83,98% [7] và nghiên cứu của Đinh Huệ Quyên là 74,5% [5]. Dấu hiệu sờ thấy khối nề phần phụ là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao nhất trong các triệu chứng thực thể tuy nhiên tỷ lệ này có thể khác nhau ở các tác giả. Điều này có thể giải thích do kích thước, vị trí khối chữa, lượng máu trong ổ bụng, thể trạng gầy hay béo của bệnh nhân, hay kinh nghiệm từng thầy thuốc mà kết quả ở các nghiên cứu có khác nhau. Đặc biệt kinh nghiệm thăm khám của các bác sỹ lâm sàng có thể khác nhau, nhất là khi đã có sự trợ giúp của siêu âm trước đó.

Có 96,0% bệnh nhân phát hiện có thai khi sử dụng que thử nhanh. Nồng độ β hCG lần 1 trung bình là $4997,6 \pm 7093,9$ mUI/ml, nhỏ nhất là 43,4 mUI/ml và lớn nhất là 48454,0 mUI/ml. Mặc dù β hCG rất có giá trị trong việc chẩn đoán nhưng định lượng β hCG riêng biệt không thể khẳng định chính xác CNTC hay chửa trong tử cung, do vậy siêu âm và đặc biệt là siêu âm đầu dò đóng vai trò trong việc chẩn đoán sớm CNTC. Hình ảnh siêu âm có giá trị chẩn đoán xác định khi thấy túi thai có tim thai ngoài BTC, đối với các trường hợp β hCG >1000 mUI/mL mà siêu âm đầu dò không thấy túi thai trong buồng tử cung nên nghĩ đến CNTC7. Kết quả siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là có dịch ở Douglas chiếm 73,6%, hình ảnh siêu âm không điển hình chiếm 52,4%. Tỷ lệ hình ảnh CNTC điển hình là 44,3%. Kích thước khối âm vang phát hiện chủ yếu < 35 mm.

Tỷ lệ mổ nội soi điều trị CNTC là 95,1% và mổ mở là 4% ;chuyển mổ mở sau khi nội soi là 0,9%. Có 4 trường hợp sau mổ nội soi chuyển mổ mở đó là 3 trường hợp có vết mổ cũ dính có tạng (ruột) dính vào khối chửa không bóc lộ được khối chửa và một trường hợp chửa kẽ chảy máu nhiều trông mổ nên phải chuyển phương pháp phẫu thuật sang mổ mở, kết quả sau phẫu thuật diễn biến tốt. Tỷ lệ này cao do Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh Ninh Bình, đội ngũ y bác sĩ được đào tạo phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ Sản trung ương, được thụ hưởng các gói chuyển giao kỹ thuật từ bệnh viện PSTW nên trình độ chuyên môn cũng được trao dồi, tỷ lệ mổ nội soi cao hơn. Với sự phát triển của các phương tiện cận lâm sàng, với việc chẩn đoán ngày càng sớm CNTC hy vọng trong tương lai việc phẫu thuật nội soi ở Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình ngày càng tăng lên, giảm nguy cơ mất máu và thời gian nằm viện của bệnh nhân. Tiêu chuẩn để mổ nội soi bảo tồn là VTC phải nguyên vẹn, do đó vấn đề quan trọng là phải chẩn đoán sớm ngay từ khi VTC chưa vỡ: chẩn đoán sớm chửa VTC thường là khó và rất dễ bị sai sót. Xác định được điều đó cho nên trước khi bước vào nghiên cứu, tôi đã đưa ra một quy trình chặt chẽ nhằm hạn chế tối đa những nhầm lẫn trong chẩn đoán, có như vậy mới không ảnh hưởng tới kết quả của nghiên cứu.

Vị trí khối CNTC thường gặp là đoạn bóng của vòi tử cung chiếm 70,9%. Tỷ lệ CNTC tại đoạn eo là 16,7%, đoạn kẽ là 9,3% và đoạn loa vòi tử cung là 3,1%. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chữa tại đoạn bóng VTC chiếm 70,9%, điều này có thể do là đoạn bóng của VTC dài nhất và rộng nhất nên tỷ lệ chữa đoạn này cao nhất. Tuy nhiên dù chữa ở vị trí nào thì tỷ lệ mổ nội soi cũng cao hơn mổ mở.

Trong nghiên cứu này tỷ lệ chữa kẽ là 9,3% có cao hơn một số nghiên cứu Nguyễn Thị Ngọc là 5,3%[8] và Hồ Văn Việt là 2%[4]. Như vậy là có sự gia tăng chữa tại đoạn kẽ VTC, đặc biệt 6/42 trường hợp chữa lại đoạn kẽ sau khi bệnh nhân đã cắt vòi tử cung trước đó. Điều này có thể do các phẫu thuật viên cắt khối chửa chưa sát đoạn kẽ của vòi tử cung. Nếu như trước đây chữa đoạn kẽ thì đa số mổ mở thì trong nghiên cứu tỷ lệ mổ nội soi của chúng tôi cao hơn mổ mở, có thể là do bệnh nhân ngày càng được chẩn đoán sớm hơn và phẫu thuật viên ngày càng có kinh nghiệm và được đào tạo liên tục các lớp nội soi tại các cơ sở bệnh viện trung ương.

Hầu hết bệnh nhân khi phẫu thuật đã có tình trạng vỡ khối CNTC chiếm tỷ lệ 60,6%. Bệnh nhân có khối chửa đã vỡ phải mổ mở, gần như đó là những trường hợp ngập máu ổ bụng. Điều này có thể do CNTC có đặc thù là một bệnh cấp cứu, nguy cơ khối chửa vỡ bất cứ khi nào, trong khi đó có một bộ phận không nhỏ người dân chưa nhận thức được các nguy cơ của bệnh nên chỉ đến khám khi khối chửa có các dấu hiệu đã dọa vỡ và đã vỡ, ngoài ra cũng không ít các trường hợp do điều kiện hoàn cảnh kinh tế còn thấp đặc biệt các huyện trung du miền núi còn nhiều khó khăn, ít có cơ hội tiếp cận và chăm sóc sức khỏe ban đầu tốt đa số đến viện trong tình trạng đã muộn. Một số trường hợp do sự chẩn đoán chậm trễ của tuyến y tế cơ sở nên khi chuyển viện tới chúng tôi thì đã có biểu hiện vỡ choáng. Số ít trường hợp bệnh nhân điều trị nội khoa tại khoa nhưng do sự chẩn đoán chậm trễ nên đã phải phẫu thuật trong trường hợp vỡ choáng. Do đó ngoài việc nâng cao trình độ dân trí thì việc chẩn đoán sớm CNTC là điều hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa vôi tử cung điều trị ngoại khoa tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân CNTC là đau bụng 88,1%; Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là phần phụ có khối hoặc đám phù nề chiếm 92,1%;

Có 96,0% bệnh nhân phát hiện có thai khi sử dụng que thử nhanh; Nồng độ β hCG lần 1 trung bình là $4997,6 \pm 7093,9$ mUI/ml

Kết quả siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là có dịch ở Douglas chiếm 73,6%, hình ảnh siêu âm không điển hình chiếm 52,4%. Tỷ lệ hình ảnh CNTC điển hình là 44,3%. Kích thước khối âm vang phát hiện chủ yếu < 35 mm.

2. Kết quả điều trị bệnh nhân chữa vôi tử cung

Hầu hết bệnh nhân khi phẫu thuật đã có tình trạng vỡ khối CNTC chiếm tỷ lệ 60,6%. Bệnh nhân có khối chữa đã vỡ phải mổ mở. Điều trị chữa vôi tử cung bằng phương pháp ngoại khoa tại bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Ninh Bình vẫn là một phương pháp điều trị mang lại kết quả tốt, cần được duy trì, cần chẩn đoán và điều trị sớm giảm nguy cơ mất máu cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2012 Jun;55(2): 37686.Doi10.1097/GRF.0b013e3182516d7b. PMID: 22510618.

2. Vương Tiến Hòa (2012), Chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung, Sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

3. Mai Trọng Dũng và Đoàn Thị Thu Trang (2016). Nhận xét chẩn đoán và điều trị chữa kẽ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015. *Tạp chí Phụ sản.* 14(01): p. 137-141.

4. Nguyễn Đức Hình (2006), Chữa ngoài tử cung, Bài giảng sản phụ khoa dùng cho sau đại học, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 269 – 281.

5. Bộ môn Mô học và Phôi thai học (2002), Cấu trúc mô học hệ sinh dục nữ, Bài giảng Mô học và Phôi thai học, Nhà xuất bản Y học, 531 - 594.

6. Bộ môn Sinh lý học (2001), Thụ thai, mang thai, Sinh lý học tập II, Nhà xuất bản Y học, 119 - 134.

7. Phạm Thị Hoa Hồng (1992), "Sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng", Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 35.

8. Phạm Thị Hoa Hồng (2002), Sự thụ tinh, sự làm tổ và sự phát triển của trứng, Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 10 - 12.

KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022

Phạm Quốc Vương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mô hình bệnh tật điều trị tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Ninh Bình năm 2022 tất cả hồ sơ bệnh án của người bệnh từ 15/4/2022 đến 31/10/2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang 1338 hồ sơ bệnh án, số liệu người bệnh được thu thập trên phần mềm, Phân nhóm và xếp loại bệnh tật theo 22 nhóm bệnh của ICD-10.

Kết quả: Tỷ lệ BN nội trú chiếm 85,43%, ngoại trú chiếm 10,69%, Độ tuổi 61-80 cao nhất chiếm 37,56%, 31-60 tuổi chiếm 29,86%, <6 tuổi thấp nhất chiếm 14,31%, Nhóm bệnh Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) đông nhất chiếm 45,88%, thứ hai là Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99) chiếm 43,55%; Nghề nghiệp: Hưu trí, mất sức, thương bệnh binh vào điều trị cao nhất chiếm tỷ lệ 31,49%, Lao động tự do chiếm 27,68%, trẻ em chiếm 15,16%, thấp nhất là hóm hành chính sự nghiệp 1,87%; Các nhóm bệnh có lượt điều trị nhiều nhất tại bệnh viện đó là Liệt nửa người/Liệt hai chân và liệt tứ chi/ Di chứng bệnh MMN (G81, G82, I69) chiếm 38,34%, sau đó đến nhóm Đau lưng (M54) chiếm 11,82%, Cứng khớp (M24.5) chiếm 11,82%, tiếp đến là Bại não (G80).

Kết luận: Số người bệnh đến khám bệnh và điều trị là chủ yếu, người bệnh điều trị nội trú cao hơn ngoại trú; các bệnh về hệ thần kinh, Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết có số lượt điều trị nhiều nhất đặc biệt là người cao tuổi và trong độ tuổi lao động.

Từ khóa: Khảo sát mô hình bệnh tật, ICD 10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, hay một địa phương, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Cùng với sự tăng trưởng kinh tế, sự phát triển của xã hội mô hình bệnh tật cũng thay đổi theo. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành y tế hoạch định chính sách chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tối đa tần suất mắc bệnh và tỉ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao sức khỏe nhân dân [1,2,4].

Từ mô hình bệnh tật và tử vong người ta có thể xác định được các bệnh tật phổ biến nhất, các bệnh có tử vong nhiều nhất giúp cho bệnh viện định hướng phát triển, có kế hoạch đào tạo nhân lực, mua sắm trang thiết bị, đầu tư cơ sở vật chất để thực hiện tốt công tác khám, chữa bệnh hiệu quả [4]. Một số bệnh viện cũng đã khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong của bệnh viện mình, tuy nhiên mô hình bệnh tật của các bệnh viện thường khác nhau do mang tính đặc thù riêng cho từng bệnh viện theo chuyên khoa [3]. Tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Ninh Bình đã có nghiên cứu về vấn đề này nhưng năm 2022 có nhiều biến động do dịch bệnh COVID - 19, do chính sách thông tuyến trong Khám chữa bệnh BHYT số lượng người bệnh vào điều trị tăng lên, bệnh tật đa dạng hơn. Để có định hướng phát triển bệnh viện và xây dựng kế hoạch phù hợp, cụ thể về cơ sở vật chất, nguồn nhân lực và thiết bị y tế, từ đó nâng cao chất lượng bệnh viện, nâng cao chất lượng dịch vụ kỹ thuật tối làm đề tài “**Khảo sát mô hình bệnh tật tại bệnh viện Phục hồi chức năng năm 2022**” với mục tiêu: Xác định mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Ninh Bình năm 2022 và các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phục hồi chức năng Ninh Bình.

- Thời gian nghiên cứu: 15/4/2022 đến 31/10/2022.

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Phạm Quốc Vương - Giám đốc Bệnh viện phục hồi chức năng Ninh Bình;
Địa chỉ: 36, đường Tôn Thất Tùng, Phường Tân Bình, thành phố Tam Điệp, tỉnh Ninh Bình;
SĐT: 0912515578, Email: phamquocvuong2@gmail.com.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh điều trị được chẩn đoán theo mã bệnh theo ICD-10. Trường hợp người bệnh có nhiều mã bệnh thì chọn bệnh chính.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu và nghiên cứu cắt ngang.

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Biến số định tính.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin:

- Khai thác phân mền Quản lý bệnh viện.
- Phân nhóm và xếp loại bệnh tật theo 22 nhóm bệnh của ICD-10. [3,6]
- Kết quả xếp thành các bảng biểu về mô hình bệnh tật.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học thông thường.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Thông tin người bệnh nghiên cứu chỉ để phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.
- Đề tài được thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tình hình chung về khám chữa bệnh

Người bệnh điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượt điều trị nội trú	1143	85,43
Số lượt điều trị ngoại trú	143	10,69
Số lượt khám bệnh	1338	100

Nhận xét: Tổng số người bệnh đến khám bệnh tại bệnh viện là 1338 lượt, có 1286 người bệnh vào điều trị chiếm 96,11%, trong đó số lượt điều trị nội trú tại bệnh viện là 1143 chiếm tỷ lệ 85,43 %; số lượt điều trị ngoại trú là 143 chiếm tỷ lệ 10,69 %.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng (lượt)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (lượt)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (lượt)	Tỷ lệ (%)
< 6 tuổi	97	7.54	87	6.77	184	14.31
6-16 tuổi	26	2.02	21	1.63	47	3.65
17-30 tuổi	30	2.33	37	2.88	67	5.21
31 - 60 tuổi	234	18.20	150	11.66	384	29.86
61-80 tuổi	245	19.05	238	18.51	483	37.56
>80 tuổi	60	4.67	61	4.74	121	9.41
Tổng số	692	53.81	594	46.19	1286	100

Nhận xét: Qua bảng này ta thấy số người vào điều trị tại bệnh viện cao nhất là độ tuổi (61 - 80) chiếm 37,56%, sau đó đến độ tuổi (31-60) chiếm 29,86%, sau đó là độ tuổi <6 tuổi chiếm 14,31%, thấp nhất là từ 6-16 tuổi chiếm 3,65%, tỷ lệ nam giới là 53,81%; nữ giới là 46,19 %.

Bảng 3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượt	Tỷ lệ (%)
Trẻ em dưới 6 tuổi	195	15,16
Học sinh, sinh viên	39	3,03
Hưu trí, mất sức, thương bệnh binh	411	31,96
Nông dân	190	14,77
Công nhân	71	5,52
Hành chính sự nghiệp	24	1,87
Khác	356	27,68
Tổng cộng	1286	100

Nhận xét: Đối tượng người bệnh Hưu trí, mất sức, thương bệnh binh vào điều trị cao nhất chiếm tỷ lệ 31,49%, đối tượng tự do chiếm 27,68%, thứ 3 là đối tượng trẻ em chiếm 15,16%, thấp nhất là nhóm hành chính sự nghiệp 1,87%.

3.2. Mô hình bệnh tật tại bệnh viện

3.2.1. Mô hình bệnh tật bệnh nhân điều trị tại bệnh viện theo ICD-10

Bảng 4. Cơ cấu bệnh tật bệnh nhân điều trị theo phân loại ICD10

Chương	Tên bệnh	Số người	Tỷ lệ (%)
V	Rối loạn tâm thần và hành vi (F00-F99)	37	2,88
VI	Bệnh hệ thần kinh (G00-G99)	590	45,88
IX	Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	47	3,65
XI	Bệnh hệ tiêu hóa (K00-K93)	1	0,08
XIII	Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99)	560	43,55
XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể (Q00-Q99)	2	0,16
XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân biệt ở phần khác (R00-R99)	18	1,40
XIX	Chấn thương, ngộ độc và hậu quả của các nguyên nhân bên ngoài (S00-T98)	31	2,41

Nhận xét: Các nhóm bệnh Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) 590 lượt chiếm 45,88%, nhóm bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99) 560 lượt chiếm 43,55%, nhóm bệnh ít nhất hệ tiêu hóa (K00-K93) chiếm 0,08%.

Bảng 5. Tỷ lệ điều trị nội trú theo nhóm tuổi

Chương	Tên bệnh	Tuổi							
		<6		6-16		17- 59		≥60	
		N	%	N	%	N	%	N	%
V	Rối loạn tâm thần và hành vi (F00-F99)	18	1,4	1	0,08	0	0	0	0

VI	Bệnh hệ thần kinh (G00-G99)	105	8,16	14	1,09	242	18,82	306	23,79
IX	Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	1	0,08	0	0	17	1,32	28	2,18
XIII	Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99)	3	0,23	10	0,78	217	16,87	312	24,26
XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể (Q00-Q99)	2	0,16	0	0	0	0	0	0
XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân biệt ở phần khác (R00-R99)	10	0,78	0	0	0	0	0	0
Tổng		139	10,81	25	1,94	476	37,01	646	50,23

Nhận xét: Kết quả bảng 3.7 người bệnh vào điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99) và Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) cao ở tất cả các độ tuổi, trong đó độ tuổi cao nhất là ≥ 60 chiếm 50,23%, sau đó là độ tuổi từ 17-59 chiếm 37,1%; nhóm Rối loạn tâm thần và hành vi (F00-F99), Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể (Q00-Q99), Các triệu chứng, dấu hiệu và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân biệt ở phần khác (R00-R99) ở độ tuổi ≥ 17 không có ai.

Bảng 6. Tỷ lệ điều trị ngoại trú theo nhóm tuổi (n=143)

Chương	Tên bệnh	Tuổi							
		<6		6-16		17- 59		≥ 60	
		N	%	N	%	N	%	N	%
V	Rối loạn tâm thần và hành vi (F00-F99)	16	1,24	2	0,16	0		0	
VI	Bệnh hệ thần kinh (G00-G99)	24	1,87	8	0,62	12	0,93	1	0,08
IX	Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	0		0		1	0,08	0	
XI	Bệnh hệ tiêu hóa (K00-K93)	0		1	0,08	0		0	
XIII	Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99)	2	0,16	13	9,09	45	3,50	10	0,78
XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân biệt ở phần khác (R00-R99)	7	0,54	0		0		1	0,08
Tổng		49	34,26	24	16,78	58	40,55	12	8,39

Nhận xét: Số lượng người bệnh vào điều trị ngoại trú độ tuổi (17-59) cao nhất chiếm tỷ lệ 40,55%, thấp hơn là <6 tuổi chiếm 34,26; thấp nhất là nhóm ≥ 60 tuổi.

Bảng 7. Tỷ lệ mã bệnh theo ICD-10 có số lượt điều trị cao nhất tại bệnh viện.

STT	Chương bệnh	Tên bệnh	Mã ICD-10	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	VI	Liệt nửa người/ Liệt hai chân và liệt tứ chi/ Di chứng bệnh MMN	G81, G82, I69	493	38,34
2	VI	Đau lưng	M54	235	18,27
3	XIII	Cứng khớp	M24.5	152	11,82
4	IX	Bại não	G80	120	9,33
5	XIII	Bệnh cột sống khác	M53	69	5,37

Nhận xét: Trong các nhóm bệnh vào điều trị tại bệnh viện tập trung ở 5 nhóm chính, trong đó nhóm bệnh Liệt nửa người/Liệt hai chân và liệt tứ chi/ Di chứng bệnh mạch máu não (G81, G82, I69) 493 lượt chiếm 38,34%, sau đó đến nhóm Đau lưng (M54) 235 lượt chiếm 11,82%, Cứng khớp (M24.5) 152 người chiếm 11,82%, tiếp đến là Bại não (G80).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình khám, chữa bệnh tại bệnh viện

Số lượt người bệnh đến khám tại Bệnh viện phục hồi chức năng Ninh Bình đa số người bệnh vào điều trị, một số người bệnh được tư vấn, hướng dẫn tự tập luyện tại cộng đồng. Số lượt người bệnh điều trị nội trú cao hơn điều trị ngoại trú, điều này phù hợp với nhiều lý do: Bệnh viện Phục hồi chức năng là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối về PHCN của tỉnh Ninh Bình không khám, chữa bệnh ban đầu, người bệnh mắc bệnh cơ xương khớp và thần kinh đã điều trị tại các tuyến trước không đỡ đến điều trị và người bệnh có tình trạng bệnh nặng, mãn tính trên nền nhiều bệnh lý, do dịch bệnh Covid-19 kéo dài người bệnh sau khi điều trị cấp tính không được điều trị PHCN kịp thời, liên tục; do thay đổi chính sách về Bảo hiểm y tế, chất lượng khám chữa bệnh được nâng cao về tinh thần thái độ phục vụ, thiết bị y tế và trình độ chuyên môn.

4.2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Số lượt người bệnh đến điều trị tại bệnh viện nam giới vào điều trị cao hơn nữ giới, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác vì nam giới tham gia nhiều hoạt động xã hội hơn, làm việc nặng hơn nữ giới và có nhiều thói quen trong sinh hoạt như rượu, bia thuốc lá nên tỷ lệ mắc bệnh sẽ nhiều hơn, độ tuổi cao nhất (61 - 80 tuổi), tuổi này rất dễ bị Tai biến mạch máu não, đột quỵ liên quan đến bệnh rối loạn chuyển hóa như Tiểu đường, Huyết áp, Tim mạch, ...; thứ hai là độ tuổi (31-60 tuổi) đây là độ tuổi lao động, tham gia các hoạt động xã hội, chơi thể thao nên dễ mắc các di chứng do chấn thương sau tai nạn giao thông, tai nạn lao động. Độ tuổi <6 tuổi vào viện đứng thứ 3, đây là nhóm bệnh do bẩm sinh (Bại não, chậm phát triển tinh thần vận động), do tiếp xúc nhiều với ti vi, máy tính, bố mẹ bận rộn, ít quan tâm nên các cháu dễ mắc bệnh Tự kỷ, mặt khác đời sống kinh tế tăng, xã hội phát triển nên trẻ có biểu hiện khác thường được bố mẹ quan tâm hơn được khám sàng lọc, được cho đi khám điều trị. Điều này phù hợp vì Bệnh viện Phục hồi chức năng là bệnh viện chuyên khoa chuyên điều trị các bệnh cơ xương khớp, thần kinh mục tiêu phục hồi những chức năng giảm hoặc mất hạn chế tối đa để lại di chứng nên các nhóm tuổi vào điều trị tại bệnh viện là phù hợp.

4.3. Phân bố các nhóm bệnh điều trị tại bệnh viện theo ICD-10

Người bệnh đến điều trị tại bệnh viện tập trung chủ yếu 8/22 nhóm bệnh, không đa dạng như những bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa Sản Nhi, Mắt, Phổi,... Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Ninh Bình năm 2020 của Đinh Quang Hiệp [5] nhóm Bệnh hệ thần kinh cao nhất chiếm tỷ lệ (45,09%), hệ cơ, xương

khớp và mô liên kết (33,73%). Điều này cũng phù hợp với đặc thù Bệnh viện chuyên khoa Phục hồi chức năng chuyên điều trị những bệnh cơ, xương, khớp, thần kinh, là những bệnh mãn tính điều trị dài ngày. Người bệnh vào điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99) và Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) cao ở tất cả các độ tuổi, trong đó độ tuổi cao nhất là ≥ 60 chiếm 50,23%, sau đó là độ tuổi từ 17-59 chiếm 37,1%; ít nhất là nhóm Rối loạn tâm thần và hành vi (F00-F99), Di tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể (Q00-Q99). Kết quả này phù hợp người bệnh điều trị nội trú là những bệnh nặng, cao tuổi đi lại khó khăn, có nhiều bệnh nền cần phải điều trị, tập luyện phục hồi chức năng liên tục để có cơ hội phục hồi sức khỏe hạn chế tối đa việc để lại di chứng. Người bệnh vào điều trị ngoại trú chủ yếu là nhóm bệnh Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) và độ tuổi (17-59) cao nhất chiếm tỷ lệ 40,55%, sau đó là < 6 tuổi chiếm 34,26. Đây là những người trẻ có thể đi về được và các cháu nhỏ bố mẹ đưa đến tập luyện.

Năm 2022 người bệnh vào điều trị tại bệnh viện tập trung vào ở 5 nhóm chính có số lượt điều trị cao nhất, trong đó nhóm bệnh Liệt nửa người/Liệt hai chân và liệt tứ chi/ Di chứng bệnh mạch máu não (G81, G82, I69) là 38,34%, sau đó đến nhóm bệnh về cột sống (M54) 11,82%, Cứng khớp (M24.5) 11,82%, tiếp đến là Bại não (G80). Điều này cho thấy số lượng **người bệnh bị di chứng sau TBMMN tăng do các bệnh liên quan đến chuyển hóa, kinh tế** phát triển nhận thức và nhu cầu về tập luyện, chăm sóc sức khỏe của người dân ngày một tăng. Đây là một thách thức đối với bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Ninh Bình về cơ sở vật chất nguồn nhân lực và thiết bị y tế trong thời gian tới.

V. KẾT LUẬN

Số người bệnh đến khám bệnh vào điều trị nội trú là chủ yếu chiếm 85,43%; Nhóm bệnh Bệnh hệ thần kinh (G00-G99) đông nhất chiếm 45,88%, thứ hai là Bệnh của hệ cơ, xương khớp và mô liên kết (M00-M99) chiếm 43,55%; Các nhóm bệnh có lượt điều trị nội trú nhiều nhất đó là Liệt nửa người/Liệt hai chân và liệt tứ chi/ Di chứng bệnh MMN (G81, G82, I69) chiếm 38,34%, sau đó đến nhóm Đau lưng (M54) chiếm 11,82%, Cứng khớp (M24.5) chiếm 11,82%, tiếp đến là Bại não (G80).

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Quản lý và theo dõi tốt các bệnh THA, tiểu đường, các bệnh liên quan đến chuyển hoá tại cộng đồng.
- Tăng cường đào tạo nguồn nhân lực, đặc biệt là đào tạo chuyên sâu về phục hồi chức năng đáp ứng công tác điều trị chăm sóc người bệnh.
- Mua sắm thêm thiết bị y tế hiện đại chuyên ngành, Cải tạo cơ sở vật chất phù hợp với chuyên ngành PHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Mến** “Khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện YHCT Trung ương năm 2013 - 2014”
2. **Võ Văn Ty** “Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất trong năm 2010.
3. **Dương Phúc Lam, Nguyễn Tấn Đạt, Lê Văn Lèo** (2019), “Nghiên cứu mô hình bệnh tật theo ICD 10 tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2013 đến 2017”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ
4. **Bùi Quang Nghĩa** “Khảo sát mô hình bệnh tật tử vong của trẻ em tỉnh Vĩnh Long 2020 Luận văn tiến sĩ y học.
5. **Đình Quang Hiệp** “Một số nhận xét về mô hình bệnh tật điều trị tại Bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Ninh Bình năm 2020”.
6. **Đàm Quang Tùng 2021** “Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng Tàu năm 2017-2021”.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TỚI KHÁM BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA - TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ NINH BÌNH NĂM 2023

Đinh Thanh Bình^{1*}, Trần Thị Oanh

TOM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh; (2) Phân tích một số yếu tố thuận lợi và rào cản liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại Phòng khám đa khoa - Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng 430 Người bệnh đến khám tại khoa Khám bệnh - Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình và nghiên cứu định tính 04 lãnh đạo Trung tâm và lãnh đạo Khoa khám bệnh, 06 nhân viên y tế làm việc tại các vị trí của Khoa Khám bệnh, 07 người bệnh sử dụng dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh – Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình. **Kết quả:** tỷ lệ người bệnh hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh là 98,77% với điểm trung bình của 33 câu hỏi trong 5 hạng mục là $4,23 \pm 0,42$. Kết quả này là cao so với những khảo sát trước đây của Trung tâm Y tế 2016 với điểm trung bình ở mức 4,43. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh bao gồm độ tuổi giới tính, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân. **Kết luận:** Hiện nay, mặc dù chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh tại các bệnh viện đã được nâng lên so với những năm trước đây nhưng vẫn còn đó những tồn tại làm ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ người bệnh. Vì vậy, không ngừng cải thiện chất lượng dịch vụ y tế để thu hút người bệnh là việc làm thường xuyên của mọi bệnh viện.

Từ khóa: Hài lòng, người bệnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh phản ánh kết quả đầu ra của các dịch vụ chăm sóc y tế, đánh giá uy tín, chất lượng phục vụ của cơ sở y tế. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nhằm xác định những vấn đề người bệnh chưa hài lòng khi sử dụng dịch vụ tại cơ sở y tế để tiến hành cải tiến chất lượng, từng bước phục vụ người bệnh tốt hơn, đáp ứng sự hài lòng và mong đợi của người bệnh là việc làm cần thiết và cần triển khai thường xuyên tại các cơ sở y tế trong giai đoạn hiện nay [1]. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sự hài lòng của người bệnh cho thấy hành vi của người bệnh bị ảnh hưởng trực tiếp từ tình trạng sức khỏe của họ. Nếu người bệnh được khám và điều trị với sự tôn trọng và tham gia vào quá trình ra quyết định có xu hướng hài lòng hơn với việc chỉ tuân thủ theo y lệnh của thầy thuốc. Nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng nếu người bệnh có sự hài lòng thì họ tỏ ra tuân thủ hơn với các liệu pháp điều trị, số lần quay trở lại chăm sóc y tế sẽ tăng lên. Những người có mức độ hài lòng thấp xu hướng ít tìm đến các cơ sở y tế khi họ bị bệnh hoặc có nhu cầu thăm khám [2]. Theo đó Bộ Y tế ban hành quyết định số 6859/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc Hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng Trung tâm và khảo sát sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế năm 2016 [3]. Một cuộc khảo sát trực tuyến trên quy mô lớn do Bộ Y tế tổ chức với trên 1 triệu phiếu khảo sát cho thấy 75,6% người bệnh nội trú và 66,3% người bệnh ngoại trú hài lòng với dịch vụ y tế mà họ được cung cấp [4]. Ngoài ra, kết quả khảo sát độc lập của Tổ chức sáng kiến Việt Nam phỏng vấn qua điện thoại sau ra viện với hơn 3.000 người bệnh cũng cho thấy tỷ lệ hài lòng đạt 79,6%. Đại diện duy nhất của tỉnh Ninh Bình được chọn vào khảo sát là bệnh viện Lao và Bệnh phổi Ninh Bình với điểm đánh giá hài lòng là 3,93/5, đứng thứ 15 trong tổng số 24 Trung tâm tuyển tỉnh được khảo sát [5]. Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình tỉnh Ninh Bình là cơ sở y tế hạng III, có nhiệm vụ khám chữa bệnh và phòng bệnh. Trung tâm có 121 nhân viên, trong đó có 28 nhân viên phục vụ công tác khám chữa bệnh, trung bình hàng ngày có khoảng 250 - 300 người bệnh đến khám bệnh tại Trung tâm, chủ yếu là các đối tượng có thể bảo hiểm. Phòng khám đa khoa - Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình ra đời ngay từ khi bắt đầu thành lập Trung tâm. Trải qua thời

¹ Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình

Tác giả chính liên hệ: Đinh Thanh Bình – Phó Giám đốc Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình

Địa chỉ: phố Phúc Trọng, phường Phúc Thành, thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình

Số điện thoại: 0869.285.285, Email: drbinhsn@gmail.com

gian, Phòng khám ngày càng phát triển cả về quy mô và chất lượng nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của người bệnh. Theo báo cáo của Trung tâm, số lượt khám bệnh năm 2021 là 64.476 lượt, năm 2022 là 69.527 lượt, tăng 7,2% [6]. Trong những năm qua, Trung tâm đã tập trung nhiều sự quan tâm và nguồn lực để nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh tại phòng khám đa khoa ví dụ như sửa chữa, nâng cấp trang thiết bị, thay đổi giờ làm việc, bố trí người bàn hướng dẫn... Tuy nhiên, thực tế cho thấy có một lượng đáng kể người bệnh lựa chọn các phòng khám tư hoặc vượt tuyến để khám thay vì đến Trung tâm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá sự hài lòng của người bệnh tới khám bệnh tại phòng khám đa khoa – Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình năm 2023”** với 2 mục tiêu:

- Mục tiêu 1: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại Phòng khám đa khoa - Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình.

- Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố thuận lợi và rào cản liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại Phòng khám đa khoa - Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh – Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình.

- Thời gian nghiên cứu: Năm 2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống sau khi chọn ngẫu nhiên người đầu tiên có số thứ tự khám từ 01 đến 10 thì cứ 10 người chúng tôi chọn một được 430 người tham gia nghiên cứu sử dụng đầy đủ các bước khám bệnh tại Khoa Khám bệnh. Và chọn có chủ đích 01 lãnh đạo Trung tâm (Giám đốc) và 03 lãnh đạo Khoa Khám bệnh (01 Trưởng khoa và 01 Phó trưởng khoa, điều dưỡng trưởng); chọn có chủ đích nhân viên y tế làm việc tại Khoa Khám bệnh, bao gồm: 01 đại diện điều dưỡng Khoa Khám bệnh, 01 đại diện bác sỹ Khoa Khám bệnh, 01 đại diện nhân viên tiếp đón, 01 đại diện nhân viên thanh toán viện phí, 01 đại diện kỹ thuật viên làm xét nghiệm, 01 đại diện nhân viên y tế ở bộ phận chẩn đoán hình ảnh; chọn thuận tiện 7 người bệnh sử dụng dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có chỉ định nhập viện sau khi khám và người bệnh mắc các bệnh hạn chế khả năng giao tiếp và khả năng nhận thức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

* Đối với nghiên cứu định lượng:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu cần thiết

- α : Mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95% thay vào bảng ta được $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

- p = 0,785 Tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tại Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình trong 6 tháng đầu năm 2022[6].

- $\epsilon = 0,05$ sai số mong muốn giữa mẫu ngẫu nhiên và quần thể.

Thay vào công thức ta được n = 420.

Dự trừ 10% từ chối/bỏ cuộc, cỡ mẫu dự kiến trong nghiên cứu là 460 người.

* Đối với nghiên cứu định tính: thực hiện phỏng vấn sâu đối với: 04 lãnh đạo Trung tâm và lãnh đạo Khoa khám bệnh; 06 nhân viên y tế làm việc tại các vị trí của Khoa Khám bệnh; 07 người bệnh sử dụng dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh – Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến trong nghiên cứu định lượng gồm: Phần thông tin chung (tuổi, giới, dân tộc, nơi sinh sống, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tham gia bảo hiểm y tế); phần đánh giá sự hài lòng của đối tượng với hoạt động khám bệnh và một số yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng.

Nhóm biến trong nghiên cứu định tính gồm: chủ đề về cung cấp dịch vụ; chủ đề liên quan đến vấn đề nhân lực; chủ đề liên quan đến trang thiết bị, cơ sở vật chất, thuốc và chủ đề liên quan đến chi phí khám chữa bệnh.

Các lựa chọn của người bệnh từ 1 đến 5 được tính điểm tương ứng từ 1 đến 5, cụ thể: Rất không hài lòng: 1 điểm; Không hài lòng: 2 điểm; Bình thường: 3 điểm; Hài lòng: 4 điểm; Rất hài lòng: 5 điểm. Được cho là hài lòng khi đối tượng chọn "hài lòng" (4) và "rất hài lòng" (5);

Được cho là chưa hài lòng khi đối tượng chọn "rất không hài lòng" (1), "không hài lòng" (2) và "bình thường" (3).

2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin

Với nghiên cứu định lượng thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu (bộ phiếu tự điều khuyết danh); với nghiên cứu định tính thông tin được thu thập bằng phỏng vấn sâu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 12.

Số liệu định tính: Mọi cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm có trọng tâm sẽ được ghi âm và ghi chép lại với sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ mã hóa các thông tin theo nội dung nghiên cứu và nhóm các mã tương tự nhau thành các mục tương ứng với mục tiêu nghiên cứu. Mỗi nội dung nghiên cứu sẽ được so sánh đối chiếu giữa các đối tượng từ đó tổng hợp rút ra kết quả nghiên cứu.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu đề tài

- Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành nghiên cứu khi có sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu thông qua việc ký vào giấy chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu không cần ghi tên và không cần ký vào phiếu điều tra, các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 29 tuổi	85	19,8
	30 - 49 tuổi	120	27,9
	≥ 50 tuổi	225	52,3
Giới	Nam	146	33,95
	Nữ	284	66,05
Dân tộc	Kinh	384	92,75
	Khác	30	7,24
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	50	11,66
	Có gia đình	356	82,98
Tình trạng hôn nhân	Ly hôn, góa bụa	20	4,66

Khu vực sống	Thành thị	319	74,71
	Nông thôn	108	25,29
Trình độ học vấn	Không biết chữ	7	1,63
	Tiểu học	2	0,47
Trình độ học vấn Nghề nghiệp	THCS	113	26,28
	THPT	217	50,47
	Trung cấp và cao đẳng	84	19,53
	Đại học và trên đại học	7	1,63
	Học sinh, SV	53	12,41
	Cán bộ, viên chức	26	6,09
Nghề nghiệp Số lần đến khám trong 12 tháng qua	Nông dân	105	24,59
	Công nhân	195	45,67
	Lao động tự do	39	9,13
	Khác	9	2,11
	Lần đầu	136	31,6
	≥ 02 lần	294	68,4
Lý do chọn nơi khám, điều trị	Thái độ phục vụ tốt	165	44,6
	Tin tưởng vào trình độ chuyên môn	205	55,4
Lý do chọn nơi khám, điều trị	Danh tiếng của Trung tâm	75	20,3
	Người quen giới thiệu	65	17,6
	Không mất nhiều thời gian	230	62,2

Nhận xét: Nhìn chung những người được khảo sát đều hiểu rõ về những câu hỏi trong phiếu khảo sát và làm đúng, đủ, hợp lệ những phiếu khảo sát phát ra. Với 430 phiếu phát ra, số bệnh nhân đến khám/ngày thì số phiếu khảo sát được phát cho khoảng 1/10 bệnh nhân đến khám.

3.2. Sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh - Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình

Bảng 2. Bảng đánh giá chung về hài lòng của người bệnh theo 5 tiêu chí

Hài lòng của đối tượng	Điểm hài lòng			Tỷ lệ hài lòng	
	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Min - Max	Hài lòng n(%)	Chưa hài lòng n(%)
Khả năng tiếp cận dịch vụ khám bệnh	4,9	0,312	1-5	96,70	3,36
Minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh	4,9	0,323	1-5	99,36	1,24
Cơ sở vật chất phục vụ khám bệnh	4,9	0,311	1-5	98,76	0,64
Thái độ, tác phong, chuyên môn của NVYT	4,9	0,311	1-5	99,39	0,61
Kết quả cung cấp dịch vụ khám bệnh	4,9	0,314	1-5	99,66	0,34

Nhận xét: Sau khi thống kê, kết quả đánh giá thể hiện tỷ lệ hài lòng cao nhất của người bệnh là kết quả cung cấp dịch vụ khám bệnh 99,66%, thấp nhất là khả năng tiếp cận dịch vụ khám bệnh 96,70%. Tỷ lệ hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám, cơ sở vật chất, thái độ tác phong của nhân viên y tế đều đạt trên 98%.

Bảng 3. Bảng điểm đánh giá chung về sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh

Hài lòng của đối tượng	Điểm trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Min – Max	Tỷ lệ hài lòng	
				n	%
Điểm hài lòng chung của người bệnh với dịch vụ khám bệnh	4,9	0,323	1-5	98,77	1,23

Nhận xét: Sau khi thống kê kết quả, nhóm tác giả rút ra kết luận tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại phòng khám chữa bệnh đa khoa – Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình là 98,77%, tỷ lệ người bệnh chắc chắn sẽ quay trở lại và giới thiệu cho người khác đạt 95,3%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh

Bảng 4. Ảnh hưởng của yếu tố người bệnh đến sự hài lòng với dịch vụ khám bệnh

Thông tin chung		Có hài lòng		Khoảng tin cậy (95%CI)	Giá trị (p)
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Tuổi	18 - 29 tuổi	60	16,22	0,05	0,362
	30 - 49 tuổi	128	34,59		
	≥ 50 tuổi	165	44,59		
Giới	Nam	155	41,89	0,05	0,679
	Nữ	198	53,51		
Dân tộc	Kinh	349	94,32	0,05	0,123
	Khác	4	1,08		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	70	18,92	0,05	0,214
	Có gia đình	268	72,43		
	Ly hôn, góa bụa	20	5,41		
Khu vực sống	Thành thị	248	67,03	0,05	0,324
	Nông thôn	113	30,54		
Trình độ học vấn	Không biết chữ	0	0	0,05	0,828
	Tiểu học	17	4,59		
	THCS	90	24,32		
	THPT	161	43,51		
	Trung cấp và CĐ	57	15,41		
	Đại học và trên ĐH	28	7,57		

Nghề nghiệp	Học sinh, SV	13	3,51	0,05	0,599
	Cán bộ, viên chức	85	22,97		
	Nông dân	39	10,54		
	Công nhân	61	16,49		
	Lao động tự do	151	40,81		
	Khác	6	1,62		
Có thể bảo hiểm y tế	Có	284	76,76	0,05	0,01
	Không	86	23,24		

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng giữa các nhóm tuổi, giữa người bệnh có và không có bảo hiểm y tế gần như giống nhau, chỉ có chỉ số hài lòng ở nữ giới cao hơn so với nam giới (nữ: 53,51% nam: 41,89%) Tỷ lệ hài lòng của người bệnh sống ở nông thôn cũng nhiều hơn so với người bệnh ở thành thị.

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình

Sự hài lòng của người bệnh về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị đem đến cho người bệnh những thông tin quan trọng cần thiết, tạo được sự an tâm: quy trình khám bệnh, quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện; thời gian chờ đợi, khám và làm thực hiện các xét nghiệm, cận lâm sàng rút ngắn phù hợp; người bệnh được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện, được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị; được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ; được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị,...

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tại phòng khám đa khoa năm 2023 là 98,77% với điểm trung bình của 33 câu hỏi trong 5 hạng mục là $4,23 \pm 0,42$. Kết quả này là cao so với những khảo sát trước đây của Trung tâm Y tế 2016 với điểm trung bình ở mức 4,43. Tỷ lệ hài lòng chung của nghiên cứu này tương đương với tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2021 trong nghiên cứu của Trần Võ Khải Anh với tỷ lệ hài lòng là 98,56%[7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh khi được hỏi thấy dễ chịu, thoải mái và hài lòng hơn với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ đáp ứng tốt khi đến khám và điều trị tại phòng khám đa khoa: có phòng/sảnh chờ khám đủ ghế ngồi, sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông, có quạt (điều hòa), có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...; buồng bệnh khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp; giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt; được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ; đảm bảo riêng tư; nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ; căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng; đảm bảo an ninh trật tự; khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.

Sự hài lòng của người bệnh đối với khả năng tiếp cận dịch vụ được đánh giá bởi 5 câu hỏi tương ứng với 5 tiêu mục. Đây là hạng mục được người bệnh đánh giá thấp nhất trong 5 hạng mục với tỷ lệ hài lòng chung cho hạng mục này là 96,70% điểm trung bình là từ $4,42 \pm 0,41$. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau của địa điểm nghiên cứu.

Sự hài lòng của người bệnh đối với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh và các hạng mục khác trong bộ 5 tiêu chí cho thấy sự hài lòng của người bệnh đánh giá là tương đương. Sự hài lòng về cơ sở vật chất có kém hơn chút với tỷ lệ hài lòng là 98,76% điểm trung

bình từ $4,05 \pm 0,66$. Điều này có thể thấy do phòng khám nằm ở cơ sở cũ hơn so với các khu trung tâm, dù đã cố gắng cải thiện nhưng qua khảo sát sự hài lòng về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh ở phòng khám chữa bệnh đa khoa suy giảm dần theo thời gian.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám bệnh

Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh bao gồm độ tuổi giới tính, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân. Sự khác biệt về tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân giữa các nhóm về khu vực sinh sống có thể là do người bệnh không ở Thành phố Ninh Bình đã từng đi khám bệnh tại các bệnh viện tuyến huyện và không đạt được mục tiêu điều trị cũng như mức độ hài lòng với các bệnh viện tuyến dưới thấp hơn. Nên khi có sự so sánh giữa 2 tuyến thì bệnh nhân có xu hướng đánh giá tốt cho bệnh viện tuyến trên. Trong khi đó nhóm người bệnh sống tại khu vực thành phố Ninh Bình có cơ hội tìm kiếm các dịch vụ y tế khác nhau trong đó có cả phòng khám tư nhân có chất lượng cao nên thường có đánh giá khắt khe hơn so với bệnh viện công. Lý giải này cũng có thể hợp lý với các nhóm nghề nghiệp là công nhân/ nông dân sẽ có xu hướng tìm các dịch vụ y tế công lập tuyến xã, huyện trước khi tìm kiếm dịch vụ y tế tuyến tỉnh trong khi đó nhóm công chức, viên chức thì có xu hướng tìm kiếm dịch vụ y tế rộng hơn.

Sự hài lòng phải đến từ cả hai phía, người bệnh và nhân viên bệnh viện: nhân viên y tế phải thấu hiểu nỗi đau của người bệnh để chia sẻ và điều trị tốt nhất; người bệnh khi đã lựa chọn cơ sở y tế thì nên tin tưởng đội ngũ nhân viên y tế bệnh viện, khi có vấn đề gì khó khăn, không vừa lòng cần bình tĩnh, trình bày rõ ràng những gì chính đáng để nhân viên y tế hiểu và phục vụ tốt nhất, tôn trọng nghề y và những điều tốt đẹp mà nhân viên y tế mang đến cho mình.

Và một vấn đề quan trọng làm tăng sự hài lòng của người bệnh đó là nâng cấp cơ sở vật chất (đủ phòng bệnh, phòng khám, các yêu cầu thiết yếu cho người bệnh), đầu tư trang thiết bị y tế phù hợp với tình hình phát triển chung của các bệnh viện, cần phải có sự quan tâm đặc biệt của tỉnh trong bố trí kinh phí ưu tiên và chủ trương thực hiện. Phát triển thêm nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật mũi nhọn, bên cạnh việc phát triển các kỹ thuật theo phân tuyến,...

Trung tâm cần phải tăng tính chủ động, sáng tạo trong các hoạt động của bệnh viện, đảm bảo và sử dụng các nguồn lực một cách hợp lý với ưu tiên là nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh. Phải xác định rằng sự hài lòng của người bệnh chính là mục tiêu số một, là thước đo của uy tín của bệnh viện và là động lực vô cùng quan trọng cho sự phát triển bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Hiện nay, mặc dù chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh tại các bệnh viện đã được nâng lên so với những năm trước đây nhưng vẫn còn đó những tồn tại làm ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ người bệnh. Vì vậy, không ngừng cải thiện chất lượng dịch vụ y tế để thu hút người bệnh là việc làm thường xuyên của mọi bệnh viện. Kết quả của sự cải thiện này được đánh giá bằng một số tiêu chí, trong đó có tiêu chí về mức độ hài lòng của người bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mức độ hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện phụ thuộc nhiều vào thái độ của nhân viên y tế và thời gian chờ đợi của người bệnh. Do đó, việc khảo sát định kỳ sự hài lòng của người bệnh là một trong những biện pháp đánh giá chính xác mức độ cải thiện dịch vụ y tế ở các bệnh viện. Bộ Y tế cũng đã đưa tỷ lệ hài lòng của người bệnh vào làm một trong những tiêu chí để kiểm tra công tác bệnh viện hàng năm. Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình là Trung tâm 2 chức năng khám chữa bệnh và y tế dự phòng. Việc khảo sát đánh giá sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh tại phòng khám đa khoa là việc làm cần thiết để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ, sự minh bạch thông tin và thủ tục khám cũng như cơ sở vật chất, thái độ, tác phong của nhân viên y tế... để không ngừng đưa chất lượng đi lên, phấn đấu trở thành cơ sở y tế hàng đầu của tỉnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo, cũng như nhắc nhở trong cuộc họp, giao ban bệnh viện, giáo dục ý thức cho nhân viên y tế, cam kết thi đua thực hành ứng xử và giao tiếp nhằm xây dựng văn hóa, văn minh, lịch sự trong mỗi bệnh viện, thay đổi thái độ và

hành vi của nhân viên, giúp họ hiểu rõ tâm lý của người bệnh có tác động rất lớn đến sự tồn tại và phát triển của bệnh viện.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị, điều kiện vệ sinh ảnh hưởng đến quyết định có quay trở lại khám chữa bệnh của người bệnh. Bên cạnh môi trường sạch sẽ, thoáng mát, bệnh nhân rất cần hệ thống trang thiết bị y tế phục vụ khám chữa bệnh hiện đại, bảo đảm kết quả có độ tin cậy cao. Do đó, đòi hỏi Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình phải có một hệ thống bảo trì, bảo quản và vận hành tốt các loại trang thiết bị. Ngoài ra, Trung tâm nên đầu tư trang thiết bị, máy móc y tế hiện đại, cải tạo, nâng cấp cơ sở vật chất luôn trong trạng thái sẵn sàng hoạt động phục vụ người bệnh.

Cần thiết phải xây dựng khu xử lý nước thải trước khi xả ra môi trường để đảm bảo an toàn vệ sinh môi trường.

Có kế hoạch đào tạo nâng cao trình độ cho nhân viên y tế đặc biệt là đào tạo trình độ sau đại học cho đội ngũ y bác sỹ. Bên cạnh đó cần có chính sách thu hút những y bác sỹ có chuyên môn giỏi, tay nghề cao về Trung tâm để góp phần xây dựng Trung tâm không ngừng lớn mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ trưởng Bộ Y tế** (2016), Quyết định số 6859/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng Bệnh viện năm 2016, chủ biên, Hà Nội.

2. **E. P Muhondwa và các cộng sự.** (2008), "Patient satisfaction at the Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania", *East Afr J Public Health*. 5(2), tr. 67-73

3. **Bộ trưởng Bộ Y tế** (2018), Quyết định số 6328/QĐ-BYT ngày 18/10/2018 của Bộ Y tế về việc ban hành nội dung, đánh giá chất lượng Bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2018., chủ biên, Hà Nội.

4. **Sức khỏe đời sống** (2018), *Cải tiến chất lượng là động lực để Bệnh viện hướng đến sự hài lòng của người bệnh*, truy cập ngày 20/3/2019, tại trang web <https://suckhoedoisong.vn/cai-tien-chat-luong-la-dong-luc-de-benh-vien-huong-den-su-hai-long-cua-nguoi-benh-n151861.html>

5. **Bộ Y tế** (2017), *Kết quả khảo sát độc lập về hài lòng người bệnh*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.hailongnguoibenh.vn/>.

6. **Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình** (2021), *Báo cáo số 118/BC- TTYTTP ngày 15/12/2021 về kết quả thực hiện nhiệm vụ năm 2021, phương hướng nhiệm vụ năm 2022.*

7. **Trần Võ Khải Anh** (2021), *Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2021*, Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC PHÒNG VÀ CẤP CỨU PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022.

Nguyễn Thị Hạnh¹, Nguyễn Đăng Nguyên, Tô Ngọc Lợi.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện với 1 mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 308 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là Điều dưỡng làm việc tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

Kết quả: Trong tổng số 308 ĐTNC thì nhóm tuổi 30-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 81.8%. Tỷ lệ nữ chiếm đa số 87.7%. ĐTNC có trình độ cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (91.9%). 96.1% ĐTNC biết thuốc thiết yếu hàng đầu cấp cứu phản vệ, 77.3% điều dưỡng trả lời đúng khái niệm phản vệ. Trên 70% điều dưỡng trả lời đúng về cách xử trí phản vệ, liều lượng adrenalin 1mg/1ml cho trẻ em, cách pha tiêm tĩnh mạch. 100% ĐTNC biết NB vào viện phải khai thác tiền sử dị ứng. 97.7% Điều dưỡng biết các trường hợp phải thử test trước khi sử dụng thuốc. Trên 80% ĐTNC trả lời đúng về cách khai thác tiền sử dị ứng, thành phần hộp chống sốc phản vệ, vị trí phải đặt hộp chống sốc phản vệ. 61% điều dưỡng có kiến thức đạt về phòng và xử trí phản vệ. Nhóm điều dưỡng có trình độ cao đẳng trở lên có kiến thức phòng và xử trí phản vệ cao gấp 2.734 lần nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp.

Từ khóa: Kiến thức phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, đặc biệt nghiêm trọng, gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời. Các triệu chứng xuất hiện nhanh có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi dùng thuốc, thử test, bị ong đốt hoặc sau khi ăn một loại thức ăn lạ. Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mức độ nặng và tỷ lệ tử vong của phản vệ như: Tuổi, các bệnh phối hợp, tiền sử cá nhân... Việc xác định các yếu tố này cùng với nắm vững kiến thức về khái niệm, phòng và cấp cứu phản vệ của nhân viên y tế sẽ giúp làm giảm tỷ lệ tai biến và tử vong do phản vệ gây ra.

Năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành thông tư 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thay thế cho thông tư 08/1999/TT-BYT.

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình số lượng người bệnh nội trú ngày một tăng lên. Mỗi người bệnh đến Bệnh viện đều phải dùng một hay nhiều loại thuốc khác nhau. Vì thế nguy cơ người bệnh xảy ra phản vệ là không thể tránh khỏi. Tại Bệnh viện chưa có nghiên cứu nào đề cập đến kiến thức phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng. Chính vì những lý do trên nhóm chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022”

Với 1 mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng - bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình) giai đoạn từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Điều dưỡng làm việc tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

- Tiêu chí loại trừ: Điều dưỡng đang đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

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

¹ Nguyễn Thị Hạnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Điện thoại: 0989290899. Email: nguyenthihanhbvnb@gmail.com

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập số liệu bằng phiếu điều tra được thiết kế sẵn.

Toàn bộ phiếu sau khi thu thập sẽ được kiểm tra ngay về tính đầy đủ và logic của các thông tin thu thập được.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ, thời gian công tác, kiến thức chung về phản vệ, kiến thức về cách xử trí tại chỗ sốc phản vệ, kiến thức về biện pháp dự phòng sốc phản vệ.

2.3.4. Đạo đức trong nghiên cứu

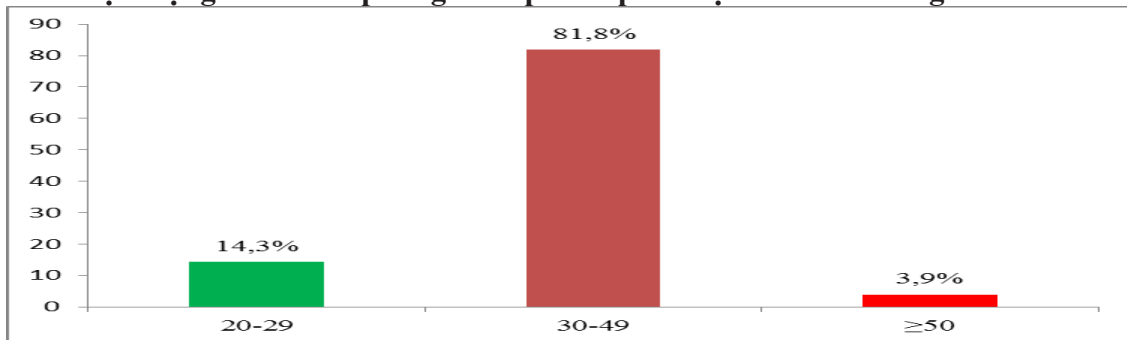
Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, được thông qua Hội đồng xét duyệt đề tài bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu và phân tích trên phần mềm vi tính SPSS 20.0. Tần suất và tỷ lệ được tính toán và trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ với các test thống kê y học (thống kê mô tả và thống kê phân tích kiểm khi bình phương)

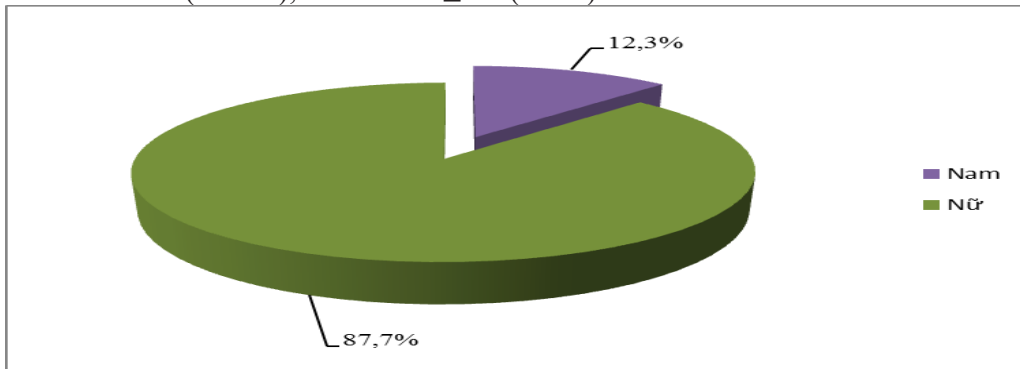
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng



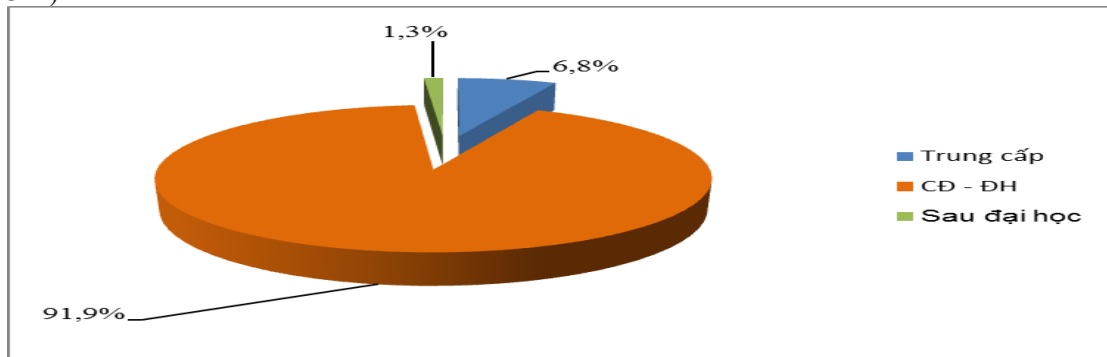
Biểu đồ 1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhìn vào biểu đồ 3.1 ta thấy đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi 30-49 chiếm đa số (81.8%), các nhóm tuổi 20-29 (14.3%), nhóm tuổi ≥ 50 (3.9%).



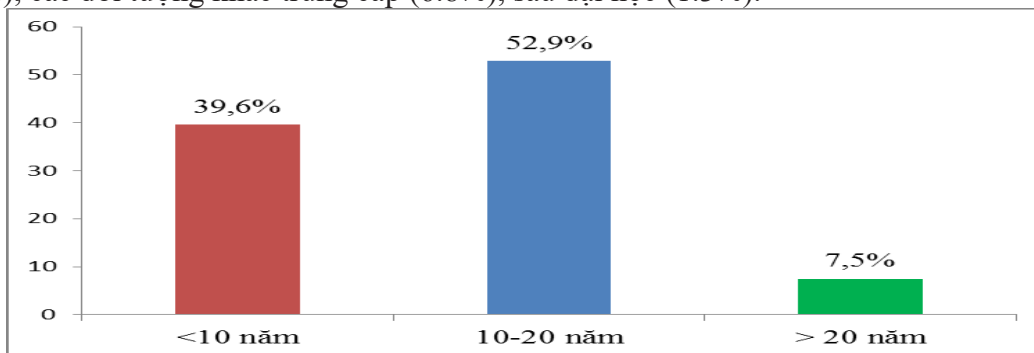
Biểu đồ 2. Đặc điểm giới của đối tượng nghiên cứu

Nhìn vào biểu đồ 3.2 ta thấy đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm đa số (87.7%), nam giới (12.3%)



Biểu đồ 3. Trình độ đào tạo của đối tượng nghiên cứu

Nhìn vào biểu đồ 3.3 ta thấy đối tượng nghiên cứu có trình độ cao đẳng đại học chiếm đa số (91.9%), các đối tượng khác trung cấp (6.8%), sau đại học (1.3%).



Biểu đồ 4. Thời gian công tác của đối tượng nghiên cứu

Nhìn vào biểu đồ 3.4 ta thấy đối tượng nghiên cứu có thời gian công tác 10-20 năm chiếm đa số (52.9%), tiếp đến là nhóm có thời gian công tác <10 năm (39.6%) và nhóm > 20 năm công tác (7.5%).

Bảng 1. Kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về phản vệ (n=308)

Kiến thức chung	Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Khái niệm phản vệ	238	77.3
Nguyên nhân hay gặp trong phản vệ	178	57.8
Triệu chứng gợi ý trong phản vệ	255	82.8
Mức độ phản vệ	200	64.9
Thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cấp cứu phản vệ	296	96.1

Nhìn vào bảng 1 ta thấy đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cấp cứu phản vệ (96.1%), triệu chứng (82.8%), khái niệm phản vệ (77.3%), mức độ phản vệ (64.9%), nguyên nhân phản vệ (57.8%).

Bảng 2. Kiến thức về xử trí cấp cứu phản vệ (n=308)

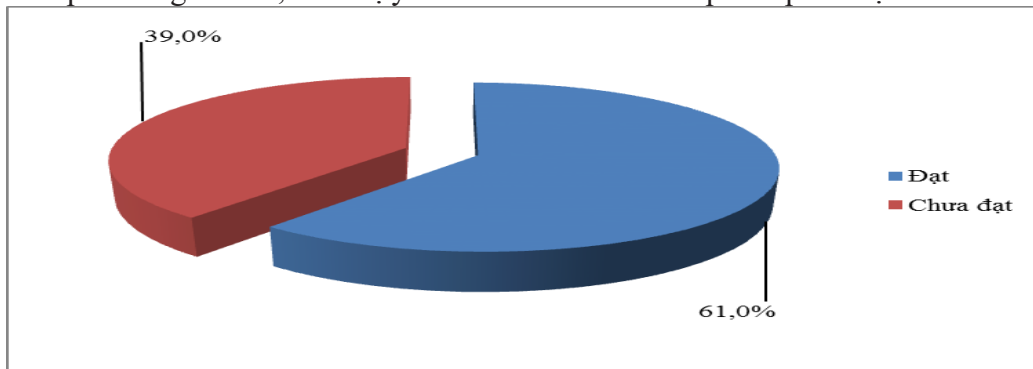
Kiến thức về xử trí cấp cứu	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Xử trí phản vệ mức độ nhẹ	263	85.4
Xử trí phản vệ mức độ nặng và nguy kịch	231	75.0
Liều lượng Adrenalin 1mg/1ml cho người lớn	167	54.2
Liều lượng Adrenalin 1mg/1ml cho trẻ em	243	78.9
Thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin 1mg/1ml cho đến khi huyết áp trở về bình thường trong sốc phản vệ nặng và nguy kịch	221	71.0
Thời gian theo dõi huyết áp trong xử trí sốc phản vệ nặng và nguy kịch	178	71.8
Cách pha loãng Adrenalin 1mg/1ml trong tiêm tĩnh mạch theo Thông tư 51/2017/TT-BYT	225	73.1
Cách pha loãng Adrenalin 1mg/1ml trong truyền tĩnh mạch theo Thông tư 51/2017/TT-BYT	180	58.4
Thời gian theo dõi tối thiểu	191	62.0

Nhìn vào bảng 2 ta thấy đối tượng nghiên cứu có kiến thức về xử trí cấp cứu phản vệ mức độ nhẹ là 85.4%, liều lượng Adrenalin 1mg/1ml cho trẻ em 78.9%, xử trí phản vệ mức độ nặng và nguy kịch 75.0%, cách pha loãng Adrenalin 1mg/1ml trong truyền tĩnh mạch 73.1%, thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin 1mg/1ml cho đến khi huyết áp trở về bình thường trong sốc phản vệ nặng và nguy kịch 71.0%, thời gian theo dõi huyết áp trong xử trí sốc phản vệ nặng và nguy kịch 71.8%, thời gian theo dõi tối thiểu 62.0%, cách pha loãng Adrenalin 1mg/1ml trong truyền tĩnh mạch 58.4%.

Bảng 3. Kiến thức về dự phòng phản vệ (n=308)

Kiến thức dự phòng	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Khai thác tiền sử dị ứng khi NB vào viện	308	100
Cách khai thác tiền sử dị ứng	273	88.6
Những vị trí phải được trang bị hộp chống phản vệ	245	79.5
Thành phần hộp chống phản vệ	274	89.0
Thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ	156	50.6
Các trường hợp phải thử test trước khi sử dụng thuốc	301	97.7
Thời gian đọc kết quả test thử phản ứng	174	56.5

Nhìn vào bảng 3 ta thấy kiến thức về dự phòng phản vệ của đối tượng nghiên cứu phải khai thác tiền sử dị ứng khi người bệnh vào viện đúng là 100%, các trường hợp phải thử test trước khi sử dụng thuốc (97.7%), thành phần hộp chống phản vệ là 89.0%, cách khai thác tiền sử dị ứng 88.6%, Những vị trí phải được trang bị hộp chống phản vệ 79.5%, thời gian đọc kết quả test thử phản ứng 56.5%, thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ à 50.6% .



Biểu đồ 5. Kiến thức phòng và xử trí phản vệ của đối tượng nghiên cứu

Nhìn vào biểu đồ 5 ta thấy nhóm điều dưỡng có kiến thức phòng và xử trí phản vệ đạt là 61.0% và chưa đạt là 39,0%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian công tác với kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phòng và xử trí phản vệ (n=308)

Kiến thức \ Thời gian công tác	< 15 năm		≥ 15 năm		OR (95%CI)	P
	SL	%	SL	%		
Đạt	150	62.2	38	56.7	0.412 0.459 ÷ 1.376	0.412
Chưa đạt	91	37.8	29	43.3		

Qua bảng 4 về mối liên quan giữa thời gian công tác với kiến thức của đối tượng nghiên cứu ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ nhóm điều dưỡng có thời gian công tác ≥ 15 năm có kiến thức phòng và xử trí phản vệ đạt 56.7 và nhóm điều dưỡng có kiến thức thời gian công tác dưới 15 năm 62.2%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa trình độ đào tạo với kiến thức về phản vệ của đối tượng nghiên cứu về phòng và xử trí phản vệ (n=308)

Kiến thức \ Trình độ đào tạo	Trung cấp		CD-ĐH-SDH		OR (95%CI)	P
	SL	%	SL	%		
Đạt	8	38.1	180	62.7	2.734 1.097 ÷ 6.809	0.026
Chưa đạt	13	61.9	107	37.3		

Nhìn bảng 3.5 về mối liên quan giữa trình độ đào tạo với kiến thức về phản vệ của đối tượng nghiên cứu ta thấy: Nhóm điều dưỡng có trình độ cao đẳng trở lên kiến thức đạt cao gấp 2.734 lần nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ với khoảng tin cậy CI: 1.097 ÷ 6.809.

Bảng 6. Mối liên quan giữa giới tính với kiến thức về phản vệ của đối tượng nghiên cứu về phòng và xử trí phản vệ (n=308)

Kiến thức \ Giới tính	Nam		Nữ		OR (95%CI)	P
	SL	%	SL	%		
Đạt	28	73.7	160	59.3	0.519 0.243÷ 1.113	0.088
Chưa đạt	10	26.3	110	40.7		

Nhìn vào bảng 6 ta thấy mối liên quan giữa giới tính với kiến thức về phản vệ của đối tượng nghiên cứu nhóm điều dưỡng nam kiến thức đạt 73.7%, nhóm điều dưỡng nữ 59.3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.088 > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng

Qua nghiên cứu thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình đã thu nhận được 308 đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng với đầy đủ các tiêu chuẩn theo thiết kế ban đầu.

Trong tổng số đối tượng nghiên cứu thì nhóm tuổi 30-49 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 81.8% và thấp nhất là nhóm tuổi trên 50 với 3.9%. Điều này cho thấy lực lượng điều dưỡng tại bệnh viện hiện nay đa số là đối tượng trẻ. Kết quả này cũng tương đương kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân năm 2013.

Đối tượng nghiên cứu chiếm số lượng lớn là nữ (87.7%) và nam chỉ chiếm số lượng ít với 12.3%. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với đặc điểm điều dưỡng của bệnh viện hiện nay là nữ chiếm đa số. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân năm 2013.

Đối tượng nghiên cứu có trình độ đào tạo ở nhóm cao đẳng và đại học chiếm tỷ lệ lớn nhất (91.9%), nhóm có trình độ trung cấp chỉ còn 6.8% và nhóm có trình độ sau đại học là 1.3%. Điều này cho thấy Bệnh viện rất coi trọng đến chất lượng nguồn nhân lực tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học cao. Đồng thời kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với quy định về trình độ điều dưỡng quy định tại Thông tư số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 có quy định từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trở đi, viên chức tuyển dụng vào chức danh nghề nghiệp điều dưỡng hạng IV phải tốt nghiệp trình độ cao đẳng chuyên ngành điều dưỡng; tuyển dụng vào chức danh nghề nghiệp hộ sinh hạng IV phải tốt nghiệp trình độ cao đẳng chuyên ngành hộ sinh; tuyển dụng vào chức danh nghề nghiệp kỹ thuật y hạng IV phải tốt nghiệp trình độ cao đẳng chuyên ngành kỹ thuật y. Viên chức có trình độ trung cấp đã được tuyển dụng và bổ nhiệm vào chức danh nghề nghiệp điều dưỡng hạng IV, chức danh nghề nghiệp hộ sinh hạng IV, chức danh nghề nghiệp kỹ thuật y hạng IV trước 01 tháng 01 năm 2021 phải chuẩn hóa để đạt trình độ cao đẳng đúng chuyên ngành tuyển dụng chậm nhất trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Trường hợp viên chức được cử đi học tập để đạt trình độ cao đẳng mà không tham gia học tập hoặc kết quả học tập không đạt yêu cầu thì cơ quan, đơn vị sử dụng viên chức báo cáo cơ quan, đơn vị quản lý viên chức xem xét bố trí lại công tác khác hoặc thực hiện tinh giản biên chế.

Đối tượng nghiên cứu có thời gian công tác từ 10-20 năm chiếm số lượng lớn nhất với 52.9% tiếp đến là nhóm có thời gian công tác dưới 10 năm (39.6%) và nhóm thời gian công tác trên 20 năm chiếm số lượng ít nhất (7.5%). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với độ tuổi của điều dưỡng trong nghiên cứu.

Kết quả 96.1% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng về thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cấp cứu phản vệ, 82.8% trả lời đúng về triệu chứng gợi ý trong phản vệ, 77.3% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng về khái niệm thế nào là phản vệ cao hơn nghiên cứu của Tạ Thị Anh Thơ 2010. Tuy nhiên chỉ có 57.8% điều dưỡng trả lời đúng nguyên nhân hay gặp trong phản vệ thấp hơn nghiên cứu của tác giả.

Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên. Đối với người có tiền sử phản vệ có sẵn adrenalin mang theo người thì người bệnh hoặc người khác không phải là nhân viên y tế được phép sử dụng thuốc trong trường hợp khẩn cấp để tiêm bắp cấp cứu khi không có nhân viên y tế.

Đa số đối tượng nghiên cứu trả lời đúng về cách xử trí phản vệ mức độ nhẹ với 85.4%, trên 70% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng cách xử trí phản vệ mức độ nặng, liều lượng adrenalin 1mg/1ml cho trẻ em, thời gian tiêm nhắc lại adrenalin 1mg/1ml sau 3-5 phút cho đến khi các dấu hiệu về hô hấp tiêu hóa và huyết áp trở về bình thường trong phản vệ nặng và nguy kịch, cách pha loãng adrenalin 1mg/1ml trong tiêm tĩnh mạch cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân (2013). Tuy nhiên vẫn còn trên dưới 40% điều dưỡng trả lời sai về liều lượng adrenalin 1mg/1ml cho người lớn, thời gian theo dõi huyết áp trong xử trí phản vệ nặng và nguy kịch, cách pha loãng adrenalin 1mg/1ml trong truyền tĩnh mạch và thời gian theo dõi tối thiểu người bệnh phản vệ ở cơ sở khám chữa bệnh sau khi huyết áp đã ổn định. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Ngọc Diệp năm 2020.

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ. Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế cấp cứu phản vệ theo quy định. Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

Nguyên tắc dự phòng phản vệ tại các cơ sở khám chữa bệnh bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc sử dụng thuốc cho người bệnh. Tất cả thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào hồ sơ bệnh án.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% điều dưỡng đã trả lời đúng người bệnh khi vào viện phải khai thác tiền sử dị ứng, 97.7% điều dưỡng biết các trường hợp phải test trước khi sử dụng thuốc, trên 88% điều dưỡng biết cách khai thác tiền sử dị ứng thuốc và thành phần hộp chống phản vệ. Vẫn còn gần 50% điều dưỡng trả lời sai về thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm điều dưỡng có kiến thức phòng và xử trí phản vệ đạt 61.0 % và chưa đạt 31,0%.

Trong nghiên cứu kết quả cho thấy có sự khác biệt về trình độ đào tạo với kiến thức về phản vệ của đối tượng nghiên cứu nhóm điều dưỡng có trình độ cao đẳng trở lên kiến thức đạt cao gấp 2.734 lần nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ với khoảng tin cậy CI: $1.097 \div 6.809$. Điều này cho thấy nhóm điều dưỡng có trình độ đào tạo cao hơn có kiến thức phòng, xử trí phản vệ tốt hơn nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp. Kết quả này cũng tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Vân 2013.

Trong nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và thời gian công tác với kiến thức đạt của đối tượng nghiên cứu. Điều này cũng có thể lý giải được vì Thông tư 51/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ triển khai năm 2017 chính vì thế các đối tượng điều dưỡng đều được tiếp cận tập huấn cùng nhau.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng

Qua nghiên cứu thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

Trong tổng số 308 ĐTNC thì nhóm tuổi 30-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 81.8%. Tỷ lệ nữ chiếm đa số 87.7%. ĐTNC có trình độ cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (91.9%).

96.1% ĐTNC biết thuốc thiết yếu hàng đầu cấp cứu phản vệ, 77.3% điều dưỡng trả lời đúng khái niệm phản vệ.

Trên 70% điều dưỡng trả lời đúng về cách xử trí phản vệ, liều lượng adrenalin 1mg/1ml cho trẻ em, cách pha tiêm tĩnh mạch

100% ĐTNC biết NB vào viện phải khai thác tiền sử dị ứng. 97.7% Điều dưỡng biết các trường hợp phải thử test trước khi sử dụng thuốc

Trên 80% ĐTNC trả lời đúng về cách khai thác tiền sử dị ứng, thành phần hộp chống sốc phản vệ, vị trí phải đặt hộp chống sốc phản vệ.

Còn khoảng 40% điều dưỡng chưa biết về nguyên nhân hay gặp trong phản vệ, mức độ phản vệ, liều adrenalin cho người lớn, thời gian theo dõi huyết áp trong xử trí sốc phản vệ nặng, cách pha loãng adrenalin trong truyền tĩnh mạch, thiết bị y tế và thuốc tối thiểu, thời gian đọc kết quả test thử phản ứng.

61% điều dưỡng có kiến thức đạt về phòng và xử trí phản vệ.

Nhóm điều dưỡng có trình độ cao đẳng trở lên có kiến thức phòng và xử trí phản vệ cao gấp 2.734 lần nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ những kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một số kiến nghị như sau:

1. Bệnh viện tổ chức tập huấn đào tạo về Thông tư 51/2017 TT-BYT Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ cho toàn bộ điều dưỡng, kỹ thuật viên.

2. Phòng Điều dưỡng và điều dưỡng trưởng khoa thường xuyên kiểm tra giám sát việc nhận thức của điều dưỡng, kỹ thuật viên về kiến thức và thực hành phòng và xử trí phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017) Thông tư 51/2017 TT-BYT Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

2. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2015) Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y.

3. Bệnh viện Bạch Mai (2011), Sốc phản vệ, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Tr. 102-104, Hà Nội

4. Nguyễn Thanh Vân (2013), đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của điều dưỡng bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2013.

5. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2014) “nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai”

6. Tạ Thị Anh Thơ (2010) “Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc xử trí và chăm sóc bệnh nhân sốc phản vệ tại khoa lâm sàng bệnh viện K”. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

7. Vũ Thị Là (2018), Kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học chính quy khóa 10 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

8. Bùi Thị Ngọc Diệp (2020), Thực trạng kiến thức và thái độ phòng xử trí sốc phản vệ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2020.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SƠ CỨU, CẤP CỨU TRƯỚC VIỆN CHO NGƯỜI BỆNH BỊ TAI NẠN GIAO THÔNG CÓ SUY GIẢM Ý THỨC VÀO KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2021

Nguyễn Văn Thứ^{1*}, Phan Sỹ Thược

TÓM TẮT

Cấp cứu trước viện là hoạt động không thể thiếu và có ý nghĩa, vai trò quan trọng trong hệ thống cấp cứu nhằm nâng cao khả năng và cơ hội sống cho người bệnh cấp. Kinh nghiệm nhiều nước cho thấy, việc phát triển hệ thống cấp cứu trước viện có vai trò quan trọng giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong và giảm mức độ thương tật cho người bệnh, đặc biệt đối với các trường hợp nguy kịch. Đã có nhiều trường hợp sau khi xảy ra tai nạn thương tích người bệnh bệnh vẫn tỉnh táo, tiếp xúc bình thường nhưng không được sơ cứu ban đầu đúng cách đã tử vong trên đường đến bệnh viện hoặc để lại di chứng nặng nề, để lại nhiều nỗi đau cho người thân và xã hội cũng như sự nuối tiếc của nhân viên y tế.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng sơ cứu, cấp cứu trước viện cho người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Người bệnh (NB) bị tai nạn giao thông (TNGT) có suy giảm ý thức nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021. Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu và mô tả cắt ngang ở 264 người bệnh có triệu chứng đau, vết thương vùng đầu mặt cổ và có điểm Glasgow dưới 15 điểm. Thời gian từ tháng 2/2021 đến hết tháng 7/2021 tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Kết quả: thời gian người bệnh bị tai nạn giao thông vào viện có khung giờ từ 18-24h chiếm tỷ lệ cao 60,9%, đây là khung giờ tan làm cũng là khoảng thời gian ăn uống sau một ngày làm việc. Kết quả khảo sát cho thấy thời gian NB được xử trí ban đầu từ 15- 30p chiếm 49,2% và 30,7% số nạn nhân được người dân hỗ trợ cấp cứu ngay sau khi tai nạn xảy ra. Có sự khác biệt về các hình thức cấp cứu trước viện do người dân thực hiện với trung tâm cấp cứu 115 và các cơ sở y tế tuyến dưới, có 88,5% số nạn nhân TNGT được người dân đưa thẳng vào bệnh viện đa khoa tỉnh mà không gọi xe cấp cứu. Yếu tố dẫn đến tình trạng suy giảm ý thức của NB do chấn thương sọ não (38,6%) và có nồng độ cồn trong máu (32,9%). Tỷ lệ NB có nồng độ cồn trong máu bị chấn thương sọ não chiếm 39,1%.

Từ khóa: Sơ cứu, cấp cứu, tai nạn giao thông.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấp cứu trước viện là hoạt động không thể thiếu và có ý nghĩa, vai trò quan trọng trong hệ thống cấp cứu nhằm nâng cao khả năng và cơ hội sống cho người bệnh cấp cứu tại nước ta hoạt động cấp cứu trước viện vẫn chưa được phát triển tương xứng với tầm quan trọng của nó do gặp phải một số khó khăn như nhân lực, hệ thống kết nối thông tin, quy trình chuyên môn và chất lượng cấp cứu ban đầu vẫn cần được rà soát và bổ sung những quy định, tiêu chuẩn cụ thể. Chấn thương là một trong những nguyên nhân gây ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, trong đó chấn thương sọ não thường có tỷ lệ tử vong cao và thường để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng suốt cuộc đời. Tai nạn giao thông được cho là nguyên nhân hàng đầu gây chết người do chấn thương sọ não. Theo Ủy ban An toàn Giao thông Quốc Gia Việt Nam, mỗi năm có khoảng 13.000 người chết vì tai nạn giao thông, trong đó đa phần là do chấn thương sọ não[1]. Chấn thương sọ não là một nguy cơ đe dọa đến sinh mạng con người, bệnh viện Chợ Rẫy mỗi năm nhận vào khoa Cấp cứu khoảng 22.000 trường hợp chấn thương sọ não thì có tới 70-80% do tai nạn giao thông, trong đó tỷ lệ tử vong là 54% và gần một nửa số này chết trước khi nhập viện[3]. Đã có nhiều trường hợp sau khi xảy ra tai nạn thương tích người bệnh bệnh vẫn tỉnh táo, tiếp xúc bình thường nhưng không được sơ cứu ban đầu đúng cách đã tử vong trên đường đến bệnh viện hoặc để lại di chứng nặng nề, để lại nhiều nỗi đau cho người thân và xã hội cũng như sự nuối tiếc của nhân viên y tế. Vì vậy nhóm chúng tôi tiến hành nghiên cứu "**Khảo sát thực trạng sơ cứu, cấp cứu trước viện cho người bệnh bị tai**

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Nguyễn Văn Thứ - Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, BVĐK tỉnh.

SĐT: 0813.888.855; Email: ngvanthu1987@gmail.com.

nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021”, với mục tiêu: Khảo sát thực trạng sơ cứu, cấp cứu trước viện cho người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm, thời gian nghiên cứu.

2.1.1 Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2021 đến hết tháng 07/2021.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả người bệnh có triệu chứng đau, vết thương vùng đầu mặt cổ và có điểm Glasgow dưới 15 điểm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có điểm Glasgow là 15 điểm và NB chuyển từ tuyến trên về.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu: sử dụng phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Áp dụng cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021.

2.3.2 Biến số trong nghiên cứu

Các biến số về người bệnh có suy giảm ý thức, cố định người bệnh

Chỉ số về điểm Glasgow

2.3.3 Phương pháp thu thập thông tin.

Sử dụng phương pháp quan sát, phỏng vấn theo bảng kiểm, hồ sơ bệnh án, giấy chuyển viện.

- Trước khi thu thập số liệu tập huấn cho nhóm nghiên cứu cách thu thập.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập trên phần mềm EPIDATA 3.1 và được xử lý trên phần mềm SPSS 20

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin, mục đích, nội dung và hoàn toàn tự nguyện tham gia điều tra.

Kết quả phải đảm bảo tính khách quan, trung thực và bảo mật

Tuyệt đối không dùng kết quả trong nghiên cứu này để so sánh hoặc đánh giá các đơn vị, cá nhân liên quan.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Thời điểm xảy ra tai nạn thương tích.

Thời điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Từ 0-12h	40	15,2
Từ 12- 18h	63	23,9
Từ 18-24h	161	60,9
Tổng	264	100

Nhận xét: Qua bảng trên thấy rằng thời gian vào viện có khung giờ từ 18-24h chiếm tỷ lệ rất lớn 60,9% so với 23,9% ở khung giờ 12-18h và 15,2% từ 0-12h.

Bảng 2: Tình trạng suy giảm ý thức của người bệnh

Điểm Glasgow	Số lượng	Tỷ lệ %
Từ 10 – 14 điểm	168	63,7
Từ 6- 9 điểm	74	20,8

Dưới 6 điểm	22	8,3
Tổng	264	100

Nhận xét: Qua thống kê cho thấy tỷ lệ NB có điểm GCS từ 10-14đ là 63,7% chiếm chủ yếu, từ 6-9đ chiếm 20,8%, dưới 6đ là 8,3%.

Bảng 3: Thời gian NB được xử trí cấp cứu trước viện.

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
Cấp cứu ngay sau TNGT	81	30,7
Từ 15p-30p	130	49,2
Sau 30 phút	53	20,1
Tổng	264	100

Nhận xét: Kết quả khảo sát cho thấy thời gian NB được xử trí ban đầu từ 15- 30p chiếm 49,2% và 30,7% số nạn nhân được người dân hỗ trợ cấp cứu ngay.

Bảng 4: Các hình thức cấp cứu trước viện do người thân và người dân thực hiện

Sơ cứu	Người dân	Tình trạng thực hiện		Tổng
		Không	Có	
Gọi cấp cứu	Số lượng	138	18	156
	Tỷ lệ %	88,5	11,5	100
Cố định NB	Số lượng	101	55	156
	Tỷ lệ %	67,7	32,3	100
Kiểm tra tri giác và đường thở	Số lượng	15	141	156
	Tỷ lệ %	9,6	90,4	100
Băng rửa vết thương	Số lượng	93	63	156
	Tỷ lệ %	59,6	40,4	100

Nhận xét: Nhìn từ bảng 3.4 ta thấy NB sau khi bị TNGT được người thân hoặc người dân đưa trực tiếp đến cơ sở y tế mà không gọi xe cấp cứu hỗ trợ hoặc không đợi xe cấp cứu tới chiếm 88,5%. Chỉ có 32,3% NB được cố định tạm thời để đưa tới bệnh viện. Có 90,4% người đưa vào cho biết có thấy NB còn thở, gọi hỏi có trả lời và 59,4% NB chưa được xem xét vết thương, băng rửa cầm máu.

Bảng 5: Các hình thức cấp cứu trước viện do 115 thực hiện.

Sơ cứu	Cấp cứu 115	Tình trạng thực hiện		Tổng
		Không	Có	
Cố định NB	Số lượng	10	26	36
	Tỷ lệ %	27,8	72,2	100
Nẹp cột sống cổ	Số lượng	16	20	36
	Tỷ lệ %	44,4	55,6	100
Thở oxy	Số lượng	25	11	36
	Tỷ lệ %	69,4	30,6	100
Đặt NKQ, bóp bóng	Số lượng	34	2	36
	Tỷ lệ %	94,4	5,6	100
Băng rửa VT,	Số lượng	11	25	36

cầm máu	Tỷ lệ %	30,6	69,4	100
Truyền dịch, thuốc	Số lượng	27	9	36
	Tỷ lệ %	75,0	25,0	100
Phiếu theo dõi quá trình vận chuyển	Số lượng	36	0	36
	Tỷ lệ %	100,0	00,0	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy 72,2% NB đã được nhân viên vận chuyển 115 cố định trong quá trình vận chuyển và 55,6% NB đã được nép cổ hoặc mặc áo nép cột sống. Tỷ lệ NB có hỗ trợ thở oxy trong quá trình vận chuyển chỉ chiếm 30,6% và chỉ có 5,6% NB phải hỗ trợ bằng bóp bóng, đặt ống nội khí quản. Có 69,4% NB đã được chăm sóc vết thương, băng rửa cầm máu trước khi đưa vào bệnh viện, có 25% trong số này được truyền dịch, thuốc giảm đau. Tuy nhiên chưa có trường hợp nào nhân viên 115 ghi chép phiếu theo dõi quá trình vận chuyển để bàn giao lại.

Bảng 6: Các hình thức cấp cứu trước viện do tuyến dưới thực hiện.

Sơ cứu		NVYT cơ sở		Tình trạng thực hiện		Tổng
		Không	Có			
Cố định NB	Số lượng	18	54	72		
	Tỷ lệ %	25,0	75,0	100		
Nép cột sống cổ	Số lượng	47	25	72		
	Tỷ lệ %	65,3	34,7	100		
Thở oxy	Số lượng	50	22	72		
	Tỷ lệ %	69,4	30,6	100		
Đặt NKQ, bóp bóng	Số lượng	56	16	72		
	Tỷ lệ %	77,8	22,2	100		
Băng rửa VT, cầm máu	Số lượng	10	62	72		
	Tỷ lệ %	13,9	86,1	100		
Truyền dịch, thuốc	Số lượng	41	31	72		
	Tỷ lệ %	56,9	43,1	100		
Phiếu theo dõi quá trình vận chuyển	Số lượng	17	55	72		
	Tỷ lệ %	23,6	76,4	100		

Nhận xét: Kết quả từ bảng 3.6 cho thấy số NB được cố định trong quá trình vận chuyển chiếm phần lớn 75% tuy nhiên số ca được nép cột sống cổ chỉ có 34,7%. Chỉ có 30,6% NB được hỗ trợ thở oxy và 22,2% NB đã được bóp bóng hoặc đặt ống nội khí quản. Tỷ lệ NB được chăm sóc vết thương chiếm 86,1% và 43,1% NB được truyền dịch, thuốc hỗ trợ. Chỉ có 23,6% nhân viên tuyến cơ sở không ghi chép, mang theo sổ theo dõi quá trình vận chuyển.

Bảng 7: Các yếu tố liên quan đến tình trạng suy giảm ý thức của người bệnh

Yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ %
Có chấn thương sọ não	102	38,6
Có chấn thương cột sống cổ	31	11,7
Có nồng độ cồn	87	32,9
Có chấn thương ngực, bụng	35	13,3
Nguyên nhân khác	39	14,8

Nhìn từ bảng 3.7 cho thấy yếu tố chủ yếu dẫn đến tình trạng suy giảm ý thức của NB là do có chấn thương sọ não (38,6%) và có nồng độ cồn trong máu (32,9%). Số ca có chấn thương ngực, bụng chiếm tỷ lệ thấp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 264 người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2021 có tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74,2%), nạn nhân của các vụ tai nạn có độ tuổi từ 16 đến 45 tuổi chiếm 61%, độ tuổi trên 46 tuổi chiếm 25,6%. Tỷ lệ này tương đồng với khảo sát của trung tâm y tế huyện Củ Chi trên địa bàn năm 2005 [7]. Kết quả cho thấy số NB trong độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ lớn do quá trình tham gia giao thông thường xuyên và vội vàng khi điều khiển các phương tiện giao thông. Nam giới được cho là có thói quen lái xe nhanh và một lượng không nhỏ lái xe sau quá trình sử dụng các chất kích thích như các loại nước uống có nồng độ cồn cao

Kết quả nghiên cứu thấy rằng thời gian người bệnh bị tai nạn giao thông vào viện có khung giờ từ 18-24h chiếm tỷ lệ rất lớn 60,9%, đây là khung giờ tan làm cũng là khoảng thời gian ăn uống sau một ngày làm việc. Cùng với thời tiết buổi tối ánh đèn không đủ sáng, số ít lực lượng cảnh sát giao thông còn làm việc là lý do ảnh hưởng tới số vụ tai nạn giao thông tăng lên trong thời điểm này [2]. Qua nghiên cứu cho thấy đây cũng là khung giờ có số lượng NB bị chấn thương nặng vào viện cùng đó là xét nghiệm nồng độ cồn tăng cao trong máu, NB vào viện thường có chấn thương nặng nề hoặc hôn mê sâu có nguy cơ tử vong cao. Đặc biệt thì đây là khoảng thời gian mà số vụ tai nạn xảy ra ở lứa tuổi trẻ chiếm chủ yếu, nạn nhân thường có biểu hiện say rượu, nôn oẹ rất khó khăn cho việc thăm khám và chẩn đoán [6].

Qua thống kê cho thấy tỷ lệ NB có điểm GCS từ 10-14đ là 63,7% chiếm chủ yếu, từ 6-9đ chiếm 20,8%. Tuy nhiên số ca hôn mê sâu dưới 6đ còn nhiều (8,3%) và đây là số nạn nhân có tổn thương nặng nề nhất. Nghiên cứu chỉ ra các nạn nhân thường có biểu hiện suy giảm hô hấp, tuần hoàn cần can thiệp đặt nội khí quản thở máy và tỷ lệ chấn thương sọ não ở nhóm hôn mê dưới 6đ chiếm rất lớn với các tổn thương và di chứng nặng.

Thời gian nạn nhân được sơ cứu ban đầu cũng ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe của bệnh nhân, kết quả khảo sát cho thấy thời gian NB được xử trí ban đầu từ 15- 30p chiếm 49,2% và 30,7% số nạn nhân được người dân hỗ trợ cấp cứu ngay sau khi tai nạn xảy ra. Tuy nhiên việc không có các phương tiện y tế phù hợp hoặc không có chuyên môn khiến cho sự hỗ trợ này chỉ dừng lại ở mức băng rửa vết thương hoặc nẹp cố định xương gãy và gọi trung tâm cấp cứu.

Nhóm nghiên cứu đưa ra bốn hình thức sơ cứu ban đầu mà người dân có thể thực hiện để khảo sát, kết quả có tới 88,5% không có cuộc gọi tới lực lượng cấp cứu 115, cho thấy việc gọi cấp cứu không còn là vấn đề ưu tiên khi tai nạn xảy ra mà thay vào đó họ gọi xe gia đình để đưa thẳng bệnh nhân vào các cơ sở y tế [4]. Người dân có hỏi và kiểm tra mức độ tỉnh táo của nạn nhân với tỷ lệ cao 90,4%, tuy vậy số ca được băng rửa vết thương và cố định chỉ có lần lượt là 40,4% và 32,3% chứng tỏ sự hiểu biết của người dân khi sơ cứu NB bị tai nạn giao thông còn rất hạn chế, đa số chỉ đứng xem hoặc có rất ít các can thiệp đúng, một số người dân không dám sơ cứu do tâm lý lo sợ [5].

Kết quả bảng 5 cho thấy 72,2% NB đã được nhân viên vận chuyển 115 cố định trong quá trình vận chuyển và 55,6% NB đã được nẹp cổ hoặc mặc áo nẹp cột sống. Tỷ lệ NB có hỗ trợ thở oxy trong quá trình vận chuyển chỉ chiếm 30,6% và chỉ có 5,6% NB phải hỗ trợ bằng bóp bóng, đặt ống nội khí quản. Có 69,4% NB đã được chăm sóc vết thương, băng rửa cầm máu trước khi đưa vào bệnh viện, có 25% trong số này được truyền dịch, thuốc giảm đau. So sánh với bảng 3.8 cho thấy rõ ràng có sự hỗ trợ từ các nhân viên y tế 115 cho NB bị tai nạn giao thông, ngoài việc chăm sóc vết thương từ sớm để hạn chế các nhiễm trùng sau này, NB còn được hỗ trợ về thở oxy, dùng các thuốc giảm đau trong đó có trường hợp NB còn được đặt nội khí quản, một thủ thuật chuyên sâu để cấp cứu và duy trì hô hấp cho bệnh nhân [4]. Với tỷ lệ cố định bệnh nhân trong quá trình vận chuyển cao đã hạn chế nhiều biến chứng không mong muốn, người bệnh an toàn hơn trong quá trình đưa tới bệnh viện. Tuy nhiên chưa có trường

hợp nào nhân viên 115 ghi chép phiếu theo dõi quá trình vận chuyển để bàn giao lại, các trường hợp ghi nhận được do nhân viên y tế trao đổi với nhau bằng lời, điều này thể hiện tính chuyên nghiệp chưa cao, cần có sổ ghi chép chi tiết quá trình diễn biến của NB. Đánh giá khách quan của nhóm nghiên cứu cho thấy NB đã được tiếp cận các can thiệp y tế ngay từ sớm và khi phải vận chuyển vào bệnh viện thì đã an toàn với việc được cố định, băng vết thương và thở oxy trong quá trình vận chuyển.

Bảng 6 cho thấy số NB được cố định trong quá trình vận chuyển chiếm phần lớn 75% tuy nhiên số ca được nẹp cột sống cổ chỉ có 34,7%. Chỉ có 30,6% NB được hỗ trợ thở oxy và 22,2% NB đã được bóp bóng hoặc đặt ống nội khí quản. Tỷ lệ NB được chăm sóc vết thương chiếm 86,1% và 43,1% NB được truyền dịch, thuốc hỗ trợ. Chỉ có 23,6% nhân viên tuyến cơ sở không ghi chép, mang theo sổ theo dõi quá trình vận chuyển. Có thể thấy rõ ngoài việc được xe cấp cứu vận chuyển, nhân viên y tế hộ tống cùng với sổ theo dõi, NB còn được hỗ trợ các biện pháp an toàn khi vận chuyển, được chăm sóc vết thương, nẹp cố định. Đặc biệt có 22,2% số bệnh nhân nặng được đặt ống nội khí quản, bóp bóng để vận chuyển tới bệnh viện đa khoa tỉnh, nếu không bệnh nhân có nguy cơ ngừng hô hấp, tắc nghẽn đường thở rất cao, đe dọa đến tính mạng.

Qua kết quả của nhóm nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về các hình thức cấp cứu trước viện do người dân thực hiện với trung tâm cấp cứu 115 và các cơ sở y tế tuyến dưới. NB đã sớm được chăm sóc, hỗ trợ từ ngay sau khi bị tai nạn giao thông đến khi đưa vào bệnh viện, đảm bảo an toàn trong quá trình vận chuyển cũng như hạn chế các tổn thương tăng thêm. Tuy vào các trang thiết bị y tế và sự chuẩn bị mà người bệnh do trung tâm cấp cứu 115 và các cơ sở y tế tuyến dưới có các biện pháp hỗ trợ khác nhau.

Đánh giá từ 264 NB bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu trong 6 tháng cho thấy nguyên nhân NB có chấn thương sọ não từ nhẹ đến nặng chiếm tỷ lệ cao 38,6% và 32,9% số ca có nồng độ cồn trong máu xuất hiện nhiều ở nam giới, điều này đánh giá đúng thực trạng nam giới trong độ tuổi từ 16 đến 45 tuổi sử dụng nhiều thức uống có nồng độ cồn sau đó vẫn tham gia giao thông. Mặc dù nghị định 100 của chính phủ ban hành cấm uống rượu bia khi lái xe nhưng do lực lượng cảnh sát giao thông còn mỏng, ý thức của người dân còn hạn chế nên tình trạng lái xe khi trong người có nồng độ cồn còn nhiều, hậu quả có rất nhiều vụ tai nạn thương tâm xảy ra lấy đi tính mạng của nhiều người trong đó có cả các em nhỏ và phụ nữ mang thai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát 264 người bệnh bị tai nạn giao thông có suy giảm ý thức vào khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2021, nhóm nghiên cứu cho kết luận:

- Thời gian người bệnh vào viện có khung giờ từ 18-24h chiếm tỷ lệ 60,9%.
- Người bệnh có điểm GCS từ 10-14đ là 63,7%, từ 6-9đ chiếm 20,8%.
- Thời gian người bệnh được xử trí ban đầu từ 15- 30p chiếm 49,2% và sau 30p là 20,1%.
- Có 88,5% số nạn nhân TNGT được người dân đưa thẳng vào bệnh viện đa khoa tỉnh mà không gọi xe cấp cứu, 59,4% số NB được băng vết thương do người dân thực hiện.
- Trung tâm cấp cứu 115 thực hiện cố định người bệnh là 72,2%, băng rửa vết thương là 69,4%, cho thở oxy là 30,6% và không có phiếu ghi chép quá trình vận chuyển.
- Các tuyến cơ sở thực hiện cố định người bệnh là 75%, cho người bệnh thở oxy là 30,6%, chăm sóc vết thương là 86,1% và 23,6% không có sổ ghi chép quá trình vận chuyển.
- Yếu tố dẫn đến tình trạng suy giảm ý thức của người bệnh do chấn thương sọ não (38,6%) và có nồng độ cồn trong máu (32,9%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tuyên truyền người dân hãy gọi cấp cứu 115 hoặc đưa nạn nhân tai nạn giao thông vào cơ sở y tế gần nhất.

Tập huấn cho các cơ sở y tế các bước cấp cứu chấn thương ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công thông tin điện tử Bộ giao thông vận tải, *Chuyên trang an toàn giao thông*.
2. Lê Tấn Nấm, Nguyễn Minh Tâm, (2012), “ Nguyên nhân, phân loại và kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não tại bệnh viện An Giang”.
3. Nghiêm Chí Cương, (2009), “Nghiên cứu hình thái chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định y pháp”.
4. NXB Y học, Vũ Văn Đính (2003), “Hồi sức cấp cứu toàn tập”.
5. NXB Hà Nội, TS Lê khắc Hiền, Ts Nguyễn Đức Chính (2013), “ Sổ tay sơ cấp cứu trước viện”.
6. Tạp chí cảnh sát nhân dân chuyên đề an toàn giao thông (số 1/tháng 11/2014), Ths Nguyễn Đức Khiêm.
7. Y học thực hành, (số 4/2008), “Khảo sát các trường hợp chấn thương sọ não do tai nạn lưu thông xảy ra trên địa bàn Củ Chi và được theo dõi, điều trị tại Trung tâm y tế Củ Chi trong thời gian từ 1/5/2005 đến 31/7/2005”.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022 - 2023

Quách Chí Đông¹, Hoàng Thị Vui, Hoàng Thị Kim Thoa

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc người bệnh (CSNB) sau phẫu thuật mở ổ bụng của điều dưỡng tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022 - 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 105 người bệnh (NB) điều trị nội trú và quan sát 15 điều dưỡng viên (ĐDV) thực hiện các quy trình CSNB: Quy trình tiêm an toàn, thay băng rửa vết thương, rút dẫn lưu tại khoa Ngoại Tổng Hợp – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. Số liệu được thu thập bằng phương pháp tự điền vào bộ câu hỏi thiết kế sẵn và bảng kiểm trong thời gian từ 10/2022 đến 2/2023.

Kết quả: Qua ý kiến đánh giá của NB, đa số hoạt động chăm sóc của ĐDV đều được NB đánh giá cao. Tuy nhiên công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe (GDSK) cho NB còn đạt ở mức khiêm tốn, chỉ có 74,3% NB đánh giá đạt yêu cầu; Thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng (ĐD), số lần thực hiện quy trình thay băng rửa vết thương; thực hành thay băng rút dẫn lưu của điều dưỡng lần lượt chiếm tỷ lệ đạt yêu cầu là 84,8%, 86,7%, 88,6%. Thâm niên, trình độ có liên quan đến số lần thực hiện quy trình tiêm an toàn, thay băng rửa vết thương, rút dẫn lưu đạt của điều dưỡng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Thực trạng chăm sóc người bệnh của điều dưỡng cơ bản được thực hiện tốt

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh, phẫu thuật mở ổ bụng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam cũng như các nước trên thế giới, phẫu thuật mở ổ bụng chiếm tỷ lệ cao nhất. Giai đoạn sau phẫu thuật ổ bụng là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý, gồm: rối loạn các chức năng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích đau, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ...do gây mê hoặc do phẫu thuật. Cuộc phẫu thuật dù là đơn giản hay phức tạp đều gây căng thẳng, lo lắng cho NB và gia đình NB [1], [2]. Vì vậy NB sau phẫu thuật có nhu cầu rất cao về chăm sóc về y tế. Trong đó ĐD có vai trò hết sức quan trọng trong thực hành CSNB sau phẫu thuật. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng của điều dưỡng tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022 – 2023”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

- Thời gian nghiên cứu: Từ 10/2022 đến 1/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh: Sau phẫu thuật mở ổ bụng, tỉnh táo, được thực hiện quy trình điều dưỡng, đã được thông báo ra viện trong 24h tới, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Điều dưỡng: Trực tiếp thực hiện quy trình chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng cho người bệnh tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022 - 2023 và có chứng chỉ hành nghề.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh: Người bệnh mắc bệnh rối loạn tâm thần. Sau phẫu thuật bất tỉnh, hôn mê hoặc mê sảng, người bệnh đa chấn thương

- Điều dưỡng: Đang nghỉ chế độ, đi học tập trung

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.3.2. Thang đo, tiêu chí và tiêu chuẩn đánh giá các biến trong nghiên cứu

2.3.3.1. Thang đo

- Đối với bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp NB được xây dựng dựa vào tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan về đánh giá các hoạt động CSNB sau phẫu thuật mở ổ bụng[3]. Thông tư số 31/2021/TT-BYT về quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện[4].

- Đối với bộ công cụ quan sát thực hành của điều dưỡng:

Phiếu điều tra: quy trình CSNB sau phẫu thuật của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình do bệnh viện xây dựng và ban hành dựa trên tài liệu Hướng dẫn quy trình CSNB sau phẫu thuật của Bộ Y tế; Tài liệu đào tạo liên tục về An toàn người bệnh của Bộ Y tế năm 2014; Hướng dẫn công tác điều dưỡng về CSNB trong bệnh viện năm 2011.

2.3.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá

❖ Đối với bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh

- Khảo sát ý kiến người bệnh về công tác CSNB của điều dưỡng với 03 mức độ đánh giá, được xếp theo thứ tự 1, 2, 3:

1. Thực hiện tốt/đầy đủ: ĐD thực hiện được đầy đủ các nội dung chăm sóc (CS) theo câu hỏi.

2. Thực hiện nhưng chưa tốt/chưa đầy đủ: ĐD chưa thực hiện được đầy đủ các nội dung CS theo câu hỏi.

3. Không thực hiện: ĐD không thực hiện được các nội dung CS theo câu hỏi.

- Mức độ hoàn thành mỗi nội dung chăm sóc được phân thành 02 nhóm: “Đạt” và “Không đạt” được tính như sau:

- **Mục A:** Tiếp đón người bệnh gồm 03 câu hỏi, được tính “Đạt” khi cả 03 câu (A1 - A3) đều được người bệnh đánh giá đạt mức độ 1. Chỉ một câu mức độ 2 hoặc 3 tính “Không đạt”.

- **Mục B:** Chăm sóc, hỗ trợ về tâm lý, tinh thần cho NB gồm 04 câu hỏi, được tính “Đạt” khi cả 04 câu (B1 - B4) đều được người bệnh đánh giá đạt mức độ 1. Chỉ một câu mức độ 2 hoặc 3 tính “Không đạt”.

- **Mục C:** Theo dõi, đánh giá NB gồm 03 câu hỏi, được tính “Đạt” khi cả 3 câu (C1, C2, C3) đều được người bệnh đánh giá đạt mức độ 1. Chỉ một câu mức độ 2 hoặc 3 tính “Không đạt”.

- **Mục D:** Hỗ trợ điều trị và phối hợp thực hiện y lệnh của bác sĩ, gồm 07 câu hỏi, được tính “Đạt” khi cả 07 câu (D1 - D7) đều được người bệnh đánh giá đạt mức độ 1. Chỉ một câu mức độ 2 hoặc 3 tính “Không đạt”.

- **Mục E:** Tư vấn, hướng dẫn GDSK cho người bệnh, gồm 05 câu hỏi, được tính “Đạt” khi cả 5 câu (từ E1 - E5) được người bệnh đánh giá đạt mức độ 1. Chỉ 01 câu được NB đánh giá đạt mức độ 2 hoặc 3 tính “Không đạt”.

- **Mục F, G, H, I:** Chỉ mô tả kết quả chăm sóc riêng theo từng câu mà không tổng hợp chung để đánh giá “Đạt” hay “Không đạt”.

❖ Đối với quan sát thực hành của điều dưỡng

- Quan sát thực hành mỗi bước của quy trình của điều dưỡng với 02 mức độ đánh giá: Đạt và Không đạt.

- Mức độ hoàn thành mỗi quy trình được tính “Đạt” khi ĐD thực hiện 70% trở lên các bước trong quy trình ở mức độ “Đạt”.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.3.1. Phỏng vấn người bệnh

+ Được sự đồng ý của lãnh đạo khoa, điều tra viên tiến hành phỏng vấn NB vào cuối giờ buổi sáng sau khi người ĐD đã thực hiện chăm sóc cho người bệnh.

+ Thời gian: ngày người bệnh ra viện.

+ Mỗi người bệnh phỏng vấn khoảng 10 phút.

+ Nghiên cứu viên thông báo mục đích của nghiên cứu, phát phiếu, cho NB xem trước và giải thích cho NB một số quy trình chăm sóc của điều dưỡng, hướng dẫn cách trả lời phiếu khảo sát theo quy định và nhắc nhở NB không trao đổi thông tin trong khi trả lời. Trong quá trình phỏng vấn nếu NB thấy nội dung nào chưa rõ thì sẽ hỏi trực tiếp nghiên cứu viên để được giải thích. Người tham gia nghiên cứu không ghi hoặc ký tên vào phiếu khảo sát.

+ Sau khi phỏng vấn xong, nghiên cứu viên kiểm tra lại và đảm bảo các nội dung phỏng vấn đã đầy đủ theo yêu cầu nghiên cứu.

2.3.3.2. Quan sát thực hành của điều dưỡng trên người bệnh

+ Có được danh sách ĐDV phụ trách CSNB sau phẫu thuật mở ổ bụng, điều tra viên mời ĐDV tham gia vào nghiên cứu, ĐDV đồng ý được ký giấy đồng thuận.

+ Điều tra viên tiến hành phỏng vấn ĐD để hoàn thiện phần hành chính của phiếu điều tra.

+ Thời gian quan sát: trong buổi sáng (vì trong thời gian này ĐD thực hiện chăm sóc người bệnh nhiều nhất)

+ Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc không được thông báo về quá trình quan sát.

+ Sau khi kết thúc điều tra, điều tra viên sẽ kiểm tra lại phiếu 1 lần nữa đảm bảo các thông tin được đầy đủ.

+ Điều tra viên là nhóm nghiên cứu, Điều dưỡng trưởng Khoa Ngoại tổng hợp được tập huấn và thống nhất cách điều tra, quan sát, đánh giá.

2.3.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu và thông tin thu được từ nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu.

- Từ các thông tin thu được trên phiếu điều tra, dữ liệu được mã hóa và xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

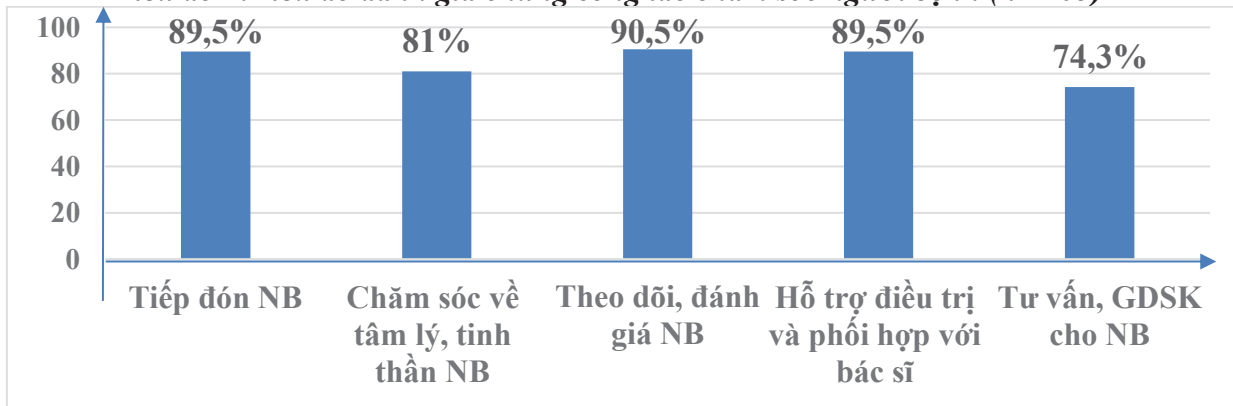
- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sẽ được phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả. Phân tích số liệu thống kê mô tả bằng tỷ lệ %.

- Mỗi tương quan được đo lường bằng kiểm định Chi bình phương (chi square - test). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đánh giá ở ngưỡng xác suất $p < 0,05$ (độ tin cậy 95%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng qua ý kiến đánh giá của NB

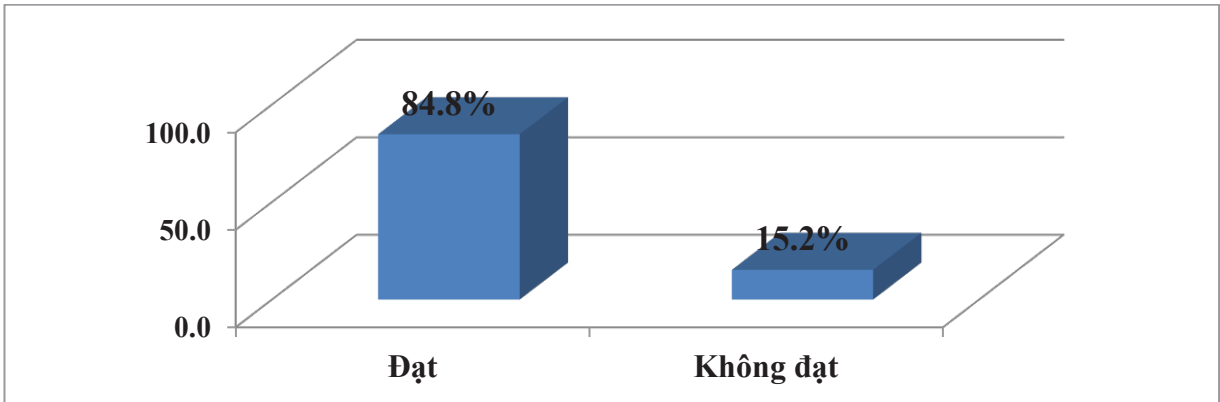
Biểu đồ 1: Biểu đồ đánh giá chung công tác chăm sóc người bệnh (n =105)



Nhận xét: Qua ý kiến đánh giá của NB, các hoạt động chăm sóc của ĐD đều được NB đánh giá cao, cụ thể: Công tác theo dõi đánh giá NB đạt kết quả cao nhất (90,5%); Công tác tư vấn, GDSK cho NB còn đạt ở mức khiêm tốn có 74,3% NB đánh giá đạt yêu cầu.

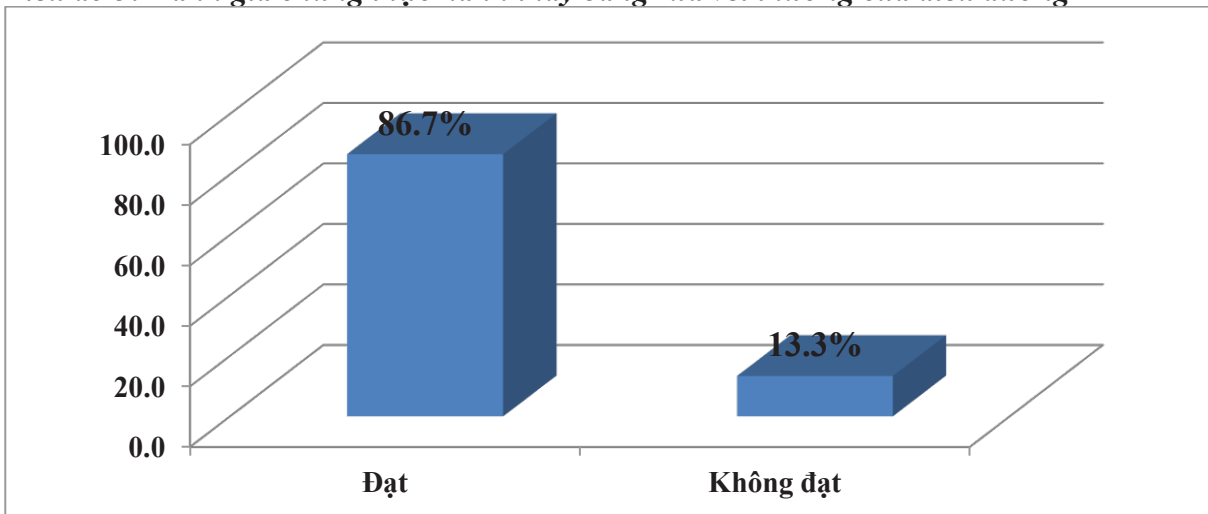
3.2. Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng qua đánh giá thực hành chăm sóc của điều dưỡng.

Biểu đồ 2: Đánh giá chung thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng



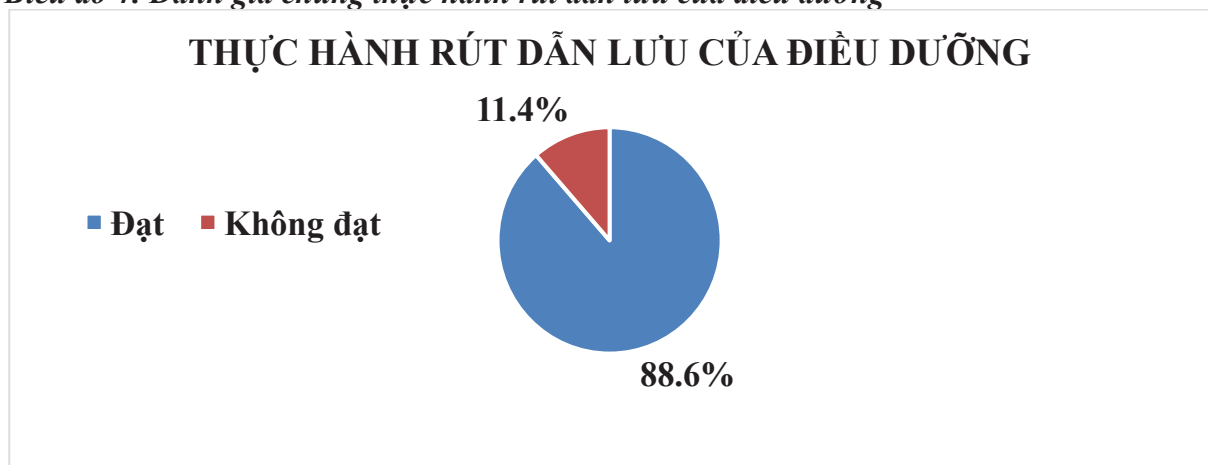
Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy, đánh giá chung thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng, mức đạt chiếm tỷ lệ 84,8% và 15,2% ở mức không đạt.

Biểu đồ 3: Đánh giá chung thực hành thay băng rửa vết thương của điều dưỡng



Nhận xét: Tỷ lệ số lần điều dưỡng thực hành chăm sóc thay băng rửa vết thương đạt là 86,7%, không đạt là 13,3%.

Biểu đồ 4: Đánh giá chung thực hành rút dẫn lưu của điều dưỡng



Nhận xét: Số lần thực hiện quy trình chăm sóc ống dẫn lưu đạt của điều dưỡng chiếm tỉ lệ cao: 88,6%, không đạt là 11,4%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng
Bảng 1: Yếu tố liên quan của điều dưỡng với thực hiện quy trình tiêm an toàn (n=105)

Yếu tố	Phân loại	Số lần thực hiện thủ thuật			OR (95%CI)	p
		Đạt (n/%)	Không đạt (n/%)	Tổng (%)		
Thâm niên công tác	≤ 10 năm	36 (76,6%)	11 (23,4%)	47 (100%)	0,309 (0,099 – 0,964)	0,036
	>10 năm	53 (91,4%)	5 (8,6%)	58 (100%)		
Trình độ	Cao đẳng	32 (71,1%)	13 (28,9%)	45 (100%)	0,130 (0,034 – 0,489)	0,001
	Đại học	57 (95%)	3 (5%)	60 (100%)		
Số ca trực/tuần	1 ca	52 (78,8%)	14 (21,2%)	66 (100%)	0,201 (0,043 – 0,937)	0,027
	≥ 2 ca	37 (94,9%)	2 (5,1%)	39 (100%)		

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy, thâm niên công tác, trình độ, số ca trực/tuần có liên quan đến số lần thực hiện quy trình tiêm an toàn với $p < 0,05$.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan của điều dưỡng với thực hiện quy trình thay băng rửa vết thương (n=105)

Yếu tố	Phân loại	Số lần thực hiện thủ thuật			OR (95%CI)	p
		Đạt (n/%)	Không đạt (n/%)	Tổng (%)		
Thâm niên công tác	≤ 10 năm	36 76,6%	11 (23,4%)	47 (100%)	0,179 (0,047 – 0,684)	0,006
	>10 năm	55 (94,8%)	3 (5,2%)	58 (100%)		
Trình độ	Cao đẳng	34 (75,6%)	11 (24,4%)	45 (100%)	0,163 (0,042 – 0,625)	0,004
	Đại học	57 (95%)	3 (5%)	60 (100%)		
Số ca trực/tuần	1 ca	56 (84,8%)	10 (15,2%)	66 (100%)	0,640 (0,186 – 2,198)	0,476
	≥ 2 ca	35 (89,7%)	4 (10,3)	39 (100%)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, thâm niên công tác và trình độ của điều dưỡng có liên quan đến số lần thực hiện quy trình thay băng rửa vết thương với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động chăm sóc sau phẫu thuật mở ổ bụng qua đánh giá từ người bệnh.

Công tác hỗ trợ điều trị và phối hợp, thực hiện y lệnh của bác sĩ đạt cao là 89,5%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Nga (2015) tại BV phổi Trung ương là 81,2%[5]. Đạt được kết quả trên là do Khoa ngoại Tổng hợp đã làm tốt việc kiểm tra, giám sát, đôn đốc công tác ĐD và đặc biệt đã triển khai áp dụng thành công Thông tư số 31/2021/TT-BYT về quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Công tác theo dõi, đánh giá NB của ĐD được NB đánh giá cao, còn 9,5% NB cho rằng ĐD chưa thực hiện tốt việc theo dõi diễn biến bệnh của họ. Công tác tư vấn, GDSK vẫn còn nhiều hạn chế, còn 1 tỷ lệ không nhỏ 25,7% NB đánh giá ĐD chưa thực hiện tốt việc tư vấn, GDSK cho họ. Lý giải phần nào thực trạng

này, là do khoa thường trong tình trạng quá tải NB nên khối lượng công việc rất lớn trong khi đó lại thiếu hụt nhân lực ĐD vì thế ngoài thời gian thực hiện y lệnh và các chăm sóc cơ bản khác ĐD còn rất ít thời gian cho công tác tư vấn, GDSK. Một lý do quan trọng khác nữa là kiến thức, kinh nghiệm và khả năng truyền đạt của ĐD còn hạn chế, đặc biệt là các ĐD trẻ mới vào làm trong giao tiếp với NB còn e dè, thiếu tự tin khi tư vấn.

4.2. Thực trạng chăm sóc sau phẫu thuật mở ổ bụng của điều dưỡng qua đánh giá thực hành điều dưỡng.

4.2.1. Thực hành quy trình tiêm an toàn của điều dưỡng

Việc sử dụng bơm kim tiêm vô khuẩn đạt 100%; Kim lấy thuốc đảm bảo vô khuẩn đạt 80%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Đinh Thị Thu Huyền với tỉ lệ sử dụng kim lấy thuốc đảm bảo vô khuẩn đạt 78%. Việc còn 20% kim lấy thuốc không đạt yêu cầu là do một số điều dưỡng đã sử dụng một kim lấy thuốc để lấy thuốc cho 2, 3 người bệnh có cùng chung một loại thuốc tiêm, một nguyên nhân khác là sau đại dịch covid 19 việc cung ứng vật tư, trang thiết bị, thuốc của bệnh viện gặp khó khăn.

4.2.2. Thực trạng về thực hành thay băng rửa vết thương của điều dưỡng

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thực hành đúng các thao tác liên quan đến vệ sinh tay đạt tỷ lệ khá cao, tỷ lệ thực hành sát khuẩn tay nhanh trước đi thay băng và vệ sinh tay sau khi tháo găng đạt yêu cầu lần lượt là 90,5% và 81%. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan (2020) tại BV đa khoa tỉnh Hà Nam với tỷ lệ thực hành sát khuẩn tay nhanh trước đi thay băng đạt 65% và vệ sinh tay sau khi tháo găng đạt 18%[3].

4.2.3. Thực trạng thực hành thay băng rút dẫn lưu của điều dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ĐD chăm sóc ống dẫn lưu đạt tỉ lệ cao là 88,6%, vẫn còn 11,4% ĐD thực hành chăm sóc ống dẫn lưu cho NB chưa đạt yêu cầu, vì vậy trong thời gian tới lãnh đạo khoa và điều dưỡng trưởng khoa cần quan tâm hơn nữa việc đào tạo lại, đào tạo thường xuyên cho các ĐD về thực hành chăm sóc ống dẫn lưu.

4.3. Các yếu tố liên quan đến hoạt động chăm sóc của điều dưỡng

4.3.1. Các yếu tố liên quan đến chăm sóc sau phẫu thuật mở ổ bụng của điều dưỡng qua thực hành chăm sóc tiêm an toàn

Điều dưỡng có trình độ đại học có số lần thực hiện quy trình tiêm an toàn đạt cao hơn ĐD có trình độ cao đẳng (95% và 71,1%), với $p = 0,001$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Duy Thị Thanh Huyền tỉ lệ ĐD có trình độ Đại học là 42,9% cao hơn điều dưỡng có trình độ cao đẳng, trung cấp là 33,3%[6]. Điều này có thể là do nhóm ĐD có trình độ đại học có thâm niên công tác trên 10 năm họ có kiến thức, kinh nghiệm, thời gian thực hành nhiều hơn nên họ thực hành tiêm an toàn tốt hơn so với nhóm ĐD cao đẳng, nhóm có kinh nghiệm dưới 10 năm.

4.3.2. Các yếu tố liên quan đến chăm sóc sau phẫu thuật mở ổ bụng qua thực hành chăm sóc thay băng của điều dưỡng

Nhóm ĐD có trên 10 năm kinh nghiệm có số lần thực hiện quy trình thay băng đạt cao hơn nhóm dưới 10 năm kinh nghiệm (94,8% và 76,6%), với $p = 0,006$. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của Hoàng Thị Phương khi khảo sát về thực hành, nhóm ĐD có trên 5 năm kinh nghiệm có thực hành đạt cao gấp 5,1 lần ĐD dưới 5 năm kinh nghiệm có $p < 0,001$ [7]. Điều này có thể giải thích là do ĐD có số năm làm việc nhiều hơn họ có kinh nghiệm chuyên môn cũng như đúc rút được nhiều kiến thức cũng như thực hành nên họ thay băng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận thực trạng CSNB qua ý kiến đánh giá của NB và quan sát thực hành chăm sóc của ĐD đạt yêu cầu cao. Nhóm ĐD có trình độ đại học có số lần thực hiện quy trình tiêm an toàn và thay băng đạt cao hơn ĐD có trình độ cao đẳng. Nhóm ĐD có trên 10 năm kinh nghiệm có số lần thực hiện quy trình thay băng đạt cao hơn nhóm dưới 10 năm kinh nghiệm, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Duy Quang, Phan Cảnh Chương và cộng sự** (2014). *Nghiên cứu nhu cầu chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Huế*, Tài liệu Hội Nghị Khoa học Quốc tế Điều Dưỡng, 69 – 78.

2. **Đào Đức Hạnh** (2015), *Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh cần chăm sóc cấp I tại viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108, năm 2015*, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại Học y tế Công Cộng, Hà Nội.

3. **Nguyễn Thị Loan** (2020). *Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ổ bụng tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2020*

4. **Bộ Y tế** (2021). Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về việc: “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện”.

5. **Nguyễn Thị Bích Nga** (2015), *Thực trạng một số hoạt động chăm người bệnh của điều dưỡng lâm sàng bệnh viện Phổi Trung ương, năm 2015*, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại Học y tế Công Cộng, Hà Nội.

6. **Duy Thị Thanh Huyền** (2018). *Kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan đến tiêm an toàn của điều dưỡng viên trung tâm y tế quận Nam – Bắc Từ Liêm Hà Nội, năm 2018*, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường đại học y Hà Nội tr: 52 – 60.

7. **Hoàng Thị Phương** (2018), *Thực trạng kiến thức thay băng của điều dưỡng ngoại bệnh viện Nhi thanh Hóa, năm 2018*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Điều dưỡng Nam Định tr 54.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ÂM NHẠC TRONG GIẢM LO LẮNG CHO NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN MẮT TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022

Dinh Thị Lê Na¹, Phạm Đắc Đông, Vũ Văn Đầu

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả của âm nhạc trong việc giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bán can thiệp 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp phân phối thuận tiện được thực hiện trên 82 người bệnh lần đầu tiên phẫu thuật mắt theo kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình. **Kết quả** cho thấy việc nghe nhạc giúp giảm đáng kể mức độ lo lắng trước phẫu thuật. **Kết luận,** âm nhạc có thể được sử dụng như một phương pháp hỗ trợ hiệu quả để giảm lo lắng trước phẫu thuật.

Từ khóa: âm nhạc, lo lắng, phẫu thuật, liệu pháp âm nhạc, Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là một quá trình căng thẳng đối với người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng việc sử dụng âm nhạc có thể giúp giảm lo lắng và cải thiện trạng thái tâm lý của người bệnh trước phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn cần thêm nghiên cứu để xác định mức độ hiệu quả của phương pháp này trong bối cảnh Việt Nam, đặc biệt là tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn đánh giá hiệu quả của liệu pháp âm nhạc giúp NB phẫu thuật mắt giảm lo lắng trước phẫu thuật. Đề tài “Đánh giá hiệu quả của liệu pháp âm nhạc trong giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình, năm 2022” nhằm 2 mục tiêu sau:

1. **Mô tả thực trạng lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình, năm 2022.**

2. **Đánh giá hiệu quả của liệu pháp âm nhạc trong giảm lo lắng cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình, năm 2022.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ 8/2022 đến 11/2022
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi không phân biệt giới tính.
- Lần đầu tiên được chỉ định phẫu thuật mắt theo kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình.
- NB đồng ý tham gia nghiên cứu
- Điểm rối loạn lo âu > 20

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB có huyết áp $> 160/100$ mmHg;
- Tiền sử rối loạn tâm thần; Suy giảm thính lực; Quá già, yếu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

¹ Dinh Thị Lê Na, Phòng Kế hoạch tổng hợp – Điều dưỡng,

Đơn vị công tác: Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình,

Điện thoại 0915650111, Email: dinhlenna@gmail.com

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bán can thiệp 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp phân phối thuận tiện được thực hiện trên người bệnh lần đầu tiên phẫu thuật mắt theo kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình, năm 2022

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin:

- Sau khi được sự thông qua đề cương và cho phép của Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình, thu thập dữ liệu được tiến hành.

- Người nghiên cứu dựa vào Danh sách phẫu thuật và hồ sơ bệnh án chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn.

- Người nghiên cứu giải thích với người tham gia nghiên cứu mục đích của nghiên cứu và quá trình tiến hành khi tham gia nghiên cứu, các lợi ích và rủi ro để cho đối tượng tham gia nghiên cứu được rõ. Người tham gia có quyền lựa chọn không tham gia vào nghiên cứu và không bị mất bất cứ quyền lợi nào.

- Nếu đồng ý tham gia vào nghiên cứu này, người tham gia sẽ trả lời bộ câu hỏi được thiết kế sẵn và những thông tin của người tham gia sẽ được giữ bí mật.

2.3.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Bảng 1. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

Mục tiêu	Biến số	Định nghĩa	Phân loại biến
Nhân khẩu học	Tuổi	Tuổi dương lịch, lấy 2022 trừ đi năm sinh của đối tượng nghiên cứu	Định lượng
	Giới tính	Là giới nam hay nữ	Định tính
	Tình trạng hôn nhân	Có gia đình hoặc nhóm độc thân, ly thân, ly dị, góa.	Định tính
	Mức sống	Ghi nhận theo mức thu nhập và nhu cầu của người bệnh được chia thành 3 nhóm là khá giả, đủ ăn, nghèo hoặc cận nghèo.	Định tính
Xác định yếu tố liên quan	Thời gian chờ đợi trước PT	Khoảng thời gian NB chờ từ khi có thông báo chỉ định PT [37]	Định lượng
Xác định mức độ lo lắng	Thang đánh giá lo lắng	Mức độ lo lắng được chia thành 4 mức: không lo lắng (20 điểm), lo lắng ít (21 – 40 điểm), lo lắng trung bình (41 – 60 điểm), lo lắng nhiều (61 – 80 điểm).	Định tính

2.3.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Nghiên cứu nhằm mục đích làm nguồn tư liệu nhằm nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh tại Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình.

- Nghiên cứu có sự đồng ý của Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình và sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu.

- Trước khi tham gia, đối tượng nghiên cứu được cung cấp rõ ràng, đầy đủ thông tin liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối hoặc rút lui khi tham gia nghiên cứu.

- Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Trung thực trong xử lý số liệu.

- Đảm bảo trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS, phân tích hồi quy tuyến tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm thử nghiệm và nhóm đối chứng

Mục		Nhóm thử nghiệm (n = 41)		Nhóm đối chứng (n = 41)	
		N	%	N	%
Độ tuổi trung bình		67,95 ± 8,9 Min: 47 Max 88		65.95 ± 11.13 Min: 35; Max: 89	
Giới tính	Nam	14	34.1	9	22
	Nữ	27	65.9	32	78
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	39	95.1	38	92.7
	Độc thân (ly thân, ly dị, goá)	2	4.9	3	7.3
Mức sống	Khá giả	7	17.1	4	9.8
	Đủ ăn	23	56.1	24	58.5
	Nghèo hoặc cận nghèo.	11	26.8	13	31.7

3.2. Mức độ lo lắng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Mức độ lo lắng và chỉ số sinh tồn có độ lệch chuẩn ở nhóm thử nghiệm

Các chỉ số		Trước khi nghe nhạc (n = 41)	Sau khi nghe nhạc (n = 41)	Giá trị p
Mức độ lo lắng trung bình (STAI)		50.98 ± 8.04 Min: 31; Max: 67	26.32 ± 4.88 Min: 20; Max: 42	0.000
Chỉ số sinh tồn	Nhịp tim (mỗi phút)	93 ± 5.2 Min: 87; Max: 108	83.7 ± 5.2; Min: 75; Max: 100	0.000
	Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)	153.2 ± 5.1; Min: 140; Max: 160	134 ± 11.8; Min: 110; Max: 180	0.000

Nhận xét: Sau can thiệp mức độ lo lắng STAI giảm đáng kể 24.66 điểm (Từ 50.98 xuống 26.32). Chỉ số sinh tồn đều giảm sau khi được nghe nhạc giá trị p < 0.05 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với báo cáo của nhiều tác giả như Deena Dahshan [1] tổng hợp các nghiên cứu thực hiện can thiệp trên 523 người bệnh đực thủy tinh thể, tác giả Trần Anh Vũ can thiệp trên 82 người bệnh phẫu thuật ổ bụng [1],[2].

Bảng 4: Mức độ lo lắng và chỉ số sinh tồn có độ lệch chuẩn ở nhóm đối chứng

Các chỉ số		Đo lần thứ nhất	Đo lần thứ 2 sau 30 phút mà không có sự can thiệp nào	Giá trị p
Mức độ lo lắng trung bình (STAI)		41.56 ± 8.97 Min: 25; Max: 63	32.90 ± 6.78 Min: 20; Max: 48	0.000
Chỉ số sinh tồn	Nhịp tim (mỗi phút)	86.7 ± 4.5 Min 78; Max: 100	82.26 ± 3.1; Min 78 Max 92	0.132
	Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)	146.1 ± 10.2 Min: 130; Max: 160	135 ± 12.3; Min: 110; Max: 170	0.000

Nhận xét: Kết quả đo lần 2 mức độ lo lắng STAI giảm không đáng kể 8.66 điểm (Từ 41.56 xuống 32.9), giá trị $p < 0.05$ điều này có ý nghĩa thống kê. Nhịp tim giảm ít, $p = 0.132 > 0.05$ không có ý nghĩa thống kê. Huyết áp tâm thu sau 30 phút giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Chăm sóc tâm lý cho người bệnh trước phẫu thuật là vấn đề cần thiết đồng thời cũng thể hiện được vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa. Tại bệnh viện mắt Ninh Bình chưa có tác giả nào thực hiện nghiên cứu vấn đề này do đó chúng tôi chọn mô tả đặc điểm lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, bệnh viện mắt tỉnh Ninh Bình và đánh giá hiệu quả của liệu pháp âm nhạc có giúp giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật hay không?

Trong nghiên cứu về 82 người bệnh phẫu thuật theo kế hoạch, độ tuổi trung bình của cả hai nhóm nghiên cứu tương tự nhau (65,95 – 67,95 tuổi), phù hợp với nhóm tuổi thường gặp các vấn đề về mắt như đục thủy tinh thể. Tỷ lệ giới tính cho thấy phụ nữ chiếm ưu thế gấp 2-3 lần so với nam giới, điều này đồng nhất với kết quả của Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019. Tỷ lệ người bệnh độc thân đến phẫu thuật chỉ chiếm 4,9% và 7,3% ở hai nhóm, thấp hơn nhiều so với 23,45% trong dân số chung, cho thấy cần nghiên cứu sâu hơn để hỗ trợ nhóm đối tượng này. Trong nhóm nghiên cứu, 56,1% và 58,5% người bệnh có mức sống đủ ăn, phản ánh thực trạng người cao tuổi Việt Nam. Thời gian chờ đợi trước phẫu thuật của nhóm chứng là 5,47 giờ, dài hơn so với 3,44 giờ của nhóm can thiệp, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu và cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo.

Ở nhóm can thiệp sau khi nghe nhạc mức độ lo lắng STAI giảm 24.66 điểm (Từ 50.98 xuống 26.32), chỉ số sinh tồn đều giảm về giới hạn cho phép phẫu thuật (giá trị $p < 0.05$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với báo cáo của nhiều tác giả như D. Wiwatwongwana, Deena Dahshan nghiên cứu trên nhóm người bệnh đục thủy tinh thể [3],[1]. Tác giả Abouzar Mohammadi nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật tổng quát [4], tác giả Trần Anh Vũ can thiệp trên 82 người bệnh phẫu thuật ổ bụng [2]... Sở dĩ âm nhạc có tác dụng như vậy là do nó giúp hạ thấp nồng độ của hormone căng thẳng cortisol. Đặc biệt cortisol sẽ hạ thấp khi nghe thể loại âm nhạc nhẹ nhàng, thư giãn [5],[6]. Âm nhạc còn giúp người bệnh ít đau và lo lắng, thậm chí ít cần đến thuốc giảm đau hơn những người không nghe nhạc. Tác giả A. Y. R. Kühlmann và các cộng sự còn cho rằng tác động này còn mạnh hơn khi họ được nghe thể loại nhạc yêu thích [7],[8].

Ở nhóm chứng mức độ lo lắng trạng thái và chỉ số sinh tồn khi đo lần 2 STAI giảm không đáng kể, giảm 8.66 điểm (Từ 41.56 xuống 32.9), giá trị $p < 0.05$ (có ý nghĩa thống kê). Nhịp tim giảm ít, $p = 0.132 > 0.05$ (không có ý nghĩa thống kê). Huyết áp tâm thu đo lần 2 giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả này tương tự kết quả của nhiều tác giả như D. Wiwatwongwana, Deena Dahshan nghiên cứu trên nhóm người bệnh đục thủy tinh thể [3],[1].

Sự khác biệt về mức độ lo lắng trung bình sau 2 lần đo của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng thể hiện rõ nhất ở kết quả so sánh trong Biểu đồ 8. Kết quả lần đo thứ 2, nhóm can thiệp chỉ số mức độ lo lắng giảm 24,66 điểm so với lần 1, nhóm chứng giảm 8.66 điểm so với lần 1. Điều này chứng minh rõ hơn vai trò của âm nhạc trong giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật.

Nhóm bệnh lý chủ yếu phẫu thuật tại Bệnh viện mắt Ninh Bình là bệnh đục thủy tinh thể. Liệu pháp âm nhạc trước phẫu thuật cho nhóm người bệnh mắc bệnh lý này được nhiều tác giả nghiên cứu đã chứng minh được công dụng trong việc giảm cảm giác đau, giảm lo lắng với lợi ích ổn định nhịp tim và huyết áp [5], [6]. Tác giả Deena Dahshan tổng hợp ba nghiên cứu với 523 bệnh nhân phẫu thuật đục thủy tinh thể có can thiệp bằng âm nhạc cũng đưa ra kết luận tương tự. Tổng quan này xác định các phương pháp tiếp cận phi truyền thống để giảm lo lắng trong phẫu thuật đối với các ca phẫu thuật đục thủy tinh thể, đưa ra các lựa chọn thay thế cho bác sĩ lâm sàng để giảm thiểu rủi ro sử dụng thuốc và benzodiazepine [1].

Với phần lớn người bệnh là người cao tuổi thì việc đưa âm nhạc trong điều trị sẽ nhận được nhiều lợi ích vì trong nghiên cứu của mình tác giả C. J. Cruise chứng minh rằng người bệnh cao tuổi hài lòng tăng lên khi được can thiệp bằng âm nhạc thay vì chỉ động viên bằng lời [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khẳng định rằng âm nhạc có hiệu quả trong việc giảm lo lắng cho bệnh nhân trước phẫu thuật. Hơn nữa đây là một giải pháp an toàn, có thể dễ dàng sử dụng qua ứng dụng trên điện thoại thông minh của chính người bệnh và người nhà người bệnh. Để giảm thiểu lo lắng và cải thiện kết quả phẫu thuật, âm nhạc nên được sử dụng như một phương pháp hỗ trợ trong chăm sóc bệnh nhân. ngoài việc cho người bệnh nghe nhạc trong thời gian chờ đợi trước phẫu thuật để giảm lo lắng thì cần phải truyền thông Giáo dục sức khỏe cho người bệnh trước phẫu thuật bằng nhiều phương pháp linh hoạt phù hợp với nhu cầu của mỗi người bệnh như: Truyền thông trực tiếp giữa bác sĩ, điều dưỡng với người bệnh hoặc gián tiếp qua các trang thông tin của BV hoặc bằng tờ rơi...

VI. KHUYẾN NGHỊ

- 6.1. Áp dụng liệu pháp âm nhạc cho người bệnh trước phẫu thuật.
- 6.2. Xây dựng Bộ tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe
- 6.3. Xây dựng hướng dẫn, đào tạo kỹ năng tư vấn, giáo dục sức khỏe
- 6.4. Tăng cường thời gian, nhân lực điều dưỡng cho công tác chăm sóc người bệnh
- 6.5. Sử dụng phương tiện truyền thông để Giáo dục sức khỏe

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dahshan. Deena, J. Kuzbel và V. Verma** (2021), "A role for music in cataract surgery: a systematic review", *Int Ophthalmol.* 41(12), tr. 4209-4215.
2. **Vũ. Trần Anh và Nguyễn Thị Sơn** (2020), "Hiệu quả của liệu pháp âm nhạc đối với lo lắng trước phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *TNU Journal of Science and Technology.* 225(01), tr. 66-71.
3. **Wiwatwongwana. D và các cộng sự.** (2016), "The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial", *Eye (Lond).* 30(11), tr. 1407-1414

4. Abouzar Mohammadi và các cộng sự. (2014), “Effects of music listening on preoperative state anxiety and physiological parameters in patients undergoing general surgery: a randomized quasi-experimental trial”, *Cent Eur J Nurs Midw.* 5(4), tr. 156-160.

5. Ni. C. H và các cộng sự. (2012), “Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients – a randomised clinical trial”, *J Clin Nurs.* 21(5-6), tr. 620-5.

6. A. Novotney (2013), *Music as medicine*, Monitor on Psychology.

7. Kühlmann. A. Y. R và các cộng sự. (2018), “Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery”, *Br J Surg.* 105(7), tr. 773-783.

8. J. M. Standley (1986), “Music research in medical/dental treatment: meta-analysis and clinical applications”, *J Music Ther.* 23(2), tr. 56-122.

9. Cruise. C. J và các cộng sự. (1997), "Music increases satisfaction in elderly outpatients undergoing cataract surgery", *Can J Anaesth.* 44(1), tr. 43-8.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH QUY TRÌNH HÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN BẰNG CATHETER KÍN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2021

Phạm Đức Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín của điều dưỡng khoa Cấp Cứu bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện 288 cơ hội thực hành của 15 điều dưỡng khoa Cấp Cứu bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

Kết quả: Kiến thức của ĐD về quy trình đạt khá cao với 66,7% đạt kiến thức tốt. Thực hành quy trình với bước chuẩn bị dụng cụ đạt 88,9%, 100% xác định đúng người bệnh đúng thủ thuật, 93,8% sát khuẩn catheter trước khi tiến hành hút, 58,3% Hút theo các tư thế khác nhau, 85,1% Nhận định dấu hiệu sinh tồn sau khi tiến hành xong quy trình.

Kết luận: Các ĐD trong nghiên cứu có kiến thức tương đối tốt về quy trình hút NKQ kín. Tuy nhiên vẫn còn một số bước thực hành quy trình hút NKQ kín có tỉ lệ thực hành đạt dưới 80% cần được cải thiện để đáp ứng yêu cầu chuẩn mực thực hành.

Từ khóa: Điều dưỡng, Kiến thức, Thực hành, Hút nội khí quản kín

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời gian gần đây, tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện liên quan đến thở máy có tỷ lệ mắc gia tăng không ngừng. Trong báo cáo của tác giả Elodie erfgrond Viện khoa học Sinh học thuộc Trung tâm nghiên cứu khoa học quốc gia Pháp trên tạp chí Paris Match xuất bản năm 2009 về 10000 trường hợp người bệnh cần hỗ trợ thông khí nhân tạo tại các khoa điều trị trên khắp các bệnh viện công của Paris Pháp thì tỉ lệ người bệnh mắc các bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện sau thời gian điều trị từ 5 ngày trở lên lên đến 17% [11]. Tại Việt Nam tình hình viêm phổi liên quan thở máy có thay đổi tùy vào các bệnh viện và giai đoạn:

Trong giai đoạn từ 2004 – 2010: tỉ lệ viêm phổi liên quan thở máy tại các bệnh viện Bạch Mai, Chợ Rẫy và một số bệnh viện khác là 21,3% - 64,8%.

Trong giai đoạn từ 2011 – 2015: tỉ lệ viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, Chợ Rẫy và bệnh viện Nhân dân Gia Định là 30,0 - 55,3% [5], [9], [6], [4]. Tần suất viêm phổi liên quan thở máy ở Khoa Hồi sức tích cực Bạch Mai năm 2015 là 24,8/1000 ngày thở máy [3].

Qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc tập huấn kiến thức, giám sát thực hành các quy trình kỹ thuật ĐD vào công tác chăm sóc người bệnh góp phần hạn chế nhiễm khuẩn bội nhiễm trên các bệnh nhân thở máy đang là rất cấp thiết và mang tính chất toàn cầu. Trong đó việc thực hiện quy trình hút dịch NKQ là công việc chăm sóc thường ngày của ĐD nhằm mục đích đảm bảo và hạn chế đến mức thấp nhất tình trạng nhiễm khuẩn, bội nhiễm mà bệnh nhân mắc phải do quá trình thở máy gây ra [5]. Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình hàng năm khám điều trị cho trên 100 nghìn lượt bệnh nhân nội trú [7], đặc biệt với khoa Cấp Cứu hàng ngày tiếp nhận các bệnh nhân vào khoa trong tình trạng nặng được đặt ống NKQ và thở máy trong suốt quá trình điều trị tương đối nhiều. Do đó việc áp dụng quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín góp phần làm giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện là hết sức cần thiết để hạn chế tối đa biến chứng về sau này cho người bệnh. Theo một cuộc khảo sát nhanh có tới 75 % thủ thuật hút nội khí quản kín được tuân thủ đúng quy trình. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào về kiến thức, thực hành của ĐD về việc tuân thủ quy trình hút dịch NKQ bằng catheter kín. Xuất phát từ thực tế đó tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Kiến thức, thực hành quy trình hút ống Nội Khí Quản bằng catheter kín của ĐD khoa Cấp Cứu bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2021*”

¹ Phạm Đức Thắng

Khoa Cấp cứu Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

với mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành của ĐD của ĐD đến sự tuân thủ quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2021 đến tháng 10/2021 tại khoa Cấp cứu bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: ĐD làm việc trực tiếp tại khoa. Lấy tất cả các cơ hội quan sát khi ĐD tham gia nghiên cứu thực hành quy trình hút Nội Khí Quản bằng catheter kín.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Thu thập thông tin: Phỏng vấn và quan sát trực tiếp (không tham gia vào các bước thực hành quy trình).

2.3.3. Biến số nghiên cứu: Nghiên cứu được tổng hợp dựa trên việc xây dựng hệ thống các nhóm câu hỏi dưới dạng tên biến và định nghĩa biến rõ ràng tách biệt. Điều này thể hiện thông qua hai nhóm biến Phân loại và biến Nhị phân về nội dung thông tin chung, kiến thức và sự tuân thủ quy trình để làm nổi bật lên kết quả trung thực và khách quan nhất của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.3.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu dựa trên nguyên tắc đạo đức tôn trọng các cá nhân tham gia nghiên cứu. Đề cao tính trung thực, chính xác, công bằng và liêm chính trong nghiên cứu khoa học hướng đến tính đổi mới và thực tiễn trong bối cảnh xã hội hiện đại ngày nay.

2.3.5. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin cá nhân ĐD tham gia nghiên cứu

Thông tin về đối tượng nghiên cứu		N	%
Tuổi	Dưới 25 tuổi	0	0
	Từ 25-35 tuổi	13	86,7
	Từ 36-45 tuổi	2	13,3
	Trên 45 tuổi	0	0
Giới	Nam	7	46,7
	Nữ	8	53,3
Trình độ chuyên môn	ĐD hạng III	5	33,3
	ĐD hạng IV	10	66,7
Thâm niên công tác	Dưới 1 năm	0	0
	Từ 1-5 năm	5	33,3
	Trên 5 năm	10	66,7

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy ĐD có độ tuổi từ 25-35 chiếm 86,7 % và không có điều dưỡng nào dưới 25 tuổi. ĐD nam chiếm 46,7 % và nữ 53,3%. ĐD hạng IV chiếm 66,7% và hạng III chiếm 33,3%. Thâm niên công tác trên 5 năm chiếm 66,7% dưới 1 năm không có.

Bảng 2. Thông tin chung về quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín

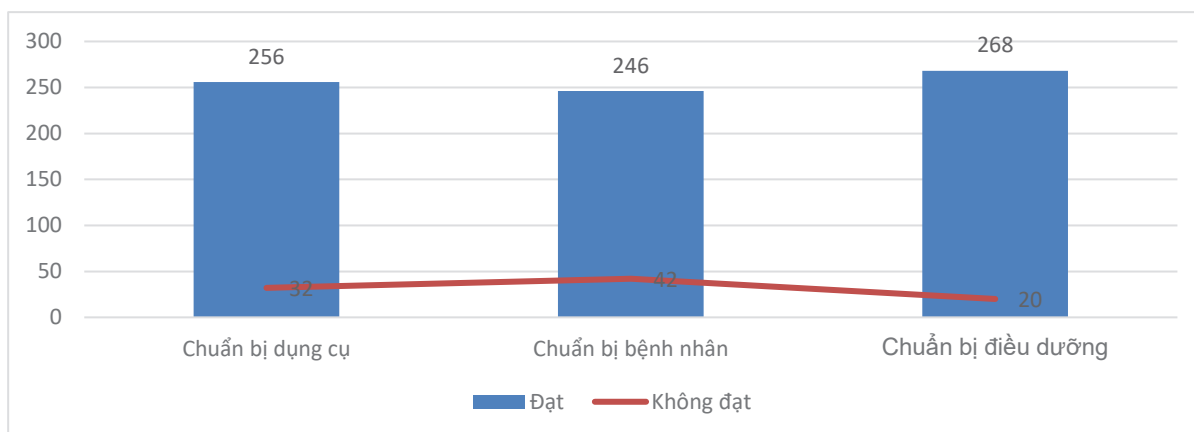
Thông tin chung về quy trình		N	%
Tập huấn về quy trình	Không	0	0
	Tập huấn 01 lần	2	13,3
	Tập huấn 02 lần trở lên	13	86,7

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy tất cả các ĐD đã được tập huấn về quy trình hút ống NKQ kín và tỉ lệ ĐD được tập huấn từ 2 lần trở lên chiếm tới 86,7 %.

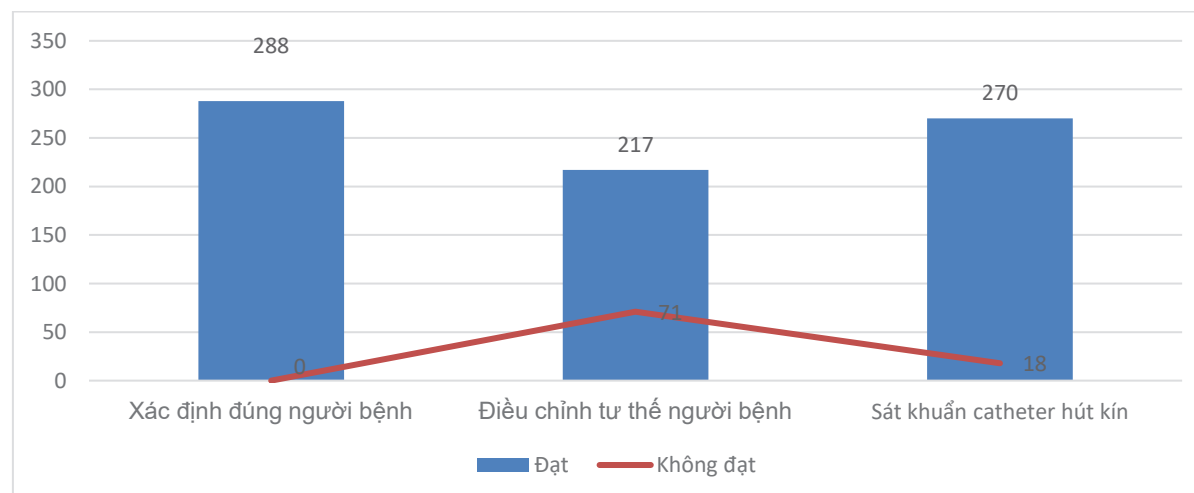
Bảng 3. Kiến thức của ĐD về quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín

Nội Dung	n	%
Tốt	10	66,7
Khá	5	33,3
Trung bình	0	0
Yếu	0	0
Tổng	15	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy Kiến thức ĐD đạt loại tốt chiếm 66,7 % và không có điều dưỡng nào kiến thức xếp hạng trung bình và yếu.

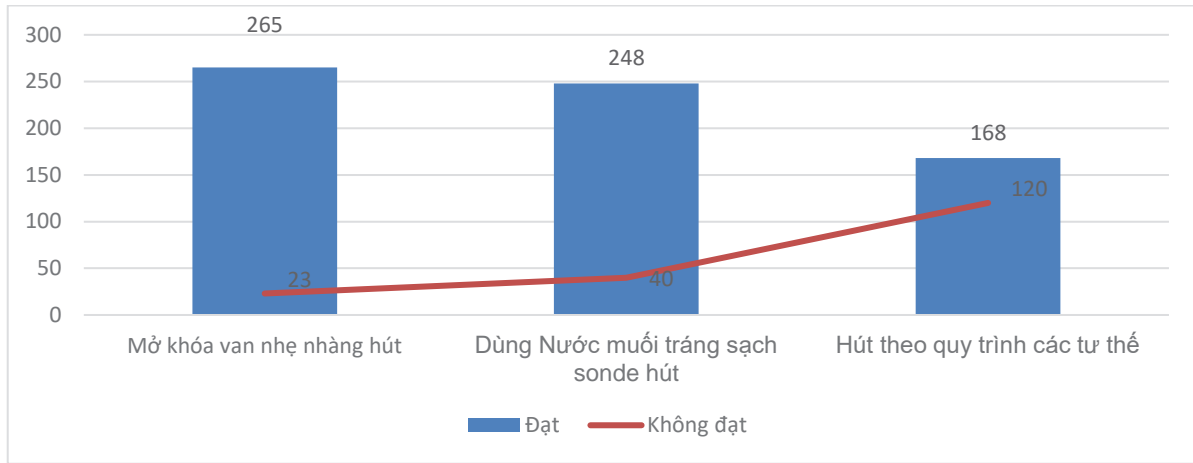
**Biểu đồ 1. Thực hành của điều dưỡng trong bước chuẩn bị dụng cụ**

Nhận xét: Kết quả của biểu đồ 3.1 thể hiện bước chuẩn bị ĐD khi thực hành quy trình hút ống NKQ kín chiếm 93,1%. Riêng bước chuẩn bị bệnh nhân chỉ đạt 85,4%.



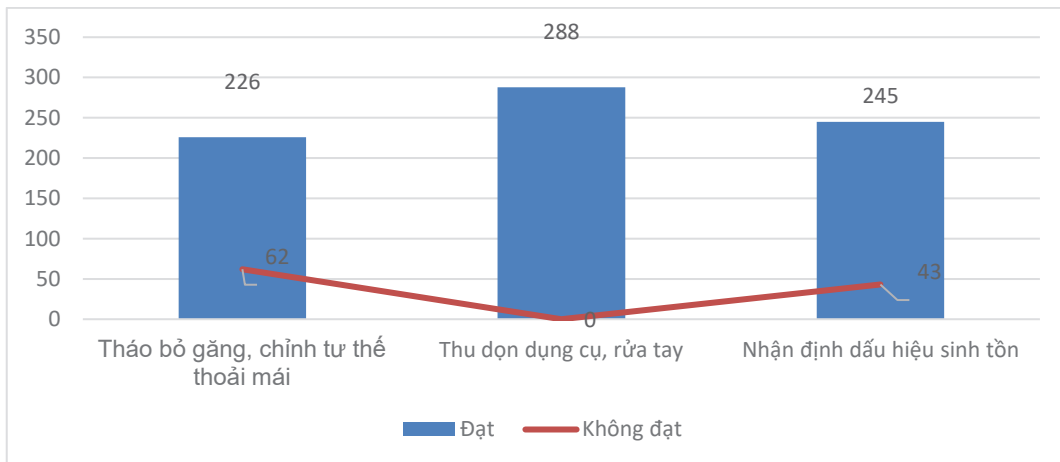
Biểu đồ 2. Thực hành của ĐD trong bước kiểm tra Catheter hút NKQ kín

Nhận xét: Kết quả của biểu đồ 3.2 thể hiện tất cả các ĐD đều xác định được đúng NB đúng thủ thuật. Tỷ lệ ĐD sát khuẩn catheter hút kín và kết nối sonde hút với hệ thống hút đạt 93,8 %. Tuy nhiên tỉ lệ ĐD điều chỉnh tư thế thích hợp cho người NB đạt 75,3 %.



Biểu đồ 3. Thực hành của ĐD trong bước tiến hành hút đờm bằng catheter kín

Nhận xét: Kết quả của biểu đồ 3.3 thể hiện bước Hút theo quy trình ở các tư thế chỉ đạt tỉ lệ thấp 58,3 % trong khi bước mở khóa van hút 180 độ, nhẹ nhàng đưa ống hút vào tiến hành hút đạt 92%. Bước tráng sạch ống hút cũng đạt tỉ lệ cao với 86,1%.



Biểu đồ 4. Thực hành của ĐD khi kết thúc quá trình hút và thu dọn dụng cụ

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 3.4 thể hiện các bước thực hành quy trình có tỉ lệ đạt cao. Đặc biệt là bước thu dọn dụng cụ sát khuẩn tay sau khi thực hành quy trình đạt tỉ lệ tối đa 100%. Bước đánh giá dấu hiệu sinh tồn cũng như đưa bệnh nhân về tư thế thoải mái đạt trên 80%.

4. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu là 53,3 % tương đương với tỉ lệ nam giới 46,7%, đây không phải là đặc thù chung của ngành ĐD đặc biệt là tại bệnh viện nhưng với tính chất đặc thù công việc riêng về chuyên khoa Cấp Cứu thì tỉ lệ này hoàn toàn phù hợp. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đạt Anh 2009 [1].

Phần lớn các ĐD viên trong nghiên cứu có tuổi đời còn rất trẻ nhóm tuổi từ 25 đến 35 tuổi chiếm 86,7 %. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ cấu nhân lực điều dưỡng tại bệnh viện chủ yếu là nguồn nhân lực trẻ. Với 15 ĐD viên tham gia trong quá trình nghiên cứu tỉ lệ ĐD viên hạng IV là 66,7% và hạng III là 33,3%. Như vậy tỉ lệ điều dưỡng có bằng đại học đã tăng lên từ 22,8 % so với cơ cấu nhân lực của Lê Thị Thanh Thủy (2016) [10]. Đặc biệt là chuyên ngành cấp cứu hồi sức, điều này cho thấy sự quan tâm của ban lãnh đạo bệnh viện đã tạo điều kiện thuận lợi cho các ĐD đi học tập đào tạo nâng cao chuyên môn nghiệp vụ.

Qua nghiên cứu trên 15 ĐD viên về kiến thức về quy trình hút ống NKQ bằng catheter kín nhìn chung kiến thức của các ĐD viên đều tương đối tốt. Điều đó được thể hiện qua 66,7 % tỉ lệ đạt kiến thức tốt, 33,3% đạt kiến thức khá và không có ĐD viên nào kiến thức trung bình và yếu điều này cũng tương đối phù hợp khi thâm niên công tác của ĐD viên tại đơn vị khoa cấp cứu hồi sức trên 5 năm là 66,7 %.

Tỉ lệ ĐD nằm bắt được trên 80% các bước chuẩn bị dụng cụ trước khi thực hành quy trình cho thấy được rằng chất lượng đầu vào của người ĐD là tương đối tốt. Trong số 288 cơ hội được quan sát của 15 ĐD thực hành trên người bệnh hút ống NKQ bằng catheter kín việc xác định đúng người bệnh đạt tuyệt đối 100%. Bên cạnh đó khâu đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình chăm sóc NB luôn được quan tâm hàng đầu điều đó thể hiện qua 93,8% tỉ lệ ĐD vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh và 90,2 % khi người ĐD tiến hành quy trình. Tuy nhiên 75,3 % tỉ lệ điều dưỡng chưa điều chỉnh NB về tư thế thoải mái cũng như kiểm tra vị trí ống NKQ trước khi tiến hành quy trình cho thấy vấn đề này vô cùng quan trọng đề phòng tai biến khi tiến hành hút nhưng chưa được chú ý. Hút theo các tư thế chỉ đạt 58,3 % cần được chú ý vì điều này làm giảm đi chất lượng chăm sóc người bệnh vì việc hút các tư thế khác nhau có thể cải thiện ứ đọng phổi do người bệnh thường nằm bất động trong thời gian dài. Các bước mở khóa van và đóng khóa van 180 độ cũng như kỹ thuật nhẹ nhàng tỉ mỉ trong quy trình lần lượt đạt 92 % và 91% cho thấy sự khéo léo của người ĐD viên. Thao tác tráng dây sau khi hút đạt 93,8 % cho thấy việc chú trọng công tác chống nhiễm khuẩn. 100% Thu dọn dụng cụ 85,1% nhận định dấu hiệu sinh tồn của người bệnh là tỉ lệ cuối cùng khi người ĐD thực hành quy trình.

5. KẾT LUẬN

Dựa trên kết quả nghiên cứu và bàn luận chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

ĐD có kiến thức tốt là 66,7 %, kiến thức khá là 33,3 % và không có điều dưỡng có kiến thức trung bình và yếu. ĐD xác định đúng người bệnh, đúng thủ thuật đạt 100%.

Các nội dung vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với NB, sau khi tiếp xúc với NB, và sau khi thực hiện xong thủ thuật lần lượt đạt 93,8%, 90,2%, 100%. Các bước đảm bảo kiểm soát nhiễm khuẩn khi thực hiện quy trình sát khuẩn catheter trước khi hút, sau khi hút đều đạt trên 90%. Chuẩn bị nước muối sinh lí cũng như thực hiện dùng nước muối làm loãng đờm trong quy trình cũng đạt trên 85%. Tuy nhiên các bước đặt NB tư thế thích hợp, kiểm tra vị trí ống NKQ trước khi thực hiện quy trình, hút các tư thế, đưa người bệnh về tư thế thoải mái chỉ đạt dưới 80%. Đặc biệt là hút theo các tư thế chỉ đạt tỉ lệ thấp 58,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đạt Anh**, (2009), Kỹ thuật hút đờm. Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, Bộ Y tế, Nhà xuất bản giáo dục, tr 194-19.

2. **Nguyễn Quốc Anh**, (2012), Bảng kiểm kỹ thuật hút đờm dãi có mở khí quản, nội khí quản, Bảng kiểm các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc Người bệnh, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, tr 21.

3. **Hà Sơn Bình**, (2015), Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Bệnh viện Bạch Mai.

4. **Nguyễn Thị Thanh Bình, Vũ Đình Thắng**, (2014), Khảo sát đặc điểm đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy điều trị tại khoa HSTC – CD BV 115, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18 Phụ bản số 1, tr 324 – 329.

5. **Bùi Hồng Giang**, (2013), Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

6. **Võ Hữu Ngoan**, (2013), Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa sản sóc đặc biệt Bệnh viện Chợ Rẫy, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản số 1, tr 213- 219.

7. Bệnh viện Sản Nhi, (2020), QT.25. ĐD Quy trình kỹ thuật hút đờm qua ống Nội khí quản bằng Catheter, Phòng Điều Dưỡng, Bệnh Viện Sản Nhi Ninh Bình.

8. Bộ Y Tế, (2014), Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc.

9. Trần Hữu Thông, Nguyễn Đạt Anh, Đặng Quốc Tuấn, (2012), Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Việt Nam, pb 2, tr 65 – 69.

10. Lê Thị Thanh Thủy, (2016), Thực trạng viêm phổi thở máy và một số yếu tố liên quan tại khoa Hồi sức chống độc, BV bạch mai, Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Tế Công Cộng, Hà Nội.

11. Joanne Tollefson, Elodie erfgrond. Endotracheal tube or tracheostomy suctioning. Clinical psychomotor skills; 4th Edition; Cengage Learning. 2009. pp 234-248,254-273.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐẶT STENT MẠCH VÀNH TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH 2024

Đỗ Văn Tuấn¹, Nguyễn Thị Dương, Nguyễn Thị Thuý Hà

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tuân thủ của người bệnh sau đặt stent động mạch vành tại khoa nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024 và Đánh giá kết quả của truyền thông cho người bệnh sau đặt stent mạch vành tại khoa nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng đánh giá trước sau trên 84 bệnh nhân.

Kết quả: Qua nghiên cứu và truyền thông trên 84 bệnh nhân đã can thiệp đặt stent động mạch vành chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về tuân thủ uống thuốc điều trị ở mức độ đạt là 57,1% trong đó 27,4% ở mức độ tốt và 29,7% ở mức trung bình; ở mức kém là 42,9%.

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị chung ở thời điểm tái khám có chiều hướng gia tăng T1 là 88,1%, T2 92,8%, T3 97,6%.

Kết luận: Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh có chiều hướng ngày càng tốt hơn thông qua các lần tái khám của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và nhận thức của người bệnh về bệnh đã được cải thiện điều này đồng nghĩa với công tác truyền thông giáo dục của cơ sở y tế về dự phòng và điều trị bệnh, nhất là bệnh mạch vành đã được quan tâm ngày càng tốt hơn. Đặc biệt trong thời đại công nghệ 4.0 cùng với sự đa dạng của truyền thông, mạng xã hội nên việc giám sát, hỗ trợ người bệnh sẽ được đầy đủ và thuận lợi hơn.

Mặc dù mức độ tuân thủ của người bệnh trong nghiên cứu này đã cao và kết quả của chương trình truyền thông giáo dục đã có tác động tốt. Tuy nhiên trong nghiên cứu này mới thực hiện trên nhóm người bệnh còn ít, tính đại diện chưa cao. Để có thể có số liệu chính xác hơn phản ánh đúng thực tế nhận thức hành vi của đối tượng người bệnh mạch vành cần phải triển khai nghiên cứu sâu và với đối tượng nghiên cứu đa dạng hơn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh tim mạch đang là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở tất cả các nước trên thế giới, trong đó có nước ta. Là một bệnh cấp tính đặc biệt quan trọng, có ảnh hưởng rất nghiêm trọng tới sức khỏe khi mắc phải. Khi tắc động mạch vành, người bệnh cần phải được can thiệp ngay bằng cách đặt stent để duy trì máu cấp cho cơ tim. Tuy nhiên, người bệnh sau khi được cấp cứu bằng cách đặt stent cần được điều trị, chăm sóc đúng cách để sớm hồi phục sức khỏe. Vấn đề tuân thủ điều trị của người bệnh, đặc biệt là người bệnh sau xuất viện có vai trò rất lớn đối với sức khỏe và dự phòng tái phát bệnh.

Người bệnh nếu không tuân thủ điều trị, chăm sóc như chế độ dùng thuốc, chế độ tập luyện, chế độ ăn và hạn chế một số thói quen có hại cho sức khỏe sẽ là nguyên nhân dẫn đến tái phát bệnh. Kết quả nghiên cứu về tuân thủ điều trị của một số tác giả cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị mới chỉ chiếm 92,1%, trong đó mức độ thấp 7,9%, trung bình 12,6%, cao 79,5% [1]. Tác giả Nguyễn Thị Minh Thuý nghiên cứu về tuân thủ của người bệnh sau khi đặt stent tại Nghệ An cho thấy, tỷ lệ tuân thủ mức độ thấp là 34,8%, trung bình là 51,6%, cao à 13,5% [2]. Nguyên nhân của việc không tuân thủ điều trị bệnh là do người bệnh thiếu kiến thức, thiếu kỹ năng, chi phí điều trị cao, mắc nhiều bệnh kèm theo. Truyền thông giáo dục sức khỏe và tư vấn là phương pháp hữu hiệu nhất để giúp người bệnh và cộng đồng nhận được thông tin, kiến thức, kỹ năng phòng bệnh nhằm thực hiện các hành vi bảo vệ và nâng cao sức khỏe của chính mình.

¹ Đỗ Văn Tuấn, Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình
Tel: 0912202575; Email: tuantimmach06@gmail.com

Vì vậy, để có thêm cơ sở khoa học đưa ra những khuyến nghị về phương pháp điều trị, chăm sóc cho người bệnh mạch vành nói riêng và người bệnh tim mạch nói chung.

Khoa Nội tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, nơi được giao nhiệm vụ điều trị cho người bệnh mắc bệnh tim mạch, trong đó có bệnh về động mạch vành. Khoa đã triển khai phương pháp đặt stent cho người bệnh động mạch vành cho nhân dân trong và ngoài tỉnh. Hàng năm có khoảng 600-700 người bệnh được đặt stent động mạch để điều trị bệnh. Đây là bệnh cấp tính rất nguy hiểm nhưng nó có nguyên nhân từ những bệnh mạn tính và diễn biến sau đó cũng trở thành bệnh mạn tính. Kiến thức về bệnh và sự tuân thủ trong quá trình điều trị cũng như sự tuân thủ điều trị tại nhà sau khi đặt stent sẽ giúp cho người bệnh dự phòng được bệnh và hạn chế các biến chứng. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu đề tài:

Thực trạng tuân thủ điều trị và kết quả truyền thông cho bệnh nhân sau đặt stent động mạch vành tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Là 84 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch vành được can thiệp động mạch qua da nằm điều trị tại khoa nội tim mạch, trong khoảng thời gian từ tháng 2 năm 2024 đến tháng 08 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân đã được đặt stent động mạch vành tại khoa nội tim mạch đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu có sử dụng phần mềm zalo trên điện thoại

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Người bệnh không đồng ý tham gia và không đáp ứng các tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 12/ 2023 đến hết tháng 09/2024, tại khoa Nội tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng đánh giá trước sau .

Sử dụng cỡ mẫu toàn bộ, tất cả các đối tượng thuộc tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu từ tháng 02 /2024 – tháng 08/2024 đều được mời vào nhóm nghiên cứu..

2.3.2. Thu thập thông tin : phỏng vấn, trả lời bộ câu hỏi

2.3.3. **Biến số nghiên cứu:** Tuổi , giới, nghề nghiệp , nơi cư trú, chỉ số BMI, trình độ học vấn, kiến thức hiểu biết về bệnh

2.3.4. **Đạo đức nghiên cứu :** Nghiên cứu chỉ được triển khai khi được sự nhất trí thông qua của Hội đồng khoa học và đạo đức của Bệnh viện. Số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu và được bảo mật hoàn toàn

2.3.5. **Phân tích và xử lý số liệu :** Các số liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức về tuân thủ điều trị của người bệnh sau khi được đặt stent

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	25	29,8
	≥ 60	59	70,2
Tuổi trung bình 60,5; Min 40; Max: 70			
Giới tính	Nam	68	80,9
	Nữ	16	19,1
Nơi cư trú	Thành thị	19	22,6
	Nông thôn	65	77,4
Học vấn	Dưới THPT	48	57,1

	Từ THPT	36	42,9
Nghề nghiệp	Viên chức/cán bộ	8	9,5
	Cán bộ nghỉ hưu	5	6,0
	Lào động tự do/làm ruộng	71	84,5

Nhận xét : Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60,5 tuổi; nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm đa số 70,2%, nhóm dưới 60 tuổi chiếm 29,8%. Có 80,9% đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới chiếm đa số, số còn lại là nữ giới chiếm 19,1%. 77,4% đối tượng cư trú tại nông thôn, số còn lại (22,6%) đối tượng sinh sống ở thành thị. Đối tượng có trình độ học vấn THPT là 57,1%, đối tượng có trình độ dưới THPT là 42,9%. Tỷ lệ đối tượng là lao động tự do/làm ruộng chiếm 84,5%, cán bộ viên chức là 9,5% và cán bộ hưu là 6,0%.

Bảng 2. Đặc điểm cân nặng, chiều cao của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Chỉ số	Giới tính	Trung bình \pm SD	Min	Max
Cân nặng (kg)	Nam (68)	62,5 \pm 12,3	49,5	79
	Nữ (16)	52 \pm 5,5	47,6	61,5
Chiều cao (cm)	Nam (68)	162,5 \pm 6,5	156	175
	Nữ (16)	155 \pm 5,5	150,0	165,0

Nhận xét : Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu nam giới là 62,5 \pm 12,3, người có cân nặng nhất là 79kg, cân nặng thấp nhất là 49,5kg. Chiều cao ở nam giới là 162,5 \pm 6,5, cao nhất là 175cm, thấp nhất là 156cm.

Ở nữ giới, cân nặng trung bình là 52 \pm 5,5, nặng nhất là 61,5kg, nhẹ nhất là 47,6kg. Người có chiều cao nhất là 165,0cm, thấp nhất là 150cm, chiều cao trung bình là 155 \pm 5,5cm.

Bảng 3. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Chỉ số BMI	Số lượng (n=84)	Tỷ lệ %
< 18,5 Thiếu năng lượng trường diễn (gầy)	7	8,3
18,5-24,9: Bình thường	35	41,7
\geq 25: Thừa cân	23	27,4
25-29,9: Tiền béo phì	10	11,9
30-34,: Béo phì độ I	9	10,7

Nhận xét : Tỷ lệ đối tượng có tình trạng dinh dưỡng ở mức độ bình thường theo phân loại cũ chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức bình thường là cao nhất 41,7%, 27,4% đối tượng thừa cân, tiếp đến có 11,9% tiền béo phì, béo phì độ I là 10,7% và 8,3% đối tượng thiếu năng lượng trường diễn.

Bảng 4. Tiền sử bệnh lý mạn tính của đối tượng nghiên cứu (n=84)

Tiền sử bệnh lý mạn tính đi kèm	Số lượng (n = 84)	Tỷ lệ (%)
Chưa có bệnh	5	6,0
Đã có bệnh	79	94,0
1	15	17,8
2	33	39,3
\geq 3	31	36,9

Nhận xét : Có 94,0% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý đi kèm với bệnh mạch vành, trong đó số đối tượng có kèm 2 bệnh chiếm cao nhất 39,3%, tiếp theo là nhóm đối tượng có từ 3 bệnh trở lên và nhóm có 1 bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ thấp nhất 17,8%.

3.2. Kiến thức về tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng/sai về tuân thủ dùng thuốc điều trị của đối tượng nghiên cứu trước khi truyền thông (n=84)

TT	Nội dung câu hỏi	Trả lời (n=84)	SL	%
1	Người bệnh cần uống thuốc đầy đủ, đúng giờ	Đúng	65	77,4
		Sai	19	22,6
2	Có thể tạm thời ngừng dùng thuốc trong 02 tuần	Đúng	29	34,5
		Sai	45	53,6

3	Có thể bỏ hoặc ngừng tạm thời không cần phải báo với bác sĩ điều trị	Đúng	18	21,4
		Sai	66	78,6
4	Khi vắng, xa nhà có thể không cần mang thuốc theo khi xa nhà	Đúng	44	52,4
		Sai	40	47,6
5	Có thể cắt, giảm thuốc trong ngày theo chỉ định	Đúng	25	29,8
		Sai	59	70,2
6	Khi triệu chứng giảm, có thể ngừng thuốc	Đúng	14	16,7
		Sai	70	83,3
7	Cần phải lập và tuân thủ kế hoạch điều trị	Đúng	61	72,6
		Sai	23	27,4
8	Cần phải có người, công cụ nhắc nhở uống thuốc	Đúng	54	64,3
		Sai	30	35,7

Nhận xét : Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng các câu hỏi về tuân thủ uống thuốc điều trị cao nhất ở câu hỏi số 6 với số người trả lời đúng đáp án này là 70/84 (83,3%); tiếp đến là câu số 3 với tỷ lệ trả lời đúng là 78,6% và câu 1 là 77,4%. Câu số 8 có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là 35,7%.

Bảng 6. Kiến thức về tuân thủ sử dụng thuốc điều trị của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm ban đầu (n=84)

Phân loại tuân thủ điều trị	Mức độ	Số lượng (n = 84)	Tỷ lệ (%)
Có	Tốt	23	27,4
	Trung bình	25	29,7
Không	Kém	36	42,9

Nhận xét : Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về tuân thủ uống thuốc điều trị là 57,1% (27,4%) ở mức độ tốt, 29,7% ở mức trung bình; ở mức kém là 42,9%.

3.3. Kết quả truyền thông giáo dục và sự thay đổi chỉ số nhân trắc, tuân thủ điều trị của người bệnh

Bảng 7. Kết quả tham gia chương trình truyền thông, tư vấn tuân thủ sử dụng thuốc điều trị (n=84)

TT	Hình thức truyền thông, tư vấn	SL
1	Số lượt người bệnh tham gia truyền thông, tư vấn trực tiếp	235
2	Số người tham nhóm zalo tư vấn, truyền thông	84
3	Số lượt người nhắn tin, hỏi ý kiến qua mạng xã hội về sử dụng thuốc và thói quen hàng ngày	255

Nhận xét : Tổng số lượt người bệnh tham gia truyền thông, tư vấn trực tiếp là 235. Số người tham gia nhóm zalo tư vấn, truyền thông do nhóm nghiên cứu lập để hỗ trợ người bệnh là 84. Số lượt người nhắn tin, hỏi ý kiến qua mạng xã hội về sử dụng thuốc và thói quen hàng ngày là 255.

Bảng 8. Thay đổi về chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu sau thời điểm truyền thông, tư vấn (n=84)

Phân loại dinh dưỡng theo BMI	Ban đầu		T1		T2		T3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 18,5: TNLTĐ	7	8,3	6	7,1	5	6,0	6	7,1
18,5-24,9: Bình thường	35	41,7	42	50,0	46	54,8	47	56,0
≥ 25: Thừa cân	23	27,4	21	25,0	20	23,8	21	25,0
25-29,9: Tiền béo phì	10	11,9	8	9,5	6	7,1	7	8,3
30-34,9: Béo phì độ I	9	10,7	7	8,3	7	8,3	6	7,1

Nhận xét : Ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng có chỉ số BMI < 18,5 (TNLTĐ) là 8,3%, thừa cân 27,4%, tiền béo phì là 11,9% và béo phì độ I là 10,7%. Tỷ lệ TNLTĐ, thừa cân, tiền béo phì và béo phì độ I có chiều hướng giảm sau khi đối tượng được truyền thông tư vấn và sử

dụng thuốc điều trị. Tỷ lệ đối tượng có chỉ số BMI ở mức bình thường có chiều hướng gia tăng lần lượt ở các thời điểm ban đầu 41,7, T1 50,0, T2 54,8, T3 56,0.

Bảng 9. Thay đổi về tuân thủ sử dụng thuốc của đối tượng nghiên cứu sau thời điểm truyền thông, tư vấn (n=84)

Phân loại	Mức độ	T1		T2		T3	
		n	%	n	%	n	%
Có	Cao	36	42,9	38	45,2	40	47,6
	Trung bình	38	45,2	40	47,6	42	50,0
Không	Kém	10	11,9	6	7,1	2	2,4
p (Chi-square test)		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

*Tuân thủ cao: điểm Morisky 7-8; Tuân thủ trung bình: điểm Morisky từ 6-7; Tuân thủ thấp: điểm Morisky < 6

Tỷ lệ đối tượng tuân thủ sử dụng thuốc điều trị chung ở thời điểm T1 là 88,1%, T2 92,8%, T3 97,6%.

Bảng 10. Thay đổi về mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của đối tượng nghiên cứu sau thời điểm truyền thông, tư vấn (n=84)

Tuân thủ	T1		T2		T3		p *
	SL	%	n	%	n	%	
Đôi khi quên uống thuốc	43	51,2	31	36,9	19	22,6	< 0,05
Trong 2 tuần qua có lúc quên uống thuốc	24	28,6	29	34,5	22	26,2	> 0,05
Giảm hoặc ngừng dùng thuốc mà không nói với bác sĩ vì bạn cảm thấy sức khỏe xấu đi khi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Quên mang theo thuốc khi đi xa	5	6,0	8	9,5	4	4,8	> 0,05
Ngày hôm qua chưa uống thuốc	0	0,0	5	6,0	3	3,6	> 0,05
Ngừng thuốc khi cảm thấy các triệu chứng của mình đã được kiểm soát	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Cảm thấy phiền hà, khó khăn khi dùng thuốc dài ngày	32	38,1	43	31,0	22	26,2	> 0,05
Gặp khó khăn khi nhớ uống đầy đủ thuốc	50	59,5	48	57,1	32	38,1	> 0,05

Nhận xét: Không có trường hợp nào tự ý giảm hoặc ngừng thuốc ở các câu hỏi 3 và 6 về giảm hoặc ngừng dùng thuốc mà không nói với bác sĩ vì bạn cảm thấy sức khỏe xấu đi khi. Các câu hỏi 1, 2, 7, 8 có mức độ không tuân thủ dùng thuốc điều ở thời điểm T1 lần lượt là 51,2; 28,6; 38,1; 59,5 và có chiều hướng giảm ở các thời điểm T2, T3.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là 60,5 tuổi; nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm đa số 70,2%, nhóm dưới 60 tuổi chiếm 29,8%. Có 80,9% đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới chiếm đa số, số còn lại là nữ giới chiếm 19,1%. Tương đương nghiên cứu tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An (2022) cho thấy: người bệnh là nam giới chiếm 70,3%, tuổi trung bình của đối tượng là 67,81±1,02, trong đó tuổi nhỏ nhất là 38 [14].

Đa số (77,4%) đối tượng trong nghiên cứu này cư trú tại nông thôn, số còn lại (22,6%) đối tượng sinh sống ở thành thị. Thấp hơn so với nghiên cứu tại Nghệ An (2022) 65,8% và 34,2% [14].

Trình độ học vấn có thể có ảnh hưởng lâu dài đến tuân thủ điều trị lâu dài do những người có trình độ học vấn thấp có thể hiểu biết về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị không bằng người có trình độ học vấn cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng có trình độ từ THPT chiếm 57,1%, trình độ dưới THPT là 42,9%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của tác

giả Nguyễn Thị Minh Thúy và CS (2022) là 17,4% dưới THPT và 82,6% từ THPT [14]. Tỷ lệ đối tượng là lao động tự do/làm ruộng chiếm 84,5%, cán bộ viên chức là 9,5% và cán bộ hưu là 6,0%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu nam giới là $62,5 \pm 12,3$, người có cân nặng nhất là 79kg, cân nặng thấp nhất là 49,5kg. Chiều cao ở nam giới là $162,5 \pm 6,5$. Ở nữ giới, cân nặng trung bình là $52 \pm 5,5$, chiều cao trung bình là $155 \pm 5,5$ cm. Tỷ lệ đối tượng có tình trạng dinh dưỡng ở mức độ bình thường theo phân loại củ chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức bình thường là cao nhất 41,7%, 27,4% đối tượng thừa cân, tiếp đến có 11,9% tiền béo phì, béo phì độ I là 10,7% và 8,3% đối tượng thiếu năng lượng trường diễn. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn và béo phì độ I của đối tượng trong nghiên cứu này cao hơn so nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Ngọc Yến và CS tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ trên bệnh nhân tăng huyết áp [15] và tương tự với người bệnh mạch vành tại Nghệ An (2022) [14]. Tình trạng dinh dưỡng có mối liên quan đến tình trạng mắc bệnh, là yếu tố nguy cơ trực tiếp nhất là ở người cao tuổi thừa cân béo phì và có các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu [11]. 94,0% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý đi kèm với bệnh mạch vành, tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Thúy tại Nghệ An (2022) 94,5% [14]. Số người có 3 bệnh là 39,3%, 4 bệnh kèm theo là 36,9% thấp hơn ở bệnh viện đa khoa Nghệ An (2022) là 37,3% và 45,2% [14]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đại đa số đối tượng đặt stent đều có bệnh lý kèm theo, các bệnh kèm theo đồng thời cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh mạch vành là đái tháo đường, suy tim, tăng huyết áp.

4.2. Thực trạng kiến thức về tuân thủ điều trị của người bệnh sau đặt stent động mạch vành

Bệnh mạch vành nói riêng và bệnh lý tim mạch nói chung là bệnh phổ biến, là bệnh nguy hiểm, có tỷ lệ chết/mắc cao. Khi bị bệnh mạch vành nếu không can thiệp kịp thời người bệnh có nguy cơ tử vong rất cao. Tuy nhiên, nếu người bệnh có kiến thức đúng, hành vi có lợi cho sức khỏe đặc biệt là tuân thủ uống thuốc điều trị và dự phòng thì sẽ tránh được biến chứng của bệnh như nhồi máu cơ tim. Kết quả trả lời câu hỏi khảo sát về kiến thức tuân thủ uống thuốc điều trị theo Morisky cho thấy, tỷ lệ đối tượng trả lời đúng khá cao và cao nhất ở câu hỏi số 6 là 70/84 (83,3%); câu số 3 là 78,6% và câu 1 là 77,4% và thấp nhất ở câu số 8 là 35,7%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu ở bệnh viện đa khoa Nghệ An trên bệnh nhân sau đặt stent và cao hơn ở bệnh viện đa khoa khu vực An Giang (2021) trên bệnh nhân tăng huyết áp [16] và tại bệnh viện đại học Y Dược Huế (2022) trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 [17]. Sở dĩ có sự giống và khác nhau về kiến thức tuân thủ của người bệnh khi cùng sử dụng công cụ Morisky để đánh giá là do đối tượng nghiên cứu mắc bệnh có tính chất nguy hiểm khác nhau. Bên cạnh đó người bệnh đặt stent thường đã bị mắc bệnh mãn tính trước đó nên đã dùng thuốc và đã được cán bộ y tế truyền thông, hướng dẫn tuân thủ điều trị uống thuốc từ trước đó.

Kết quả khảo sát kiến thức về tuân thủ dùng thuốc dựa trên bộ câu hỏi của Morisky ở thời điểm đầu nghiên cứu cho thấy, đối tượng có kiến thức về tuân thủ uống thuốc điều trị ở mức độ đạt là 57,1% trong đó 27,4% ở mức độ tốt và 29,7% ở mức trung bình; ở mức kém là 42,9%. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Lê Chuyên và CS (2022) tại nghiên cứu tại bệnh viện đại học Y Dược Huế ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu [17] và tại Cần Thơ của tác giả Đặng Thị Ngọc Yến và CS (2021) ở bệnh nhân tăng huyết áp [15].

4.3. Kết quả truyền thông, tư vấn và sự thay đổi về tuân thủ điều trị và của người bệnh sau khi được truyền thông, tư vấn.

Thống kê từ nhóm nghiên cứu khi tổ chức ghi nhận, hỗ trợ người bệnh tái khám cho thấy. Tổng số lượt người bệnh tham gia truyền thông, tư vấn trực tiếp là 235 lượt cho 3 đợt tái khám trung bình mỗi người bệnh trong nghiên cứu này có 2,78 lần được tham dự truyền thông giáo dục sức khỏe. 100% người bệnh tham gia nhóm zalo tư vấn, truyền thông do nhóm nghiên cứu lập để hỗ trợ người bệnh. Nhóm Zalo này là kênh thu nhận thông tin phản hồi và hỗ trợ người bệnh trong khi điều trị, theo dõi bệnh. Trong thời gian giữa 3 đợt tái khám đã có 255 tin nhắn hỏi ý kiến qua mạng xã hội về cách sử dụng thuốc và thói quen hàng ngày. Kết quả trên cho thấy, nhóm zalo có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ quản lý người bệnh tuân thủ điều trị, uống thuốc, tập luyện và tái khám.

Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh có chiều hướng ngày càng tốt hơn thông qua các lần tái khám của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và nhận thức của người bệnh về bệnh đã được cải thiện điều này đồng nghĩa với công tác truyền thông giáo dục của cơ sở y tế về dự phòng và điều trị bệnh, nhất là bệnh mạch vành đã được quan tâm ngày càng tốt hơn. Đặc biệt trong thời đại công nghệ 4.0 cùng với sự đa dạng của truyền thông, mạng xã hội nên việc giám sát, hỗ trợ người bệnh sẽ được đầy đủ và thuận lợi hơn.

Mặc dù mức độ tuân thủ của người bệnh trong nghiên cứu này đã cao và kết quả của chương trình truyền thông giáo dục đã có tác động tốt. Tuy nhiên trong nghiên cứu này mới thực hiện trên nhóm người bệnh còn ít, tính đại diện chưa cao. Để có thể có số liệu chính xác hơn phản ánh đúng thực tế nhận thức hành vi của đối tượng người bệnh mạch vành cần phải triển khai nghiên cứu sâu và với đối tượng nghiên cứu đa dạng hơn.

V. KẾT LUẬN

Hiện nay, đặt stent động mạch vành đã trở thành phương pháp cấp cứu rất quan trọng và được dùng phổ biến (80-85%) những trường hợp can thiệp bệnh mạch vành. Người bệnh được đặt stent có cơ hội được cứu sống cao. Tuy nhiên sau đặt stent, người bệnh có nguy cơ gặp phải nhiều những biến chứng như thuyên tắc stent cấp tính dẫn đến nhồi máu cơ tim có tỷ lệ tử vong rất cao.

Để đạt được hiệu quả điều trị bệnh mạch vành sau khi đặt stent đạt kết quả cao nhất, dự phòng các biến chứng xảy ra người bệnh cần phải uống thuốc chống đông máu. Việc nghiêm túc tuân thủ uống thuốc điều trị, chống đông máu có vai trò quyết định tới thành công của phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Trí Thanh** (2022), "Tuân thủ thuốc kháng tập kết tiểu cầu ở người bệnh sau can thiệp đặt stent mạch vành tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec, Time City", *Tạp chí Tim mạch học*. 102.

2. **Nguyễn Thị Minh Thúy Hồ Thị Dung** (2022), "Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An ", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. Tập 512, số 2, tháng 4, 2022.

3. **Lê Đình Sáng** (2010), *Bệnh học Tim mạch*, Nhà xuất bản bách khoa y học, Hà Nội.

4. **World Health Organization** (2011), World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization: Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, *Geneva*, WHO.

5. **World Health Organization** (2012), Estimates for 2000–2012 cause-specific mortality by WHO region [online database]. , 2012. , World Health Organization, Geneva.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ MANG THAI VỀ XÉT NGHIỆM HIV TỰ NGUYỆN TẠI 8 XÃ CỦA HUYỆN KIM SƠN, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2016

Phan Khắc Lưu^{1,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ mang thai về xét nghiệm HIV tự nguyện tại 8 xã của huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2016. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 401 phụ nữ mang thai thuộc 8 xã trên địa bàn huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình, đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến việc xét nghiệm HIV tự nguyện. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy rằng có 74,8% đối tượng biết đầy đủ 3 đường lây nhiễm HIV/AIDS. 81,0% đối tượng biết rằng sống chung, dùng chung nhà vệ sinh không lây nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao nhất. 76,% đối tượng nghiên cứu biết trong khi sinh có khả năng lây nhiễm cho con. Tỷ lệ đối tượng biết đường lây truyền từ mẹ sang con qua sữa mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 69,8%. Có 0,7% đối tượng không biết về các biện pháp phòng lây nhiễm HIV. 82,3% đối tượng cho rằng xét nghiệm HIV tự nguyện cho thai phụ là biện pháp dự phòng lây nhiễm. Phần lớn đối tượng cho rằng nên xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 95,5%. Đa số các đối tượng trong nghiên cứu mong muốn được xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 92,8%. Có 94% số đối tượng được phỏng vấn cho rằng tiếp tục xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc khuyên các bà mẹ khác xét nghiệm. **Kết luận:** Hầu hết đối tượng nghiên cứu đều có kiến thức về bệnh và thực hành xét nghiệm HIV tự nguyện tương đối tốt. Tuy nhiên vẫn còn một số phụ nữ mang thai chưa nhận biết tầm quan trọng của xét nghiệm HIV tự nguyện cũng như có hành vi chưa phù hợp.

Từ khóa: phụ nữ mang thai; xét nghiệm HIV; Ninh Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khỏe và tương lai giống nòi, tác động đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của các quốc gia trên toàn cầu. Ở Việt Nam dịch HIV vẫn tập trung chủ yếu trong các nhóm có hành vi nguy cơ cao như: nghiện chích ma túy (NCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD) và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), thời gian gần đây việc gia tăng các trường hợp phụ nữ nhiễm HIV chiếm đến 32,5% các ca nhiễm mới phản ánh sự lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình và vợ của họ [2]. Tại Ninh Bình, tính đến ngày 30 tháng 6 năm 2015 đã có 3.604 người nhiễm HIV[1], trong đó có 1.627 người nhiễm HIV còn sống, 948 bệnh nhân AIDS, lây nhiễm HIV chủ yếu vẫn qua ba đường chính, đường máu (69%), đường tình dục (29%), đường từ mẹ sang con (2%), Kim Sơn là huyện có số người nhiễm HIV cao nhất toàn tỉnh với 1.003 trường hợp chiếm 28%, các ca nhiễm mới gia tăng ở nữ giới chủ yếu là do quan hệ tình dục không an toàn, lây nhiễm từ chồng hoặc bạn tình NCMT hoặc đi làm ăn xa trở về, dẫn đến nguy cơ gia tăng các trường hợp mang thai nhiễm HIV.

Để tăng cường hiệu quả của chương trình phòng, chống HIV/AIDS ở Ninh Bình góp phần thực hiện mục tiêu chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ mang thai về xét nghiệm HIV tự nguyện tại 8 xã của huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: 8 xã của huyện Kim Sơn: Yên Lộc, Kim Chính, Quang Thiện, Đông Hương, Như Hòa, Ân Hòa, Hùng Tiến, Thị trấn Phát Diệm.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: phụ nữ mang thai thuộc 8 xã trên

¹ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

(*) Tác giả chính/liên hệ: Phan Khắc Lưu

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

Điện thoại: 0983.956.875

Email: luutruyenthongnb@gmail.com

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ đang có thai tại thời điểm nghiên cứu.
- Có thời gian định cư tại địa bàn nghiên cứu trên 6 tháng.
- Có trạng thái tâm thần kinh bình thường.
- Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân, Nghề nghiệp

Tiền sử sản khoa: Số lần mang thai, Số lần sinh con, Tuổi con sau cùng, Số lần khám thai của lần mang thai này, Số phụ nữ được XN HIV tự nguyện

Nguồn thông tin và kiến thức về HIV

- Thông tin nhận được từ nguồn nào
- Những nguồn thông tin có hiệu quả trong truyền thông về lây truyền HIV từ mẹ sang con
- Đường lây truyền và đường không lây truyền HIV
- Phương thức lây truyền HIV từ mẹ sang con
- Kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Các yếu tố liên quan

- Mối liên quan giữa hành vi tự nguyện làm xét nghiệm HIV tự nguyện trong thời kỳ mang thai với một số yếu tố

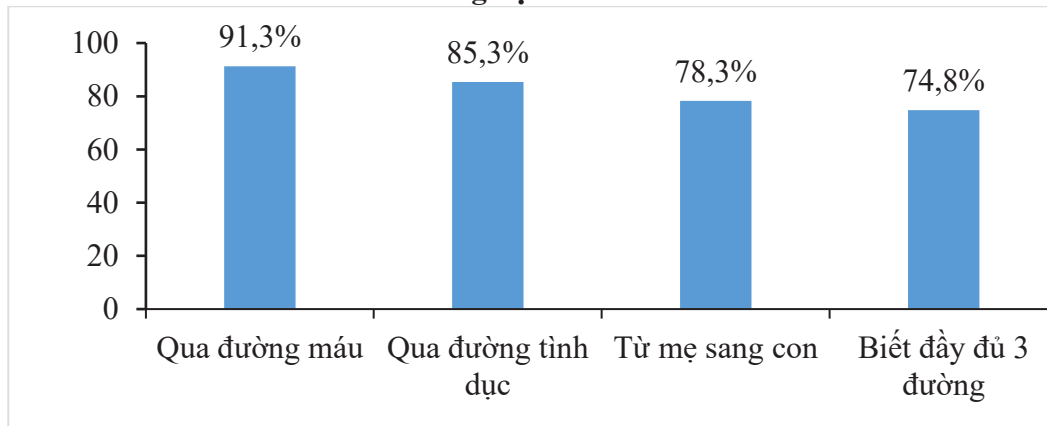
2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu (bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp) để thu thập số liệu.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu vào máy bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

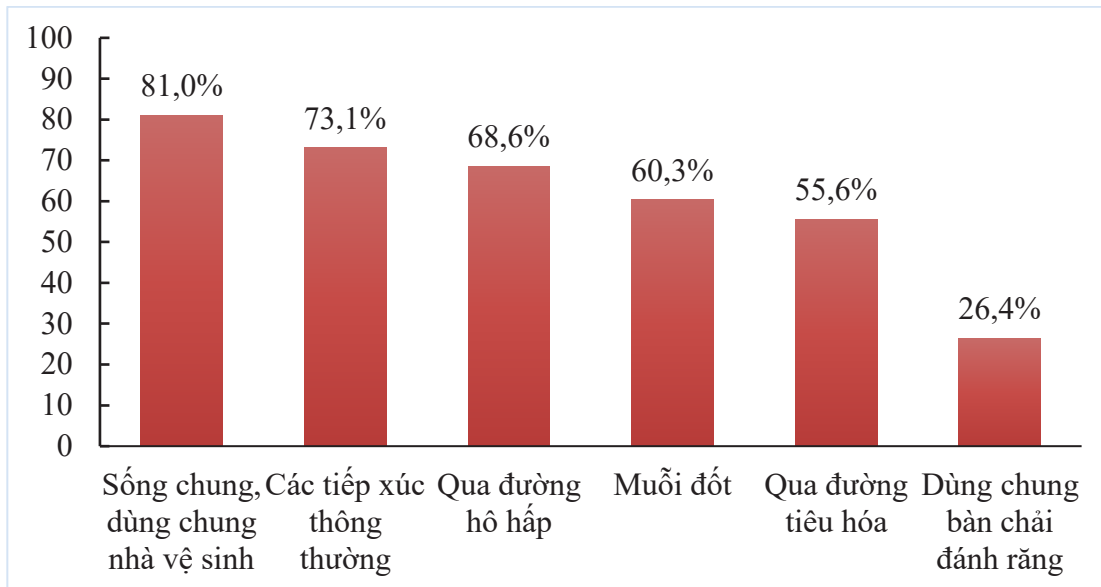
- Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin người tham gia được giữ bí mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

- Đề tài được thông qua Hội đồng khoa học Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình, được sự đồng ý và ủng hộ của Trung tâm Y tế huyện Kim Sơn và các Trạm y tế xã, thị trấn của huyện Kim Sơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Kiến thức của PNMT về xét nghiệm HIV.**

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ PNMT biết về các con đường lây nhiễm HIV/AIDS

Nhận xét: Đối tượng biết HIV/AIDS lây truyền qua đường máu chiếm tỷ lệ cao nhất với 91,3%, biết về bệnh lây truyền qua đường tình dục là 85,3%, biết đường lây truyền từ mẹ sang con và số đối tượng biết đầy đủ 3 đường chiếm tỷ lệ thấp nhất là 78,3% và 74,8%.



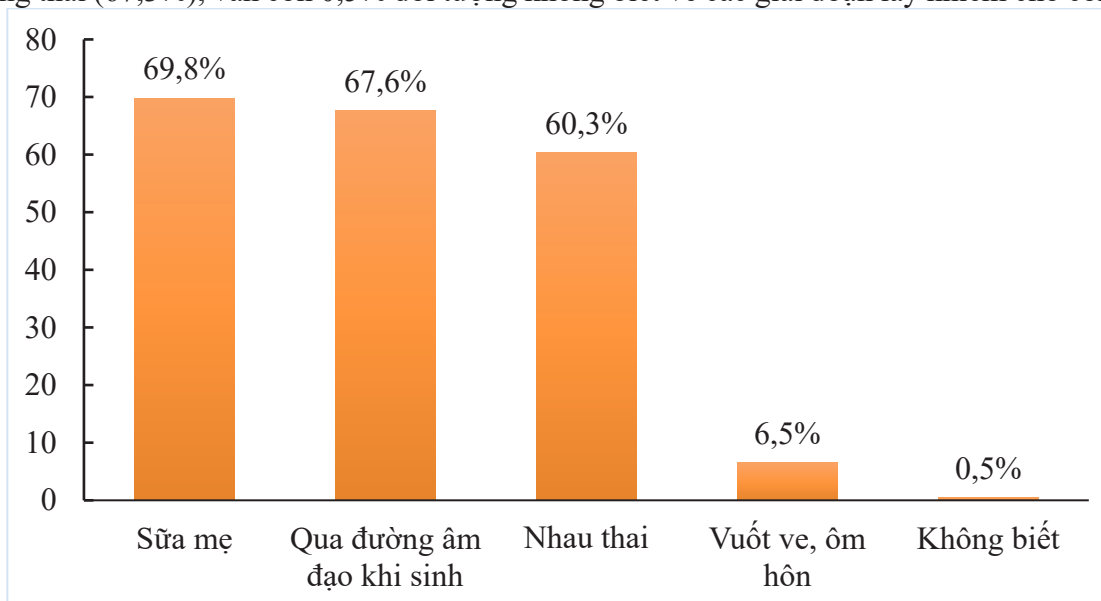
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ PNMT biết về các đường không lây nhiễm HIV/AIDS

Nhận xét: Có 81,0% đối tượng biết rằng sống chung, dùng chung nhà vệ sinh không lây nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là sự hiểu biết về các cách tiếp xúc thông thường là 73,%. Tỷ lệ đối tượng cho rằng dùng chung bàn chải đánh răng là không lây nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ thấp nhất (26,4%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ PNMT biết về giai đoạn lây nhiễm HIV cho con

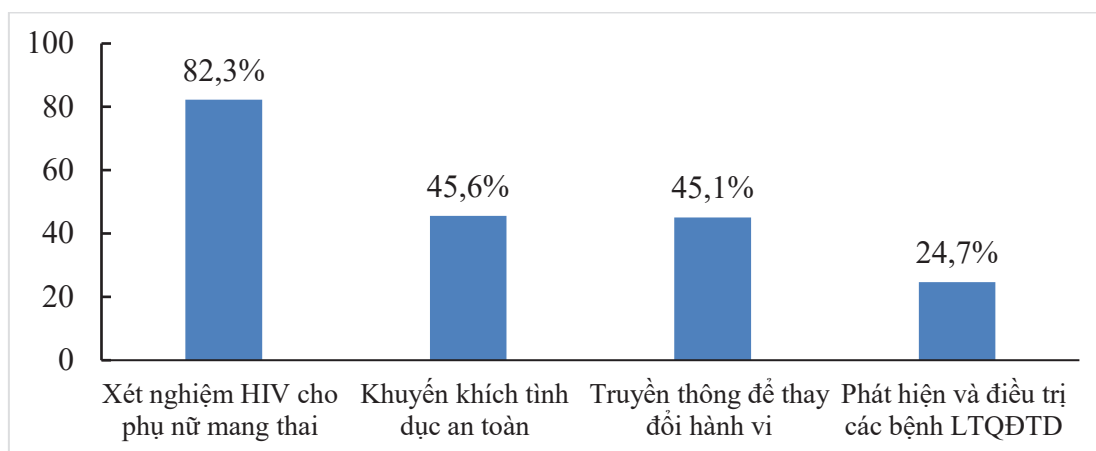
Giai đoạn lây nhiễm HIV	Số lượng (n=401)	Tỷ lệ (%)
Khi mang thai	270	67,3
Khi sinh	305	76,1
Sau sinh	238	59,4
Không biết	2	0,5

Nhận xét: Về kiến thức về giai đoạn lây nhiễm HIV cho con, tỷ lệ đối tượng biết trong khi sinh có khả năng lây nhiễm cho con chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,1%, tiếp theo là giai đoạn khi mang thai (67,3%), vẫn còn 0,5% đối tượng không biết về các giai đoạn lây nhiễm cho con.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ PNMT biết về con đường lây truyền HIV từ mẹ sang con

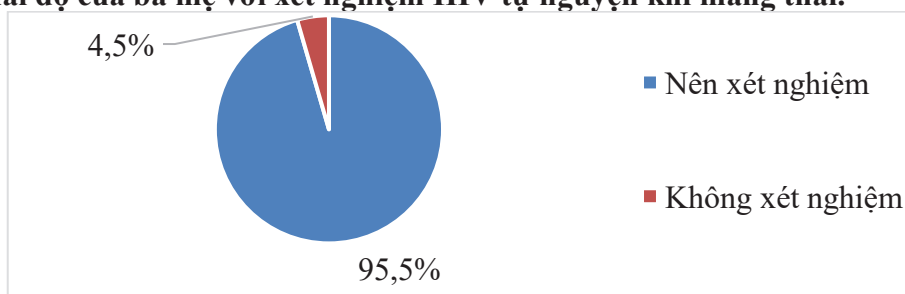
Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất biết đường lây truyền từ mẹ sang con qua sữa mẹ (69,8%), tiếp theo là qua đường âm đạo khi sinh chiếm 67,6% và qua nhau thai là 60,3%, có 0,5% đối tượng không biết về vấn đề này.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ PNMT biết các biện pháp phòng lây nhiễm HIV/AIDS từ mẹ sang con

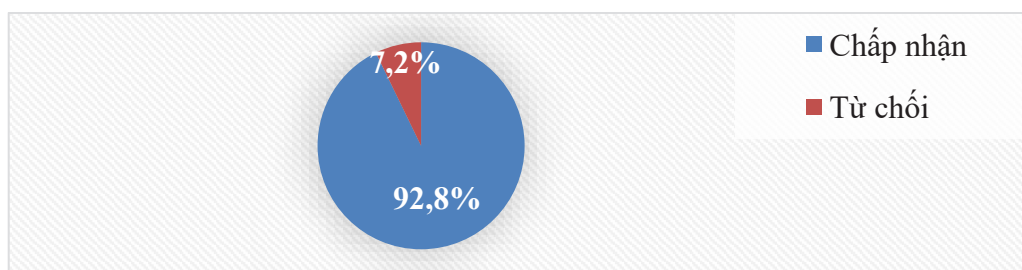
Nhận xét: Phần lớn đối tượng cho rằng xét nghiệm HIV tự nguyện cho thai phụ là biện pháp dự phòng lây nhiễm với 82,3%, tiếp theo là khuyến khích tình dục an toàn và truyền thông để thay đổi hành vi chiếm tỷ lệ tương đương nhau với 45,6% và 45,1%.

3.2. Thái độ của bà mẹ với xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai.



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ % thái độ của PNMT về việc xét nghiệm HIV tự nguyện

Nhận xét: Phần lớn đối tượng cho rằng nên xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 95,5%, tỷ lệ đối tượng trả lời không xét nghiệm HIV tự nguyện là 4,5%.



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ % PNMT có mong muốn xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai

Nhận xét: Đa số các đối tượng trong nghiên cứu mong muốn được xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 92,8%; 7,2% đối tượng không muốn xét nghiệm HIV tự nguyện.

Bảng 3.2. Tỷ lệ lý do PNMT nên xét nghiệm HIV tự nguyện

Lý do	Số lượng (n=401)	Tỷ lệ %
Để biết tình trạng nhiễm HIV của mình	271	67,6
Để điều trị phòng lây truyền HIV sang con	272	67,8
Để không có thai lần sau	86	21,4
Để tránh lây nhiễm HIV cho người khác	104	25,9

Nhận xét: Về lý do PNMT nên xét nghiệm HIV tự nguyện, để điều trị dự phòng lây truyền HIV sang con chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,8%, tiếp theo là để biết tình trạng nhiễm HIV của mình với 67,6%, tránh lây nhiễm cho người khác là 25,9%. Thấp nhất là tỷ lệ đối tượng biết để không có con lần sau (21,4%).

Bảng 3.3. Thái độ của PNMT về việc tiếp tục xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc khuyên bà mẹ khác xét nghiệm khi biết kết quả

Xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc khuyên bà mẹ khác xét nghiệm	Số lượng (n=401)	Tỷ lệ %
Có	377	94,0
Không	24	6,0
Tổng	401	100

Nhận xét: Đa số đối tượng được phỏng vấn cho rằng tiếp tục xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc khuyên các bà mẹ khác xét nghiệm chiếm tỷ lệ 94,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của phụ nữ mang thai về xét nghiệm HIV.

Nghiên cứu về kiến thức của phụ nữ có thai về các con đường lây nhiễm cho kết quả rằng tỷ lệ phụ nữ mang thai biết đầy đủ về ba đường lây nhiễm HIV/AIDS là 74,8%, biết HIV có thể lây truyền qua 1 con đường như qua đường máu là 91,3%, qua đường tình dục là 85,3%, từ mẹ sang con là 78,3%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Hawkins D. và cộng sự chỉ có 51,8% thai phụ cho rằng phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV có thể lây truyền cho con [5]. Nghiên cứu kiến thức, thái độ của phụ nữ mang thai về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con qua tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV tại tỉnh An Giang năm 2008 của Trần Quang Hiền và Trần Thị Phương Mai cho thấy PNMT biết đúng về đường lây truyền là khá cao (88,6%), tuy nhiên chỉ có 46% thai phụ biết có thuốc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và rất ít bà biết được việc dùng sữa thay thế để tránh lây truyền HIV cho con trong quy trình cho con bú.

Qua biểu đồ 3.2, có 81,0% đối tượng biết rằng sống chung, dùng chung nhà vệ sinh không lây nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là sự hiểu biết về các cách tiếp xúc thông thường là 73,1%, sự hiểu biết không lây nhiễm qua đường hô hấp chiếm 68,6%, qua đường muỗi đốt 60,3%. Như vậy đối tượng đã hiểu đúng và khá đầy đủ về những đường lây và không lây nhiễm HIV/AIDS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ không biết giai đoạn nào lây nhiễm HIV cho con là thấp nhất chỉ có 0,5%. Qua biểu đồ 3.3, chiếm tỷ lệ cao nhất là đối tượng biết đường lây truyền từ mẹ sang con qua sữa mẹ (69,8%), tiếp theo là qua đường âm đạo khi sinh chiếm 67,6%, qua đường vuốt ve ôm hôn là 6,5% và qua nhau thai là 60,3%, có 0,5% đối tượng không biết về vấn đề này. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với Hawkins. D và cộng sự năm 2005 có 2,9% thai phụ cho rằng HIV lây truyền khi chuyển dạ, 5,2% cho rằng lây truyền khi cho con bú [5]. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Lallemand M., Jourdain G., Le Coeur S. et al (2004), cho thấy nhiều nước trên thế giới để giảm thiểu tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con và những gánh nặng liên quan đến trẻ nhiễm HIV đã sử dụng những phác đồ kháng vi rút HIV có hiệu quả cao bắt đầu từ ba tháng cuối của thời kỳ mang thai, có thể giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con xuống còn khoảng 2-4% [7].

Khi được hỏi về các biện pháp phòng lây nhiễm HIV/AIDS không truyền sang con, số phụ nữ mang thai biết đúng về cách phòng chiếm tỷ lệ khá cao. Tỷ lệ phụ nữ mang thai biết các biện pháp phòng lây nhiễm HIV/AIDS là đến cơ sở đỡ đẻ an toàn cao nhất chiếm 72,3%, tiếp theo là điều trị dự phòng cho con (47,4%), tư vấn nuôi con đúng cách và điều trị cho mẹ từ tuần 14 của thai kỳ (40,4%). Tỷ lệ đối tượng không biết về các biện pháp phòng lây nhiễm chiếm thấp nhất là 0,7%. Còn khi hỏi về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS từ mẹ sang con, phần lớn đối tượng cho rằng xét nghiệm HIV tự nguyện cho thai phụ là biện pháp dự phòng lây nhiễm với 82,3%, tiếp theo là khuyến khích tình dục an toàn và truyền thông để thay đổi hành vi chiếm tỷ lệ tương đương nhau với 45,6% và 45,1% và thấp nhất là biện pháp phát hiện và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 24,7% (biểu đồ 3.4). Kết quả này cho thấy, hoạt động của chương trình can thiệp trong thời gian qua đã ít nhiều đã đem lại kết quả, giúp cho phụ nữ mang thai biết kiến thức phát hiện trường hợp nhiễm HIV và biết lợi ích của việc xét nghiệm máu tầm soát HIV khi mang thai. Đây là một trong những yếu tố quyết định đến sự thành công của chương trình can thiệp, việc đồng ý tự nguyện tham gia xét nghiệm

HIV tự nguyện sẽ giúp cho công tác giám sát phát hiện đạt hiệu quả cao, phát hiện sớm các trường hợp thai phụ nhiễm HIV và từ đó có hướng điều trị dự phòng tốt, kịp thời và thích hợp, giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

4.2. Thái độ của bà mẹ với xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai.

Kết quả ở biểu đồ 3.6 cho thấy rằng, số phụ nữ mong muốn xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm tỷ lệ rất cao 92,8%, 7,2% đối tượng không muốn làm xét nghiệm này. Khi được hỏi về lý do nên xét nghiệm HIV tự nguyện có 67,8% đối tượng cho rằng để điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, tiếp theo là để biết tình trạng nhiễm HIV của mình chiếm 67,6%, tránh lây nhiễm cho người khác là 25,9%, thấp nhất là tỷ lệ đối tượng biết để không có con lần sau (21,4%) (bảng 3.2).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ có thái độ đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang

con tương đối cao, phần lớn các thai phụ chấp nhận xét nghiệm HIV tự nguyện khi có thai và có thái độ đúng không có thai khi nhiễm HIV đây là thái độ tốt, vì nếu có thái độ tốt sẽ giúp thai phụ có thực hành tốt và giúp công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con hiệu quả hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phan Thanh Xuân, số đối tượng có thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai là 42,1% [3]. Kết quả cũng tương đồng với một nghiên cứu khác của Tatagan, et al, (2011), tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm HIV tự nguyện là 92,4%[9].

Việc có những kiến thức đúng đã giúp cho các thai phụ có được thái độ đúng, từ đó có thực hành đúng, hợp tác không cho con bú sữa mẹ trong trường hợp phát hiện mẹ bị nhiễm HIV và chấp nhận thực hành nuôi con bằng các sản phẩm thay thế, từ đó giúp hạn chế tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kiến thức của PNMT về xét nghiệm HIV.

- Có 74,8% đối tượng biết đầy đủ 3 đường lây nhiễm HIV/AIDS.
- Hầu hết các đối tượng biết về các đường không lây nhiễm HIV/AIDS: có 81,0% đối tượng biết rằng sống chung, dùng chung nhà vệ sinh không lây nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Đa số các đối tượng biết về giai đoạn lây nhiễm HIV cho con trong đó có 76,% biết trong khi sinh có khả năng lây nhiễm cho con.
- Đối tượng biết đường lây truyền từ mẹ sang con qua sữa mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 69,8%.
- Tỷ lệ đối tượng không biết về các biện pháp phòng lây nhiễm chiếm thấp nhất là 0,7%.
- Phần lớn đối tượng cho rằng xét nghiệm HIV tự nguyện cho thai phụ là biện pháp dự phòng lây nhiễm với 82,3%.

5.2. Thái độ của bà mẹ với xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai.

- Phần lớn đối tượng cho rằng nên xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 95,5%, tỷ lệ đối tượng trả lời không xét nghiệm HIV tự nguyện là 4,5%.
- Đa số các đối tượng trong nghiên cứu mong muốn được xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai chiếm 92,8%; 7,2% đối tượng không muốn xét nghiệm HIV tự nguyện.
- Đa số đối tượng được phỏng vấn cho rằng xét nghiệm HIV tự nguyện khi mang thai là có lợi chiếm 94,8%, tỷ lệ đối tượng trả lời không có lợi cũng không có hại là 5,2%.
- Đa số đối tượng được phỏng vấn cho rằng tiếp tục xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc khuyên các bà mẹ khác xét nghiệm chiếm tỷ lệ 94,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình.** (2015). Báo cáo thực trạng HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình.
- 2. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm.,** (2012). Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030: Hà Nội.

3. **Phan Thanh Xuân** (2015), Hiệu quả can thiệp dự phòng lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai tại hai quận, huyện thành phố Hồ Chí Minh năm 2010-2012, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Trần Quang Hiền Trần Thị Phương Mai** (2010), "Kiến thức, thái độ của phụ nữ mang thai về dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con qua tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV tại tỉnh An Giang", Tạp chí Y học thực hành, 730, tr. 17-20.

5. **Hawkins D., M. Blott, P. Clayden, et al.** (2005), "Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV", HIV Med, 6 Suppl 2, pp. 107-148.

6. **Zoung-Kanyi Bissek A. C., I. E. Yakana, F. Monebenimp, et al.** (2011), "Knowledge of Pregnant Women on Mother-to-Child Transmission of HIV in Yaounde", Open AIDS J, 5, pp. 25-28.

7. **Lallemant M., G. Jourdain, S. Le Coeur, et al.** (2004), "Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand", N Engl J Med, 351(3), pp. 217-228.

8. **Ekabua J. E., A. E. Oyo-Ita, D. S. Ogaji, et al.** (2006), "KAP of HIV prevention and screening among pregnant women attending specialist antenatal clinics in Calabar, Nigeria", Niger J Med, 15(4), pp. 409-412.

9. **Tatagan A., A. Mouhari-Toure, B. Saka, et al.** (2011), "[Knowledge, attitudes and practices about prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) among pregnant women in antenatal clinic at 2010 in Togo]", Med Trop (Mars), 71(5), pp. 472-476.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ PHẢN ỨNG SAU TIÊM CHỦNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 01 TUỔI TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NINH BÌNH, NĂM 2023

Nguyễn Mai Thanh¹, Nguyễn Thị Thu Phương² và Đỗ Thị Thanh Thủy^{3,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức về PUSTC của người chăm sóc trẻ dưới 1 tuổi trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 172 đối tượng trong thời gian từ tháng 05/2023 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** tỷ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức đạt về PUSTC là 37,21%, điểm trung bình là $13,84 \pm 5,0$ (1– 24). Các yếu tố làm tăng điểm kiến thức đạt một cách có ý nghĩa thống kê bao gồm: những trẻ có tiền sử PUSTC ở các lần tiêm trước thì người chăm sóc có điểm kiến thức đạt cao hơn so với người chăm sóc những trẻ không có tiền sử này; những người đã được nghe thông tin về PUSTC (từ truyền hình/đài phát thanh/báo chí/internet, từ NVYT xã; từ bạn bè, người thân) có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn so với những người không được nghe. **Kết luận:** kiến thức của người chăm sóc trẻ dưới 1 tuổi về PUSTC tại Ninh Bình chưa cao, các yếu tố về tiền sử PUSTC của trẻ và đã từng được nghe thông tin về PUSTC trước đó làm tăng điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu. Vì vậy, cần tăng cường công tác truyền thông về PUSTC cho người chăm sóc trẻ bằng nhiều hình thức, đặc biệt chú trọng truyền thông qua NVYT.

Từ khóa: tiêm chủng mở rộng, phản ứng sau tiêm chủng, kiến thức, trẻ dưới 1 tuổi, tỉnh Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) được cộng đồng quốc tế đánh giá là một trong những chương trình chăm sóc sức khỏe thiết thực, hiệu quả nhất thực hiện công ước quốc tế về quyền trẻ em và tiếp tục trở thành chương trình ưu tiên của mọi quốc gia sau năm 2000 [1]. Tại Việt Nam, Chương trình TCMR đã đạt được những thành quả to lớn trong việc đưa dịch vụ tiêm chủng tới cho toàn thể trẻ em, góp phần phòng ngừa và làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm phổ biến, nguy hiểm ở trẻ em. Hàng năm có hàng triệu trẻ em ở Việt Nam được tiêm chủng. TCMR đã tới với mỗi gia đình, mỗi thôn, ấp, bản, mỗi dân tộc trên mọi miền đất nước, góp phần đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân [2].

Cùng với việc duy trì tỷ lệ tiêm chủng cao thì chất lượng tiêm chủng ngày càng được chú trọng. Việc phối hợp cùng gia đình trong công tác chăm sóc sức khỏe của trẻ sau tiêm chủng có vai trò nhất định trong đảm bảo an toàn tiêm chủng, tránh những tai biến, rủi ro đáng tiếc.

Trong những năm gần đây do ảnh hưởng của một số các trường hợp phản ứng (PU) nặng sau tiêm chủng, đã làm cộng đồng và các bà mẹ lo lắng, thậm chí từ chối tiêm chủng đã tác động trực tiếp đến tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em và làm tăng số trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm phòng được bằng vắc xin [3], [4]. Tại tỉnh Ninh Bình, tính từ đầu năm đến hết tháng 8/2023 có ghi nhận 456 trường hợp PU thông thường sau tiêm chủng và 0 trường hợp PU nặng trên tổng số 79.862 mũi tiêm cho trẻ dưới 1 tuổi sau khi tiêm vắc xin [5]. Vấn đề an toàn tiêm chủng luôn cần được quan tâm và củng cố. Câu hỏi đặt ra là các bà mẹ đã hiểu biết đầy đủ về phản ứng sau tiêm chủng (PUSTC), kiến thức về thực hành theo dõi trẻ sau tiêm chủng như thế nào, tìm hiểu những yếu tố liên quan đến kiến thức của bà mẹ về chăm sóc trẻ sau tiêm chủng từ đó đề xuất một số giải pháp phù hợp là cần thiết trong thời gian tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người chăm sóc (NCS) trẻ dưới 1 tuổi tại thời điểm thu thập số liệu.

¹ Khoa Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

Email: maithanhmu@gmail.com

² Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình

³ Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Thanh Thủy

Địa chỉ: Khoa Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

Điện thoại: 0978.146.392

Email: thanhthuy.ytb.146@gmail.com

Tiêu chuẩn lựa chọn: NCS trẻ dưới 1 tuổi tham gia tiêm chủng vắc xin trong chương trình TCMR tại trạm y tế trên địa bàn tỉnh Ninh Bình tại thời điểm thu thập số liệu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NCS trẻ có trẻ dưới 1 tuổi bị hạn chế khả năng nghe và trả lời các câu hỏi phỏng vấn; không tiêm chủng tại và từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Ninh Bình từ tháng 05/2023 đến tháng 11/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: được tính theo công thức

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $\varepsilon = 0,09$; $p = 0,37$ (tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về PUSTC tại Hải Phòng năm 2016). [6]

Từ đó tính ra được cỡ mẫu tối thiểu $n=164$, trên thực tế đã thu thập được trên 172 đối tượng nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu:

- Lập danh sách các huyện, thành phố theo từng vùng: thành phố, nông thôn miền núi, duyên hải; chọn ngẫu nhiên ra 01 huyện đại diện cho vùng để đưa vào nghiên cứu: Tam Điệp, Gia Viễn và Kim Sơn.

- Lập danh sách toàn bộ số xã, phường, thị trấn của 03 huyện, chọn ngẫu nhiên 3 xã/huyện để đưa vào nghiên cứu. Cụ thể chọn được: xã Yên Sơn, phường Nam Sơn, phường Yên Bình (Tam Điệp); xã Gia Lập, xã Gia Thanh, xã Gia Vân (Gia Viễn); xã Chất Bình, xã Lai Thành, xã Hùng Tiến (Kim Sơn).

Chọn mẫu thuận tiện: tại các buổi tiêm chủng hàng tháng, điều tra viên phát phiếu tự điền cho NCS trẻ đủ tiêu chuẩn. Kết quả điều tra được 172 đối tượng nghiên cứu.

2.3.4. Biến số, chỉ số

- **Đặc điểm chung:** giới tính, thứ tự con, tiền sử (sinh đẻ, bệnh tật, dị ứng, PUSTC) của trẻ; tuổi, dân tộc, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, điều kiện kinh tế, quan hệ với trẻ của NCS trẻ.

- **Mục tiêu 1:**

+ Kiến thức chung về PUSTC: lợi ích của tiêm chủng, nguy cơ xảy ra PUSTC; dấu hiệu PU thông thường, dấu hiệu PU nặng sau tiêm chủng.

+ Kiến thức về thực hành dự phòng, theo dõi, xử trí PUSTC: thời gian theo dõi, thông tin cần cung cấp, cách xử trí khi trẻ có PU nặng, sốt, sưng đau tại chỗ sau tiêm chủng;

- **Mục tiêu 2:**

+ Biến phụ thuộc: kiến thức đạt của NCS trẻ về PUSTC;

+ Biến độc lập: thông tin chung của NCS trẻ và trẻ, phương thức truyền thông tiếp cận, đánh giá về tư vấn của cán bộ y tế.

Thang đo điểm đánh giá kiến thức: được tham khảo và thử nghiệm trong một nghiên cứu được tiến hành trước đó. [6] Tổng điểm của thang đo kiến thức là 24 điểm. Cách đánh giá điểm kiến thức như sau: Đạt: ≥ 15 điểm, không đạt: < 15 điểm.

2.3.5. Phương pháp thu thập thông tin: Bộ câu hỏi tự điền theo Phiếu điều tra được thiết kế theo mục tiêu và biến số nghiên cứu.

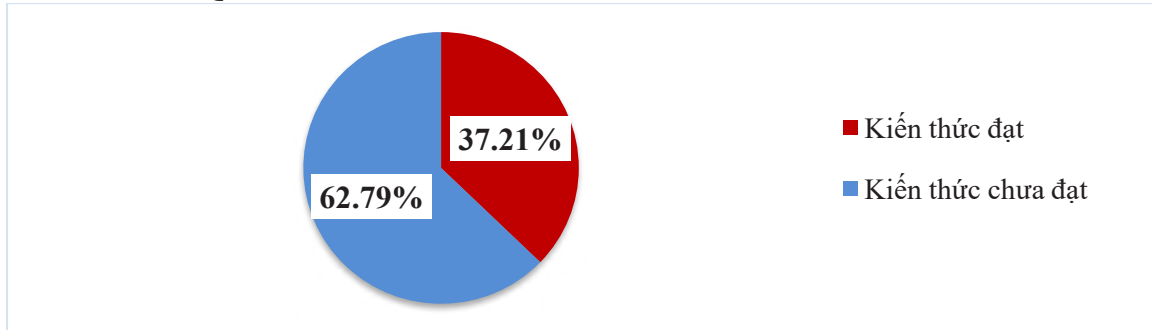
2.4. Nhập liệu và xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1 sau đó chuyển sang phần mềm STATA 16.0 để phân tích cho ra biểu đồ về tỷ lệ NCS trẻ có kiến thức đạt và phân tích một số yếu tố liên quan bằng mô hình hồi quy logistic đa biến. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê phân tích.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi Hội đồng nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình chấp thuận và lãnh đạo đồng ý cho phép triển khai. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào và mọi thông tin sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



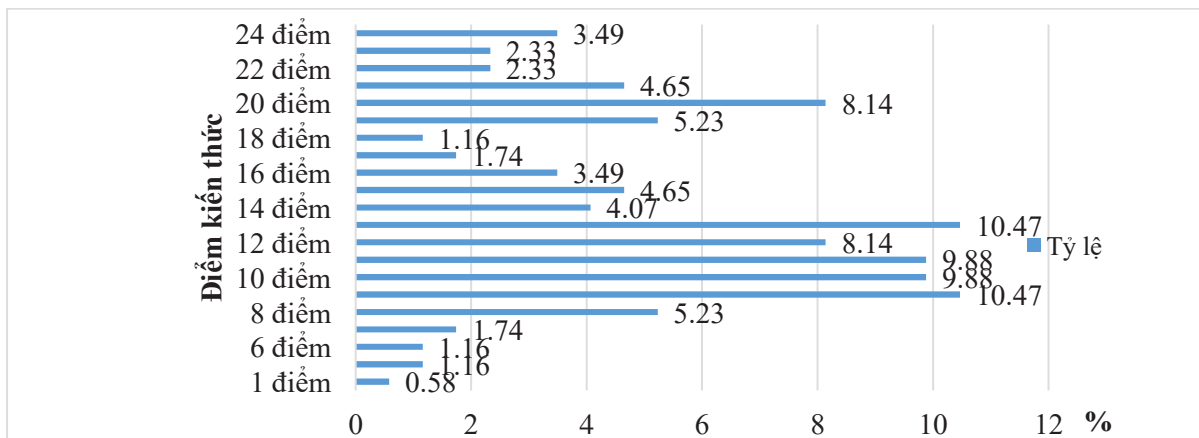
Biểu đồ 1. Đánh giá chung kiến thức về PUSTC của NCS trẻ tham gia nghiên cứu (n=172)

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có điểm kiến thức về PUSTC đạt là 37,21%.

Bảng 1. Điểm kiến thức của NCS trẻ về PUSTC (n=172)

Điểm kiến thức	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
	13,84	5,00	1	24

Bảng 1 cho thấy điểm kiến thức của NCS trẻ về các phản ứng sau tiêm vắc xin trung bình là 13,84 với điểm thấp nhất là 1 và điểm cao nhất là 24 điểm.



Biểu đồ 2. Phân bố điểm kiến thức về PUSTC của NCS trẻ tham gia nghiên cứu (n=172)

Biểu đồ 2 cho thấy điểm kiến thức về PUSTC của NCS trẻ tham gia nghiên cứu phân bố từ 1 đến 24 điểm. Trong đó, số điểm kiến thức chiếm tỷ lệ cao nhất là 9 điểm và 13 điểm với 10,47%.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phản ứng sau tiêm của NCS trẻ

Đặc điểm		Kiến thức đạt về PUSTC n (%)	OR thô (95%CI)	OR hiệu chuẩn (95%CI)
Giới tính của NCS	Nam	6 (40,00)	1	
	Nữ	58 (36,94)	0,88 (0,30-0,60)	
Tuổi của NCS	<30 tuổi	44 (39,29)	1	
	≥30 tuổi	20 (33,33)	0,77 (0,40-1,50)	
Trình độ học vấn	Dưới PTTH	8 (18,18)	1	

	Từ PTTH trở lên	56 (43,75)	3,5 (1,47-8,34)*	
Nghề nghiệp	Công /viên chức	6 (31,58)	1	
	Khác	58 (37,91)	1,32 (0,47-3,69)	
Quan hệ với trẻ	Mẹ	58 (37,66)	1	
	Bố	5 (38,46)	1,03 (0,32 – 3,32)	
	Khác	1 (20,00)	0,41 (0,04-3,84)	
Giới tính trẻ	Nam	33 (37,08)	1	
	Nữ	31 (37,35)	1,01 (0,54-1,88)	
Thứ tự con trong gia đình	Con thứ 1	34 (53,13)	1	1
	Con thứ 2	18 (24,32)	0,28 (0,13-0,61)*	0,60 (0,33-1,05)
	Con thứ 3 trở lên	12 (35,29)	0,48 (0,20-1,15)	
Tiền sử sinh đẻ của trẻ	Sinh thường	50 (37,59)	1	
	Sinh mổ	14 (35,9)	0,93 (0,44-1,96)	
Tiền sử bệnh tật của trẻ	Không	63 (37,28)	1	
	Có	1 (33,33)	0,84 (0,07-9,54)	
Tiền sử dị ứng của trẻ	Không dị ứng	60 (36,36)	1	
	Có dị ứng	4 (57,14)	2,33 (0,50-10,89)	
Tiền sử PUSTC của trẻ	Không có PU	20 (17,54)	1	1
	Có PU thông thường	44 (75,86)	14,77 (5,76-37,87)*	6,25 (2,52-15,47)*
Được nghe thông tin về PUSTC từ các phương tiện truyền thông	Không được nghe	23 (20,35)	1	1
	Có được nghe	41 (69,49)	8,91 (3,91-20,30)*	2,94 (1,18-7,28)*
Được nghe thông tin về PUSTC từ NVYT xã	Không được nghe	6 (9,09)	1	1
	Có được nghe	58 (54,72)	12,08 (4,27-34,22)*	5,41 (1,71-17,15)*
Được nghe thông tin về PUSTC từ người thân	Không được nghe	33 (26,61)	1	1
	Có được nghe	31 (64,58)	5,03 (2,34-10,80)*	3,81 (1,47-9,89)*
Tự tìm hiểu thông tin về PUSTC	Chưa tự tìm hiểu	38 (37,25)	1	
	Đã tự tìm hiểu	26 (37,14)	0,99 (0,53-1,87)	
Tự đánh giá về tính đầy đủ của các thông tin về PUSTC mà CBYT cung cấp	Rất đầy đủ	30 (46,15)	1	
	Đầy đủ	26 (29,21)	0,48 (0,24-0,95)*	
	Chưa đầy đủ	6 (66,67)	2,33 (0,52-10,38)	
	Không biết	1 (20,00)	0,29 (0,03-2,86)	
Kết quả phân tích hồi quy Logistic đa biến: p-value = 0,00 R2: 41,32%				

Khi phân tích hồi quy tuyến tính cho từng biến độc lập, nhận thấy có sự liên quan giữa trình độ học vấn của NCS trẻ, thứ tự con trong gia đình của trẻ, tiền sử phản ứng sau tiêm các mũi tiêm trước của trẻ, việc có được nghe thông tin về PUSTC từ truyền hình/đài phát thanh/báo

chí/internet, từ nhân viên y tế xã, từ bạn bè, người thân và tính đầy đủ của các thông tin mà CBYT cung cấp về các PU và cách xử trí các PUSTC cho trẻ do NCS trẻ tự đánh giá với điểm kiến thức về PUSTC đạt hay không đạt của ĐTNC.

Dựa trên kết quả phân tích của mô hình đơn biến, lựa chọn các biến độc lập có mối liên quan vào mô hình hồi quy Logistic đa biến; kết quả phân tích cho thấy mô hình hồi quy được xây dựng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; 41,32% sự biến đổi của điểm kiến thức về PUSTC của ĐTNC được giải thích bởi sự biến đổi của các biến độc lập nêu trên. Từ bảng trên cũng nhận thấy các yếu tố làm tăng điểm kiến thức đạt một cách có ý nghĩa thống kê bao gồm: những trẻ có tiền sử PU sau tiêm ở các lần tiêm trước thì NCS có điểm kiến thức đạt cao hơn 6,25 lần so với NCS những trẻ không có tiền sử này ($OR = 6,25, 95\%CI 2,52-15,47$); những người được nghe thông tin về PUSTC từ truyền hình/đài phát thanh/báo chí/internet có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 2,94 lần so với những người không được nghe ($OR = 2,94, 95\%CI 1,18-7,28$), những người được nghe thông tin về PUSTC từ NVYT xã có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 5,41 lần so với những người không được nghe ($OR = 5,41, 95\%CI 1,71-17,15$) và những người được nghe thông tin về PUSTC từ bạn bè, người thân có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 3,81 lần so với những người không được nghe ($OR = 3,81, 95\%CI 1,47-9,89$).

IV. BÀN LUẬN

Các PUSTC có thể do thuộc tính của vắc xin hoặc không liên quan đến vắc xin và chúng thường xảy ra sớm, trong vòng 24 giờ sau khi tiêm. Do vậy mà vai trò của NCS trẻ rất quan trọng vì thông qua việc chăm sóc, theo dõi trẻ sau khi tiêm chủng, các PU sau tiêm có thể được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, đặc biệt đối với những PU nặng, nguy hiểm xảy ra nhanh như sốc phản vệ. Để hạn chế tối đa hậu quả của các PU không mong muốn, thì không những cần phải đánh giá và theo dõi thường xuyên các PU sau tiêm mà còn phải quan tâm đến kiến thức về các PU sau tiêm của NCS trẻ.

Nghiên cứu của chúng tôi tại tỉnh Ninh Bình cho thấy số NCS trẻ có kiến thức về PUSTC đạt yêu cầu chỉ chiếm 37,21% trong tổng số 172 NCS trẻ tham gia nghiên cứu với điểm kiến thức trung bình là $13,84 \pm 5,0$ (1– 24). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trong nghiên cứu về kiến thức, thực hành của người có con nhỏ dưới 6 tháng tuổi tại điểm tiêm chủng Trường Đại học Y Hà Nội năm 2017 với 13,6% và điểm kiến thức trung bình $11,5 \pm 4,9$ (0 – 31) [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại thấp hơn kết quả nghiên cứu về thực trạng kiến thức về PUSTC của bà mẹ có con dưới 1 tuổi năm 2021 tại tỉnh Yên Bái với 72,0% các bà mẹ có kiến thức đạt [8]. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu này có thể được giải thích rằng do các nhà nghiên cứu đã sử dụng các thang đo kiến thức khác nhau nhằm phù hợp với đặc điểm dân số của từng địa phương. Đồng thời, các nghiên cứu được thực hiện trong các khoảng thời gian khác nhau, trên các đối tượng tham gia nghiên cứu khác nhau điều này cũng gây ra những khác biệt trong kết quả thu được. Trong những năm gần đây đã có sự quan tâm về giám sát PUSTC, đặc biệt chú trọng đến công tác truyền thông, tư vấn về phản ứng sau tiêm cho NCS trẻ. Có thể vì vậy mà kiến thức, hiểu biết của bà mẹ, NCS trẻ và cộng đồng nói chung về phản ứng sau tiêm đã được nâng cao hơn so với những năm trước đây.

Khi phân tích mối liên quan giữa điểm kiến thức với một số yếu tố, trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử phản ứng sau tiêm ở các lần tiêm trước của trẻ với kiến thức về PUSTC của NCS trẻ. Theo đó, những trẻ có tiền sử PU sau tiêm ở các lần tiêm trước thì NCS có điểm kiến thức đạt cao hơn 6,25 lần so với NCS những trẻ không có tiền sử này ($OR = 6,25, 95\%CI 2,52-15,47$). Có thể giải thích cho kết quả này như sau, NCS những trẻ đã xảy ra PU sau tiêm những lần tiêm trước, ít nhất họ đã có kinh nghiệm theo dõi, chăm sóc và xử trí khi trẻ có các PU đó sau tiêm. Vì vậy, bản thân họ đã có các kiến thức và được củng cố các kiến thức về PUSTC trong việc thực hành ở các lần tiêm chủng trước của trẻ. Điều này có nhiều ý nghĩa trong việc theo dõi và xử trí các PUSTC các lần tiếp theo của trẻ. Vì nguy cơ gặp PUSTC ở các trẻ này trong các lần tiêm tiếp theo thường cao hơn những trẻ không có. Nguyên nhân chính được cho rằng do hệ miễn dịch của cơ thể đã được kích thích trước đó bởi các liều vắc xin trước đó, nếu cơ thể có các PUST rõ ràng thì cơ thể đó cũng có xu hướng thể hiện các PUST tương tự hoặc mạnh hơn ở những lần tiêm sau khi có quá trình đáp

ứng miễn dịch do tiêm chủng. Vì vậy, việc khai thác tiền sử về các PUST ở những lần tiêm trước là hết sức quan trọng trong khám sàng lọc và chỉ định tiêm chủng vắc xin, căn cứ vào mức độ, tính chất và các PUST của đối tượng mà các chuyên gia y tế có quyết định tiêm chủng với trẻ hay không. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nguy cơ xảy ra PUST vẫn rất thấp và các biện pháp phòng ngừa PUST luôn được thực hiện để đảm bảo an toàn cho trẻ. Đồng thời, NVYT cần khai thác cách xử trí mà NCS đã thực hành trong lần tiêm chủng trước để tư vấn, hướng dẫn họ có cách xử trí khoa học, hiệu quả và đảm bảo an toàn.

Bên cạnh đó, việc những NCS trẻ được tiếp cận các thông tin về PUSTC cũng liên quan đến điểm kiến thức đạt của họ, cụ thể: những người được nghe thông tin về PUSTC từ truyền hình/đài phát thanh/báo chí/internet có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 2,94 lần so với những người không được nghe (OR = 2,94, 95%CI 1,18-7,28), những người được nghe thông tin về PUSTC từ NVYT xã có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 5,41 lần so với những người không được nghe (OR = 5,41, 95%CI 1,71-17,15) và những người được nghe thông tin về PUSTC từ bạn bè, người thân có điểm kiến thức về PUSTC cao hơn 3,81 lần so với những người không được nghe (OR = 3,81, 95%CI 1,47-9,89). Điều này có thể thấy công tác truyền thông thực sự có hiệu quả và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến điểm kiến thức đạt, hay chính là nhận thức của NCS trẻ về PUSTC của trẻ. Vì vậy, việc trao đổi thông tin trực tiếp khi bà mẹ đưa con đến tiêm chủng là rất quan trọng và phù hợp với kết quả đánh giá về hình thức truyền thông được ĐTNV cho rằng hiệu quả nhất là tư vấn của nhân viên y tế tuyến xã. Và điều này khẳng định một lần nữa hiệu quả của việc tư vấn tiêm chủng. Kết quả này sẽ giúp cho dự án TCMR quốc gia củng cố, duy trì và hoàn thiện đội ngũ cán bộ y tế xã. Đồng thời cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông qua cán bộ y tế xã cũng như các phương tiện thông tin đại chúng; đồng thời, các cán bộ y tế tại các điểm tiêm chủng cần giới thiệu một số tài liệu truyền thông ngắn gọn, dễ nhớ để sử dụng hữu ích; đặc biệt trong thời gian các bà mẹ chờ đợi tại điểm tiêm chủng, trước và sau tiêm; họ có thể đọc áp phích, tờ rơi và các nội dung truyền thông trong sổ tiêm chủng cá nhân...

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NCS trẻ có kiến thức đạt về PUSTC là 37,21%, điểm trung bình là $13,84 \pm 5,0$ (1– 24). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm kiến thức đạt về PUSTC với tiền sử PUSTC của trẻ và việc có được nghe thông tin về PUSTC từ truyền hình/đài phát thanh/báo chí/internet, từ nhân viên y tế xã, từ bạn bè, người thân của NCS trẻ. Vì vậy, việc khai thác tiền sử về các PUST ở những lần tiêm trước của trẻ và việc được truyền thông về PUST cho NCS trẻ là hết sức quan trọng trong tiêm chủng vắc xin, đặc biệt là vai trò của cán bộ y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2012). Vaccine safety basic learning manual, Geneva.
2. Bộ Y tế (2012). Thành quả 25 năm tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam.
3. Dự án Tiêm chủng mở rộng (2014), Báo cáo kết quả tiêm chủng mở rộng năm 2014.
4. Dự Án Tiêm chủng mở rộng (2015), Báo cáo đánh giá Chương trình tiêm chủng mở rộng năm 2015.
5. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình (2023), Báo cáo kết quả công tác Tiêm chủng mở rộng tỉnh Ninh Bình 9 tháng năm 2023.
6. Hồ Thanh Tùng (2016), Kiến thức, thái độ, thực hành của các bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ sau tiêm chủng vắc xin Quinvaxem và một số yếu tố liên quan tại quận Hồng Bàng - TP Hải Phòng năm 2016.
7. Lê Thị Hương (2017), Kiến thức và thực hành về phản ứng sau tiêm chủng của khách hàng tại phòng tiêm chủng Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2017, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Trọng Phú, Dương Thanh Huệ (2021), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phản ứng sau tiêm chủng của bà mẹ có con dưới 01 tuổi trên địa bàn tỉnh Yên Bái, năm 2021, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Yên Bái.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐƯỢC QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TẠI TRẠM Y TẾ HUYỆN KIM SƠN, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2023

Phạm Thị Kim Nhung^{1,*}, Tống Hữu Phương², Nguyễn Thị Nhân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ và tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp (THA) của bệnh nhân THA đang quản lý, điều trị tại trạm y tế (TYT) huyện Kim Sơn năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 266 người bệnh THA đang quản lý điều trị tại các TYT huyện Kim Sơn trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2023. **Kết quả:** Kiến thức về THA của các đối tượng ở mức độ trung bình, trung bình đúng $5,08 \pm 2,01$ trên 10 câu hỏi, kiến thức tốt hơn về sử dụng thuốc, khái niệm THA với tỷ lệ đúng lần lượt là 92,86%, 86,09%, kiến thức kém về biến chứng 8,65% và triệu chứng 3,38%. Về thái độ có 96,99% sẵn sàng uống thuốc THA hàng ngày, 86,47% sẵn sàng ăn giảm muối, 81,58% sẵn sàng tập thể dục hàng ngày. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đạt 56,02% tuy nhiên 72,93% có quên thuốc trong thời gian điều trị và có 27,07% tự ý ngừng thuốc khi thấy khó chịu, 22,18% tự ý ngừng thuốc khi thấy huyết áp (HA) đã được kiểm soát. Thay đổi hành vi trong điều trị THA còn hạn chế khi chỉ có 25,19% thực hiện theo dõi chỉ số HA, 42,48% tuân thủ chế độ luyện tập, 74,06% đối tượng thực hiện ăn giảm muối. Nghiên cứu nhận thấy có liên quan về kiến thức, thái độ với tuân thủ điều trị thuốc trong khi sự thay đổi hành vi có liên quan nhiều hơn tới kiến thức và điều kiện hoàn cảnh. **Kết luận:** Kiến thức và tuân thủ điều trị THA chưa tốt trong đó thay đổi hành vi có liên quan với hoàn cảnh của người bệnh.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, tuân thủ điều trị, yếu tố liên quan, tăng huyết áp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính, với tần suất mắc bệnh ngày càng tăng và đang trở thành mối quan tâm hàng đầu của nền y học thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2000 số người mắc bệnh THA là 26,4% và dự tính sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 [1]. Theo gánh nặng toàn cầu về THA, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 1,56 tỷ người bị THA vào năm 2025 [2]. Tại Việt Nam, tần suất THA cũng tăng theo các năm và dự báo sẽ tiếp tục tăng trong thời gian tới [3]. Theo Tổng điều tra toàn quốc về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2015, có 18,9% người trưởng thành trong độ tuổi 18-69 tuổi bị THA, trong đó có 23,1% nam giới và 14,9% nữ giới. Thời gian qua, tỉnh Ninh Bình cũng đang đẩy mạnh quản lý điều trị bệnh nhân THA tại TYT xã tuy nhiên việc quản lý điều trị bệnh nhân THA tại TYT xã còn gặp nhiều khó khăn và hạn chế, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị chưa cao [4]. Kiểm soát tốt HA ở bệnh nhân THA phụ thuộc nhiều vào kiến thức, thái độ và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Hiện đã có một số nghiên cứu về kiến thức, thái độ và tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA tại các bệnh viện nhưng chưa ghi nhận nghiên cứu về tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA đang điều trị các TYT. Để có cơ sở đề ra các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả trong công tác quản lý, điều trị đối với bệnh nhân THA tại TYT xã, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm:

- Mô tả kiến thức, thái độ, tuân thủ điều trị về bệnh THA của bệnh nhân THA đang quản lý, điều trị tại TYT.

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang quản lý, điều trị tại TYT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: các TYT trên địa bàn huyện Kim Sơn.

2.2. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã quản lý điều trị THA ít nhất 03 tháng tại TYT có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: từ chối nghiên cứu, không có mặt tại thời điểm thu thập số liệu hoặc có hạn chế trong khả năng nhận thức và hành vi.

*1 Khoa Phòng chống bệnh không lây nhiễm - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình

Điện thoại: 0857.170.399

Email: kimnhungytcc@gmail.com

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần, mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$, $d = 0,06$, $p = 0,45$ (tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thái độ, thực hành đạt được ước tính theo điều tra thử trên 20 đối tượng tại TYT xã Lưư Phương tháng 4 năm 2023)

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu tính được là 265 đối tượng, thực tế đã phỏng vấn 266 đối tượng.

- Chọn mẫu: phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.3.2. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, hoàn cảnh gia đình, thời gian phát hiện mắc bệnh THA, hoàn cảnh phát hiện bệnh, cơ sở y tế đã từng điều trị, trong gia đình có thành viên nào khác mắc bệnh THA, người hỗ trợ nhắc nhở điều trị THA, các nguồn cung cấp thông tin về bệnh THA, số đo HA của ĐTNCC, yếu tố nguy cơ gây bệnh, các biến chứng THA của đối tượng, mức độ THA của đối tượng, thời gian điều trị THA.

- Kiến thức về bệnh THA: các câu hỏi về kiến thức và điều trị bệnh THA.

- Thái độ: Đánh giá tầm quan trọng và sự sẵn sàng trong tuân thủ điều trị.

- Tuân thủ điều trị: Các hành vi đối tượng đã thực hiện trong quá trình điều trị THA.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi làm sạch được nhập trên phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm STATA 17.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi Hội đồng nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Ninh Bình chấp thuận và lãnh đạo đồng ý cho phép triển khai. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào và mọi thông tin sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Số câu hỏi lý thuyết trả lời đúng trung bình của các đối tượng (n=266)

Biến số	Tần suất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Kiến thức về THA	266	5,08	2,01	0	9

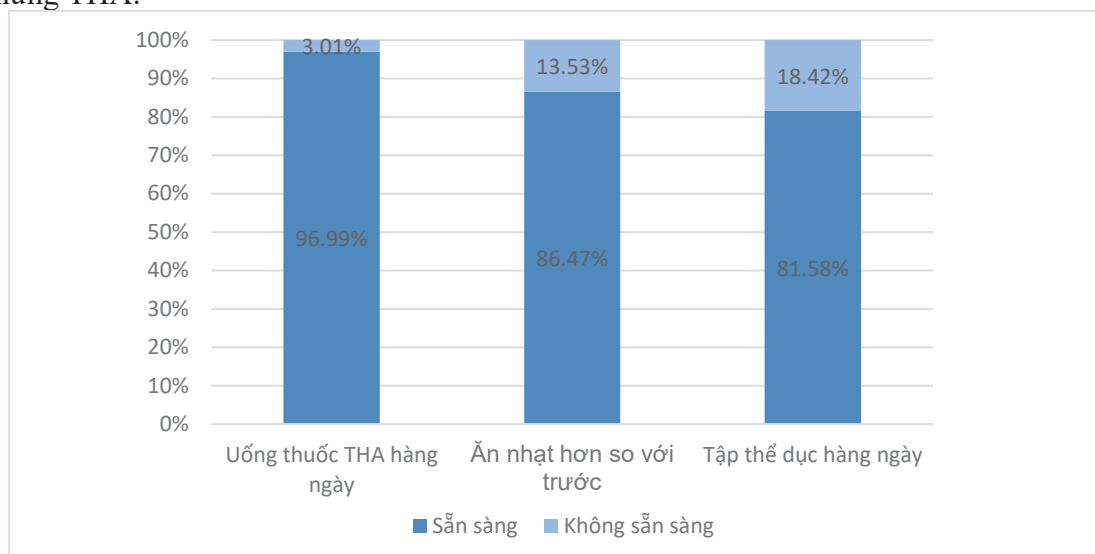
Khảo sát 266 đối tượng trên 10 câu hỏi kiến thức về THA, kết quả phân tích chỉ ra trung bình các đối tượng trả lời đúng $5,08 \pm 2,01$ câu hỏi, người thấp nhất không trả lời đúng câu hỏi nào và người trả lời tốt nhất chỉ đúng 9/10 câu hỏi.

Bảng 2. Tỷ lệ kiến thức đúng về bệnh THA theo từng nội dung (n=266)

Nội dung kiến thức	Tần số (n=266)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức đúng về chỉ số THA	229	86,09
Kiến thức đúng về phân độ THA	87	32,71
Kiến thức đúng về yếu tố nguy cơ gây bệnh THA	140	52,63
Kiến thức đúng về triệu chứng bệnh THA	9	3,38
Kiến thức đúng về biến chứng bệnh THA	23	8,65
Kiến thức đúng về nguyên tắc chung trong điều trị THA	154	57,89
Kiến thức đúng về chế độ dùng thuốc cho BN THA	247	92,86
Kiến thức đúng về chế độ ăn uống cho BN THA	151	56,77

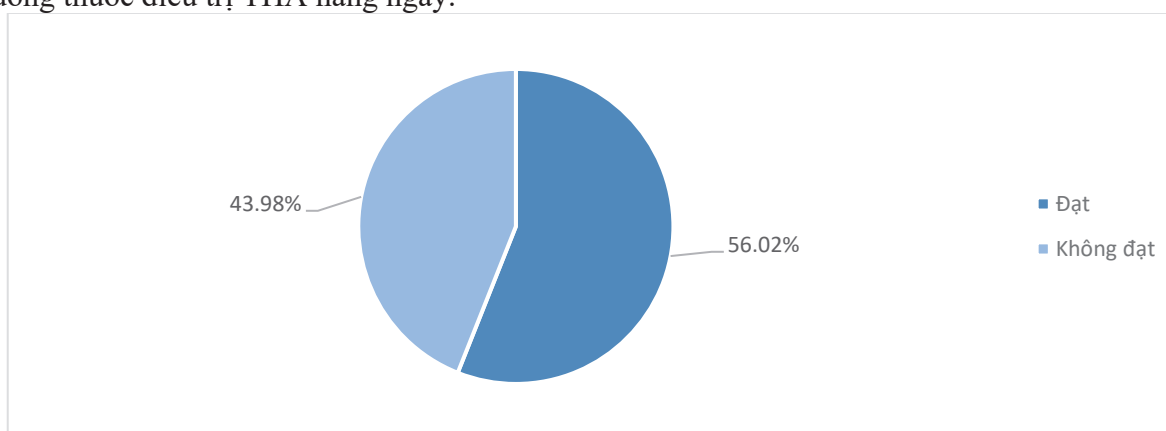
Kiến thức đúng về HA mục tiêu cần đạt khi ĐT	176	66,17
Kiến thức về theo dõi chỉ số HA	134	50,38

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về sử dụng thuốc, chỉ số THA, HA mục tiêu cần đạt khi điều trị lần lượt là 92,86%, 86,09%, 66,17%. Một số nội dung có tỷ lệ trả lời đúng thấp như phân độ THA 32,71%; biến chứng của THA 8,65% và chỉ 3,38% có kiến thức đúng về triệu chứng THA.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng sẵn sàng trong tuân thủ điều trị THA (n=266)

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ sẵn sàng tuân thủ điều trị THA của các đối tượng rất cao, trong đó tỷ lệ sẵn sàng uống thuốc điều trị THA hàng ngày đạt tới 96,99%, sẵn sàng ăn nhạt và tập thể dục hàng ngày cũng đạt tỷ lệ cao trên 80% tuy nhiên thấp hơn đáng kể so với uống thuốc điều trị THA hàng ngày.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đối tượng tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA (n=266)

Khi đánh giá tuân thủ điều trị thuốc THA theo thang điểm của Donald và cộng sự, tỷ lệ đối tượng đạt tuân thủ điều trị chiếm phần lớn với 56,02% [5].

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng chưa tuân thủ điều trị thuốc THA theo từng nội dung.

Nội dung	Tần số (n=266)	Tỷ lệ (%)
Trong thời gian điều trị thỉnh thoảng có quên uống thuốc hạ HA	194	72,93
Quên uống thuốc hạ HA trong tuần qua	52	19,55
Tự ý ngừng thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu	72	27,07
Quên mang theo thuốc hạ HA khi xa nhà	73	27,44

Quên uống thuốc hạ HA ngày hôm qua	31	11,65
Tự ý ngừng thuốc khi cảm thấy HA được kiểm soát	59	22,18
Cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc hạ HA	100	37,59
Cảm thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc hạ HA hàng ngày	120	45,11

Khi khảo sát để đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc của các đối tượng kết quả cho thấy các đối tượng thường gặp tình trạng quên uống thuốc hạ huyết áp với tỷ lệ 72,93% trong suốt thời gian điều trị, 19,55% ngay trong tuần vừa qua, 11,65% ngay trong ngày hôm qua và thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc huyết áp hàng ngày (45,11%). 37,59% đối tượng cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc và có 27,07% tự ý ngừng thuốc khi thấy khó chịu, 22,18% tự ý ngừng thuốc khi thấy huyết áp đã được kiểm soát.

Bảng 4. Thay đổi hành vi trong tuân thủ điều trị THA

Nội dung	Tần số (n=266)	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ chế độ ăn uống	164	61,65
Tuân thủ chế độ ăn giảm muối	197	74,06
Không hút thuốc	251	94,36
Không uống rượu bia mức có hại	260	97,74
Tuân thủ chế độ làm việc, sinh hoạt tránh stress	186	69,92
Tuân thủ chế độ luyện tập	113	42,48
Theo dõi chỉ số huyết áp thường xuyên	67	25,19

Tỷ lệ đối tượng đã thực hành không uống rượu bia ở mức có hại và không hút thuốc chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 97,74% và 94,36%. Các đối tượng cũng đã có hành vi tích cực trong làm việc, sinh hoạt tránh stress 69,92% và chế độ ăn uống 61,65%, riêng chế độ ăn giảm muối đã có 74,06% đối tượng thực hiện. Tỷ lệ đối tượng thực hiện chế độ luyện tập vẫn còn hạn chế với 42,48% và tỷ lệ theo dõi chỉ số huyết áp thường xuyên còn thấp với 25,19%.

Khi sử dụng mô hình hồi quy logistic để để phân tích kết quả cho thấy có một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh như sau:

- Ở nhóm kiến thức sai về điều trị thuốc và theo dõi HA có mức độ tuân thủ điều trị lần lượt chỉ bằng 0,03 lần (95%CI:0,002-0,72) và 0,22 lần (95%CI:0,09-0,52) so với nhóm có kiến thức đúng;

- Thực hành ăn giảm muối ở nhóm gia đình không có người mắc THA cao hơn nhóm có người mắc THA 5,74 lần (95%CI:1,25-26,22), ở nhóm có kiến thức sai về phân độ và ghi số đo HA thấp hơn nhóm đối tượng có kiến thức đúng 0,20 lần (95%CI:0,04-0,88), ở nhóm không sẵn sàng ăn nhạt thấp hơn nhóm đối tượng sẵn sàng 0,008 lần (95%CI:0,0008-0,089);

- Hành vi thể dục thể thao hàng ngày ở nhóm đối tượng có kiến thức sai về phân độ THA, mục tiêu điều trị, nội dung điều trị thấp hơn nhóm có kiến thức đúng lần lượt là 0,18 lần (95%CI:0,05-0,59), 0,34 lần (95%CI:0,13-0,88), 0,37 lần (95%CI:0,14-0,93).

IV. BÀN LUẬN

Tăng huyết áp là một trong những vấn đề sức khỏe nổi bật, tạo ra gánh nặng bệnh tật ngày càng tăng cho tất cả các quốc gia trên thế giới, đặc biệt là các nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam. Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là những người trưởng thành, đã được chẩn đoán THA và đang quản lý điều trị tại TYT. Mặc dù khác với một số các nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước khi lựa chọn bệnh nhân đã được chẩn đoán THA và đang điều trị ngoại trú tại các TYT xã là đối tượng nghiên cứu như nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh THA điều trị nội trú tại các bệnh viện trung ương hoặc các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện khác. Song đối tượng nghiên cứu là

người trưởng thành đang quản lý điều trị THA nói chung tương đồng với nhiều nghiên cứu khác nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi về tăng huyết áp [6], [7], [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy các nội dung kiến thức có nhiều người trả lời đúng nhất là nội dung kiến thức về sử dụng thuốc (92,86%) và định nghĩa tăng huyết áp (86,09%), các nội dung này là những kiến thức cũ không có nhiều thay đổi và liên quan trực tiếp tới việc chẩn đoán, điều trị bệnh nhân thời gian qua. Đối tượng được điều tra trong nghiên cứu đã được phát hiện và điều trị tại TYT, được tư vấn và hướng dẫn cụ thể do đó kiến thức của các đối tượng về các nội dung này là tương đối tốt. Các nội dung có tỷ lệ trả lời đúng ở mức trung bình là mục tiêu điều trị THA (66,17%), nguyên tắc chung điều trị THA (57,89%), chế độ ăn cho bệnh nhân THA (56,77%), yếu tố nguy cơ bệnh THA (52,63%), theo dõi chỉ số HA (50,38%), đây cũng là các nội dung kiến thức liên quan trực tiếp đến quá trình điều trị của người bệnh nhưng vẫn còn tỷ lệ lớn đối tượng chưa nắm được các kiến thức này điều đó cho thấy có một khoảng trống lớn trong việc tư vấn, phổ biến các kiến thức cho bệnh nhân. Đặc biệt một số nội dung có tỷ lệ trả lời đúng rất thấp như biến chứng của tăng huyết áp (8,65%), triệu chứng THA (3,38%), đây là những kiến thức rất quan trọng để người bệnh chủ động theo dõi tình trạng sức khỏe, phát hiện sớm các biến chứng để có thể kịp thời điều trị. Điều đó đòi hỏi phải tăng cường công tác truyền thông, đặc biệt là công tác tư vấn cho người bệnh của các y bác sĩ.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đa phần các đối tượng chỉ trả lời đúng từ 4 đến 7 câu chiếm 65,80%, không có đối tượng nào trả lời đúng cả 10 câu hỏi và có tới 34,59% đối tượng trả lời đúng dưới mức trung bình là 5/10 câu hỏi. Điều này cho thấy khoảng trống về kiến thức về bệnh THA ở các đối tượng nghiên cứu là rất phổ biến, không có sự khác biệt rõ rệt ở 1 bộ phận đối tượng hay khu vực riêng lẻ nào. Hay nói cách khác thì thiếu hụt này có tính chất hệ thống, điều đó đòi hỏi ngành y tế phải triển khai các biện pháp can thiệp truyền thông toàn diện, đặc biệt là củng cố lại hoạt động tư vấn của các y bác sĩ nhằm cung cấp kiến thức toàn diện, đầy đủ nhất cho người bệnh.

Tỷ lệ kiến thức đúng về chỉ số THA của bệnh nhân THA trong nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cúc Phương 2018 với tỷ lệ người tham gia nghiên cứu biết chính xác chỉ số THA (87%) [8]; thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (92,86%).

Khảo sát 266 đối tượng trên 10 câu hỏi kiến thức về tăng huyết áp, kết quả phân tích chỉ ra trung bình các đối tượng trả lời đúng $5,08 \pm 2,01$ câu hỏi, người thấp nhất không trả lời đúng câu hỏi nào và người trả lời tốt nhất chỉ đúng 9/10 câu hỏi. Do đó, trong thời gian tới để người bệnh, người dân có kiến thức đầy đủ hơn về bệnh THA các đơn vị y tế tăng cường công tác truyền thông, tư vấn trực tiếp đến người bệnh và gia đình người bệnh. Cần đa dạng hóa các hình thức truyền thông để người dân và người bệnh được tiếp cận nhiều hơn.

Qua kết quả nghiên cứu chúng ta nhận thấy thái độ của ĐTNCC đa phần là tích cực. Mức độ sẵn sàng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của các đối tượng là rất cao, trong đó tỷ lệ sẵn sàng uống thuốc điều trị tăng huyết áp hàng ngày đạt tới 96,99%, sẵn sàng ăn nhạt và tập thể dục hàng ngày cũng đạt tỷ lệ cao trên 80% tuy nhiên thấp hơn đáng kể so với uống thuốc điều trị THA hàng ngày.

Khi khảo sát để đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc của các đối tượng, kết quả cho thấy các đối tượng thường gặp tình trạng quên uống thuốc hạ huyết áp với tỷ lệ 72,93% trong suốt thời gian điều trị, 19,55% ngay trong tuần vừa qua, 11,65% ngay trong ngày hôm qua và thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc huyết áp hàng ngày (45,11%). 37,59% đối tượng cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc và có 27,07% tự ý ngừng thuốc khi thấy khó chịu, 22,18% tự ý ngừng thuốc khi thấy huyết áp đã được kiểm soát. Khi đánh giá tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp theo thang điểm của Donald và cộng sự, tỷ lệ đối tượng đạt tuân thủ điều trị chiếm phần lớn với 56,02%. Trong thực hành tuân thủ điều trị: tuân thủ đo huyết áp tại nhà (65,7%), tuân thủ dùng thuốc (49,5%), tuân thủ thay đổi lối sống (72,4%). Điểm trung bình mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,36 \pm 2,25$ với điểm thấp nhất là 0 điểm cao nhất là 8. Kết quả trên cho thấy tình trạng quên uống thuốc là khá phổ biến. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đức Sỹ Trần điểm trung bình tuân thủ điều trị là 5,77 điểm ($\pm 1,52$). Các lý do không dùng thuốc THA theo đúng chỉ định nổi bật là

quên dùng thuốc hàng ngày theo đúng chỉ định (39,28%) [8]. Độ tuổi của ĐTNC phần lớn độ tuổi về hưu do đó thỉnh thoảng có quên uống thuốc là dễ hiểu. Do đó, cần truyền thông tư vấn đến đối tượng chăm sóc người bệnh để được nhắc nhở tuân thủ điều trị thuốc hàng ngày nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc. Giới thiệu, hướng dẫn người bệnh lựa chọn, sử dụng ứng dụng kỹ thuật số giúp bệnh nhân chủ động hơn trong việc theo dõi huyết áp tại nhà, gắn kết với bác sĩ trong việc điều trị cũng như quản lý bệnh nhân, tăng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân THA.

Tỷ lệ đối tượng đã thực hành không uống rượu bia ở mức có hại và không hút thuốc chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 97,74% và 94,36%. Các đối tượng cũng đã có hành vi tích cực trong làm việc, sinh hoạt tránh stress (69,92%) và chế độ ăn uống (61,65%), riêng chế độ ăn giảm muối đã có 74,06% đối tượng thực hiện. Tỷ lệ đối tượng thực hiện chế độ luyện tập vẫn còn hạn chế với 42,48% và tỷ lệ theo dõi chỉ số huyết áp thường xuyên còn thấp với 25,19%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Phương Mai 2019 với tỷ lệ người dân thực hiện chế độ ăn nhạt ít muối và ăn nhiều rau quả lần lượt là 31,3% và 28,1%. Người dân không uống rượu bia và giảm cân chiếm tỷ lệ bằng nhau (9,4%) [6].

Năm 2022, thực hiện Quyết định 155/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 29/01/2022 về việc Phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025. Nằm trong mục tiêu giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính để dự phòng mắc bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần trong đó ngành y tế phối hợp với các ban ngành đã triển khai sâu rộng các chiến lược truyền thông trong đó có tăng cường truyền thông về giảm mức tiêu thụ muối trung bình ở người trưởng thành và giảm tỷ lệ uống rượu bia mức độ nguy hại ở người trưởng thành. Đặc biệt là các pháp lệnh về hạn chế uống rượu bia đã tác động không nhỏ đến nhận thức của người dân nói chung và người bệnh THA nói riêng.

Từ những kết quả trên, để giúp người bệnh thay đổi lối sống, có kiến thức về bệnh, tuân thủ dùng thuốc và thường xuyên theo dõi huyết áp, đi khám định kỳ đúng hẹn thì cần nâng cao sự giáo dục, tăng cường tư vấn sức khỏe cho người bệnh, các trạm y tế nâng cao quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng để giúp giảm tải cho tuyến trên và giúp những người bệnh ở xa được quản lý và điều trị tốt hơn. Xây dựng thử nghiệm mô hình nhắc nhau theo nhóm với sự hỗ trợ của y bác sĩ và cộng tác viên y tế trong việc nhắc nhở bệnh nhân thực hiện chế độ điều trị, cũng như hỗ trợ máy đo huyết áp cho các thành viên trong nhóm để thực hiện việc tuân thủ điều trị THA và tự theo dõi huyết áp tại nhà.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở các đối tượng kiến thức sai về dùng thuốc điều trị THA đạt tuân thủ điều trị thuốc thấp hơn nhóm đối tượng có kiến thức đúng là 0,03 lần (95%CI: 0,002-0,72). Ở các đối tượng kiến thức sai về cách theo dõi chỉ số HA đạt tuân thủ điều trị thuốc thấp hơn nhóm có kiến thức đúng là 0,22 lần (95%CI: 0,09-0,52); Điều này hoàn toàn phù hợp với khung lý thuyết được nêu ra ở phần trên của nghiên cứu. Theo lý thuyết, nhận thức đúng dẫn tới hành vi đúng. Những người có kiến thức đúng về điều trị thuốc và theo dõi chỉ số huyết áp sẽ có các biện pháp thay đổi lối sống gồm có chế độ ăn, hạn chế rượu bia thuốc lá do đó có chế độ tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn ở nhóm đối tượng có kiến thức sai, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cúc Phương năm 2018. Liên quan giữa kiến thức, thực hành với tuân thủ điều trị: Có sự liên quan rõ rệt giữa kiến thức chưa đạt và người bệnh có kiến thức đạt về bệnh THA với tuân thủ điều trị ($p < 0,010$). Có sự liên quan rõ rệt giữa thực hành chưa đạt và có thực hành đạt với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$) [7].

Tỷ lệ thực hành ăn giảm muối ở nhóm đối tượng gia đình không có người mắc THA cao hơn nhóm gia đình có người mắc 5,74 lần (95%CI: 1,25-26,22). Điều này có thể do gia đình có người mắc THA có thói quen ăn mặn và chính thói quen ăn mặn này là nguyên nhân gây bệnh THA của họ. Thói quen ăn mặn này là rất khó thay đổi, do đó thực hành ăn giảm muối của nhóm đối tượng này thấp hơn so với nhóm gia đình có người mắc THA. Tỷ lệ thực hành ăn giảm muối ở nhóm đối tượng có kiến thức sai về đo và ghi số đo HA thấp hơn nhóm đối tượng có kiến thức đúng 0,20 lần (95%CI: 0,04-0,88); Nhóm đối tượng đánh giá không sẵn sàng ăn nhạt thực hành ăn giảm muối thấp hơn nhóm đối tượng sẵn sàng 0,008 lần (95%CI: 0,0008-

0,089). Điều này hoàn toàn phù hợp với khung lý thuyết, khi đối tượng có kiến thức đúng và thái độ đúng sẽ dẫn dắt thực hành đúng.

Nhóm đối tượng có kiến thức sai về phân độ THA, mục tiêu điều trị, nội dung điều trị thực hành thể dục hàng ngày thấp hơn nhóm có kiến thức đúng lần lượt là 0,18 lần (95%CI:0,05-0,59), 0,34 lần (95%CI:0,13-0,88), 0,37 lần (95%CI:0,14-0,93). 0,37 lần (95%CI:0,14-0,93); Những điều này hoàn toàn phù hợp với khung lý thuyết được nêu ra ở phần trên của nghiên cứu. Theo lý thuyết, nhận thức đúng dẫn tới hành vi đúng, chỉ khi đối tượng có kiến thức đúng và thái độ đúng về thực hành chế độ luyện tập thể dục là cần thiết mới thật sự tuân thủ chế độ luyện tập tốt cũng như tuân thủ điều trị THA tốt.

Theo chúng tôi, những kết quả trên là phù hợp với các nghiên cứu trong nước trước đó. Để người bệnh có kiến thức đúng về bệnh, tuân thủ điều trị THA thì ngoài tuyên truyền, giáo dục hàng ngày qua phương tiện truyền thông, tivi, thì phải nâng cao ý thức của bác sĩ và nhân viên y tế để tư vấn cho bệnh nhân, chứ không phải là vấn đề phát hiện bệnh và kê toa như hiện nay.

V. KẾT LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ và tuân thủ điều trị THA

* Kiến thức về tăng huyết áp

- Kiến thức về THA của các đối tượng ở mức độ trung bình, trong tổng số 10 câu hỏi về kiến thức, trung bình các đối tượng trả lời đúng $5,08 \pm 2,01$ câu hỏi, số câu trả lời đúng cao nhất là 9, 65,8% trả lời đúng từ 4-7 câu hỏi.

- Kiến thức về sử dụng thuốc của bệnh nhân đạt 92,86%, kiến thức về chỉ số HA của bệnh nhân THA là 86,09%.

- Kiến thức về biến chứng của THA chỉ có 8,65% và kiến thức về triệu chứng THA là 3,38%.

* Thái độ về tăng huyết áp

- Tỷ lệ đối tượng sẵn sàng tuân thủ điều trị THA là khá cao với 96,99% sẵn sàng uống thuốc THA hàng ngày, 86,47% sẵn sàng ăn giảm muối, 81,58% sẵn sàng tập thể dục hàng ngày.

* Tuân thủ điều trị tăng huyết áp

- Tỷ lệ đối tượng tuân thủ điều trị thuốc còn thấp, chỉ đạt 56,02 %.

- Tỷ lệ 72,93% có quên thuốc trong suốt thời gian điều trị, 19,55% ngay trong tuần vừa qua, thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc huyết áp hàng ngày (45,11%). 37,59% đối tượng cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc và có 27,07% tự ý ngừng thuốc khi thấy khó chịu, 22,18% tự ý ngừng thuốc khi thấy huyết áp đã được kiểm soát.

- Thay đổi hành vi trong điều trị THA còn hạn chế: chỉ có 25,19% thực hiện theo dõi chỉ số huyết áp, 42,48% tuân thủ chế độ luyện tập, 74,06% đối tượng thực hiện ăn giảm muối.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị THA

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa:

- Tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp với kiến thức về điều trị thuốc và theo dõi HA.

- Hành vi giảm muối với kiến thức về phân độ THA, theo dõi HA, gia đình có người mắc THA và sự sẵn sàng thực hiện chế độ ăn giảm muối.

- Hành vi tập thể dục thể thao hàng ngày với kiến thức về phân độ THA, mục tiêu điều trị, nội dung điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Duy An**, Tăng huyết áp thâm lạng như thế nào. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2007.

2. **Wang, C.H., et al., Therapeutic Hypothermia and the Risk of Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.** Medicine (Baltimore), 2015. 94(47): p. e2152.

3. **World Health Organization, Non communicable diseases country profiles (Vietnam) 2016**, in World Health Organization. 2018: Geneva.

4. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Ninh Bình**, Báo cáo bệnh không lây nhiễm năm 2022. 2022: Ninh Bình.

5. **Morisky, D.E., et al.**, Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2008. 10(5): p. 348-54.

6. **Phạm Phương Mai**, mô tả kiến thức về bệnh tăng huyết áp và thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Quảng Xương, Thanh Hoá năm 2019. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 2021. tập 144 số 8 năm 2021.

7. **Nguyễn Thị Cúc Phương**, Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh tại khoa khám bệnh cán bộ, bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2018. 2018, Trường đại học Thăng Long.

8. **Đức Sỹ Trần**, Tuân thủ điều trị THA bằng thuốc của BN ngoại trú tại khoa Tim mạch PKĐK Hoàn mỹ sài gòn 2021., *Tạp chí y học Việt Nam*,, 2021. Tập 500 Số 1 (2021).

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ TỪ 18-49 TUỔI CÓ CHỒNG TẠI MỘT SỐ XÃ HUYỆN KIM SON, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2023

Lê Hữu Trường^{1,*}, Phạm Thị Bích Ngọc², Trịnh Thị Phương Thảo³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 275 phụ nữ trong độ tuổi từ 18-49 có chồng đang sinh sống trên địa bàn huyện Kim Sơn có khả năng giao tiếp bình thường đến khám tại Trạm Y tế các xã, thị trấn được chọn làm địa điểm nghiên cứu của huyện Kim Sơn. **Kết quả:** 38,5% - 86,5% đối tượng nhận biết được các dấu hiệu của VNĐSD; 58,5% - 87,6% đối tượng nhận biết được các nguyên nhân gây bệnh VNĐSD; Tỷ lệ kiến thức của đối tượng về tác nhân gây bệnh là 38,9% - 85,5%; 91,6% đối tượng biết được VNĐSD có thể phòng ngừa được; Tỷ lệ kiến thức của đối tượng về các biện pháp phòng chống VNĐSD là 68,7% - 88,4%; 86,2% đối tượng biết được VNĐSD có thể lây qua QHTD; 41,8% - 85,5% đối tượng nhận biết được các hậu quả của VNĐSD; 98,2% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày; 73,5% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục đúng cách; 77,8% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục trước QHTD; 91,0% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục sau QHTD; 93,5% đối tượng không QHTD ngày kinh nguyệt; 68,7% đối tượng đi khám phụ khoa trong vòng 12 tháng vừa qua. **Kết luận:** Đối tượng nghiên cứu có kiến thức về bệnh và thực hành phòng chống bệnh tương đối tốt. Mặc dù vậy vẫn còn một số phụ nữ chưa nhận biết được dấu hiệu, nguyên nhân, tác nhân, hậu quả và biện pháp phòng bệnh cũng như có hành vi chưa phù hợp.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, viêm nhiễm đường sinh dục dưới, phụ nữ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSD) là một trong những bệnh phụ khoa hay gặp nhất ở phụ nữ, đặc biệt ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hàng năm có 330-390 triệu phụ nữ mắc các bệnh VNĐSD. Trung bình mỗi ngày có khoảng 1 triệu phụ nữ mắc bệnh. Ở Mỹ, hàng năm có khoảng 10 triệu phụ nữ đến khám vì viêm âm đạo (VÂĐ), chiếm đến 28% số phụ nữ đến khám tại các phòng khám phụ khoa. Ở Việt Nam trong những năm gần đây, các nghiên cứu về VNĐSD cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao, chiếm 25%-78,4% tùy theo vùng miền [1] [2]. VNĐSD có thể gây ra những ảnh hưởng đến sức khỏe, đời sống, khả năng lao động của người phụ nữ, quan hệ vợ chồng, kế hoạch hoá gia đình. Bệnh cũng có thể gây ra những hậu quả nặng nề như: viêm tiểu khung, chửa ngoài tử cung, vô sinh, ung thư cổ tử cung, tăng nguy cơ lây truyền vi rút gây u nhú ở người (HPV). Ở phụ nữ có thai, VÂĐ, cổ tử cung (CTC) có thể gây sảy thai, đẻ non, ối vỡ non, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn sơ sinh nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [3]. Một số yếu tố nguy cơ gây VNĐSD đã được đề cập tới ở các nghiên cứu khác như thói quen vệ sinh bộ phận sinh dục không hợp lý, hiểu biết về bệnh còn hạn chế, hành vi sức khỏe của người phụ nữ, yếu tố môi trường và xã hội trong đó các điều kiện đảm bảo cho vệ sinh như nước sạch, nhà tắm đã được nghiên cứu [4]. Bên cạnh đó, các yếu tố như chăm sóc y tế không thường xuyên, tiền sử nạo hút thai cũng có mối liên quan [3]. Có mối liên hệ rất lớn trong việc thay đổi các quan niệm về kiến thức để đạt được thực hành tốt trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở phụ nữ, hướng đến không chế và hạ thấp tỷ lệ bệnh VNĐSD trong cộng đồng. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm: Mô tả kiến thức và thực hành phòng VNĐSD ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023.

¹ Nơi tiến hành nghiên cứu: 5 Trạm Y tế xã trên địa bàn huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình

Người chịu trách nhiệm: Lê Hữu Trường

Nơi công tác: Trung tâm Y tế huyện Kim Sơn

Số điện thoại: 0912208199

Email: truongytnb72@gmail.com¹

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023 tại 5 Trạm Y tế xã Quang Thiện, xã Kim Chính, xã Yên Lộc, xã Lai Thành, xã Văn Hải của huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Tất cả phụ nữ trong độ tuổi từ 18-49 có chồng đang sinh sống trên địa bàn huyện Kim Sơn có khả năng giao tiếp bình thường đến khám tại Trạm Y tế các xã, thị trấn được chọn làm địa điểm nghiên cứu của huyện Kim Sơn.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những phụ nữ trong độ tuổi từ chối tham gia nghiên cứu, vắng mặt tại địa phương trong thời điểm phỏng vấn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số về kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới: Tỷ lệ có kiến thức về dấu hiệu, nguyên nhân, tác nhân của bệnh; Tỷ lệ có kiến thức về phòng chống và hậu quả của VNĐSDD.

- Các biến số về kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới: Tỷ lệ ĐTNC có thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục (BPSD) hàng ngày, vệ sinh đúng cách; Tỷ lệ ĐTNC có thực hành vệ sinh BPSD trong quan hệ tình dục (QHTD); Tỷ lệ ĐTNC có thực hành khám phụ khoa.

2.3.3. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Thông tin được thu thập qua bộ câu hỏi cấu trúc đóng, nội dung câu hỏi dựa trên mục tiêu nghiên cứu có tham khảo các tài liệu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch trước khi nhập số liệu bằng cách loại bỏ những phiếu điều tra không hợp lệ: rách, không đầy đủ thông tin, trả lời thiếu hoặc thừa thông tin, thông tin không rõ ràng.

- Sử dụng phần mềm Epidata để nhập dữ liệu và phân tích số liệu.

- Các biến số được xác định tần số, tỉ lệ phần trăm để mô tả các giá trị của đối tượng nghiên cứu.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

- Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin	Đặc tính	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	Từ 18 đến 19 tuổi	1	0,4
	Từ 20 đến 29 tuổi	56	20,4
	Từ 30 đến 39 tuổi	149	54,2
	Từ 40 đến 49 tuổi	69	25
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	3,3
	Trung học cơ sở	29	10,5
	Trung học phổ thông	153	55,6
	Cao đẳng, đại học trở lên	84	30,6
Nghề nghiệp	Làm ruộng	13	4,7
	Công nhân	119	43,3
	Viên chức	41	14,9

	Buôn bán	42	15,3
	Nội trợ	41	14,9
	Khác	19	6,9
Tình trạng hôn nhân	Đang sống cùng chồng	270	98,2
	Đã ly dị/ly thân/goá	5	1,8

Trong 275 ĐTNC: nhóm tuổi 30 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,2%), thấp nhất là nhóm tuổi 18-19 (0,4%); hầu hết ĐTNC có trình độ học vấn trên THCS (98,5%) trong đó chủ yếu là THPT chiếm 55,6%, thấp nhất là trình độ học vấn tiểu học 3,3%; nghề nghiệp chủ yếu của ĐTNC là công nhân chiếm 43,3%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là làm ruộng chiếm 4,7%; 98,2% ĐTNC đang sống cùng chồng, 1,8% ĐTNC đã ly dị/ly thân/goá.

3.2. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023

Bảng 2. Tiếp cận thông tin về VNĐSDD

Tiếp cận thông tin về VNĐSDD	Số lượng	Tỷ lệ
Tỷ lệ đối tượng đã từng tiếp cận thông tin về VNĐSDD		
Có	246	89,5
Không	29	10,5
Kênh thông tin về bệnh mà ĐTNC đã tiếp cận		
Sách, báo online/offline	230	83,6
Tivi, đài phát thanh	163	59,3
Cán bộ y tế	150	54,5
Họ hàng, bạn bè	144	52,4
Khác	8	2,9

89,5% ĐTNC đã từng nghe nói về VNĐSDD; kênh thông tin mà đối tượng tiếp cận nhiều nhất là từ sách, báo (online hoặc offline) 83,6%. Tỷ lệ đối tượng tiếp cận thông tin từ cán bộ y tế là 54,5%.

Bảng 3. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Kiến thức về phòng chống VNĐSDD	Số lượng	Tỷ lệ
Dấu hiệu của bệnh		
Đau vùng bụng	106	38,5
Chảy dịch bộ phận sinh dục	206	74,9
Tiểu tiện đau, buốt	151	54,9
Đau khi QHTD	167	60,7
Ngứa bộ phận sinh dục	238	86,5
Nguyên nhân xuất hiện bệnh		
Không đủ nước sạch để vệ sinh	161	58,5
Không giữ vệ sinh bộ phận sinh dục	241	87,6
Vệ sinh kỳ kinh nguyệt kém	210	76,4
Không giữ vệ sinh trong QHTD	222	80,7
Tình dục với nhiều bạn tình	193	70,2
Tác nhân gây bệnh		
Vi khuẩn	220	80,0
Vi rút	107	38,9
Nấm	235	85,5
Không biết	11	4,0
VNĐSDD có thể phòng ngừa		
Có	252	91,6
Không	23	8,1
Biện pháp phòng chống VNĐSDD		
Sử dụng nước sạch để vệ sinh đường sinh dục	199	72,4
Giữ vệ sinh bộ phận sinh dục	243	88,4
Vệ sinh trong kì kinh nguyệt	229	83,3
Tắm rửa hàng ngày	202	73,5
Không mặc quần lót quá chật và ẩm ướt	189	68,7

Khám phụ khoa định kì	232	84,4
Điều trị nếu có viêm nhiễm	201	73,1
Tình dục an toàn	239	86,9
Bệnh có thể lây qua QHTD		
Đúng	237	86,2
Sai	38	13,8
Hậu quả của VNĐSDD		
Ảnh hưởng đến quan hệ vợ chồng	213	77,5
Vô sinh	235	85,5
Viêm vòi trứng	189	68,7
Chửa ngoài tử cung	115	41,8
Lây bệnh cho bạn tình	216	78,5
Lây bệnh cho thai nhi	163	59,3
Không biết	9	3,3

Trong các dấu hiệu của bệnh thì ngứa BPSD được đối tượng liệt kê nhiều nhất với tỷ lệ 86,5%; triệu chứng đau vùng bụng chỉ có 38,5% đối tượng biết đến. Có 87,6% ĐTNC biết rằng không giữ vệ sinh bộ phận sinh dục là một trong các nguyên nhân gây VNĐSDD; chỉ có 58,5% ĐTNC cho rằng không đủ nước sạch để vệ sinh là nguyên nhân gây ra bệnh. Đa số các ĐTNC cho rằng tác nhân gây VNĐSDD là do nấm 85,5%, vẫn còn 4,0% ĐTNC chưa biết được các tác nhân gây VNĐSDD. Phần lớn ĐTNC biết VNĐSDD có thể phòng ngừa được (91,6%). 86,2% ĐTNC biết rằng VNĐSDD có thể lây truyền qua QHTD. Các ĐTNC biết được nhiều hậu quả của VNĐSDD ảnh hưởng đến sức khỏe trong đó cao nhất là vấn đề về vô sinh 85,5%; tiếp đến là lây bệnh cho bạn tình và ảnh hưởng đến quan hệ vợ chồng. Mặc dù vậy vẫn còn 3,3% ĐTNC chưa nhận biết được bất kỳ hậu quả nào của bệnh.

3.3. Thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023

Bảng 4. Thực hành phòng chống VNĐSDD

Thực hành phòng chống VNĐSDD	Số lượng	Tỷ lệ
Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày		
Có	270	98,2
Không	5	1,8
Cách vệ sinh bộ phận sinh dục		
Rửa bộ phận sinh dục từ trước ra sau	202	73,5
Rửa bộ phận sinh dục dưới vòi nước chảy	183	66,5
Ngâm trong chậu nước	83	30,2
Rửa sâu vào bên trong	60	21,8
Vệ sinh bộ phận sinh dục và QHTD		
Vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi QHTD	214	77,8
Vệ sinh bộ phận sinh dục sau khi QHTD	250	91,0
QHTD vào ngày kinh nguyệt	18	6,5
Đi khám phụ khoa trong vòng 12 tháng vừa qua		
Có	189	68,7
Không	86	31,3
Tần suất khám phụ khoa của đối tượng		
Mỗi tháng 1 lần	3	1,6
3 tháng 1 lần	23	12,2
6 tháng 1 lần	61	32,3
Theo chiến dịch	102	53,9
Tỷ lệ ĐTNC từng mắc VNĐSDD		
Đã từng mắc	119	43,3

Hiện tại đang mắc	33	12,0
Chưa từng mắc	123	44,7

Hầu hết ĐTNC có vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày (98,2%); 73,5% ĐTNC rửa bộ phận sinh dục từ trước ra sau; Tỷ lệ đối tượng có thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi QHTD là 77,8% thấp hơn so với 91,0% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục sau khi QHTD. Hầu hết các đối tượng không QHTD vào ngày kinh nguyệt (93,5%).

Bảng 5. Thực hành khám phụ khoa trong phòng chống VNĐSDD

Thực hành khám phụ khoa	Số lượng	Tỷ lệ
Đi khám phụ khoa trong vòng 12 tháng vừa qua		
Có	189	68,7
Không	86	31,3
Tần suất khám phụ khoa của đối tượng (n=189)		
Mỗi tháng 1 lần	3	1,6
3 tháng 1 lần	23	12,2
6 tháng 1 lần	61	32,3
Theo chiến dịch	102	53,9
Đã từng mắc VNĐSDD		
Đã từng mắc	119	43,3
Hiện tại đang mắc	33	12,0
Chưa từng mắc	123	44,7
Mắc bệnh có điều trị bệnh (n=152)		
Có	147	96,7
Không	5	3,3
Nơi đối tượng lựa chọn điều trị bệnh VNĐSDD (n=147)		
Điều trị tại CSYT nhà nước	65	44,2
Điều trị tại CSYT tư nhân	59	40,1
Mua thuốc tự điều trị	22	15
Đi khám và điều trị theo thầy lang	1	0,7

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Trong 12 tháng vừa qua, có 68,7% ĐTNC đi khám phụ khoa; 53,9% đối tượng đi khám phụ khoa theo chiến dịch, 32,3% đối tượng khám phụ khoa 6 tháng 1 lần, tỷ lệ đối tượng khám định kỳ là 13,8%; 43,3% ĐTNC từng mắc VNĐSDD, 12,0% ĐTNC hiện tại đang mắc VNĐSDD và 44,7% ĐTNC chưa từng mắc VNĐSDD. Trong 152 đối tượng từng mắc VNĐSDD, đa số đối tượng có điều trị bệnh (96,7%). Dịch vụ y tế nhà nước vẫn là dịch vụ quan trọng và được lựa chọn nhiều nhất của ĐTNC để điều trị VNĐSDD. Vẫn còn 3,3% ĐTNC mắc VNĐSDD không điều trị bệnh và 0,7% đối tượng trả lời sử dụng các dịch vụ điều trị của thầy lang khi mắc VNĐSDD.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023

Kiến thức và thực hành của người phụ nữ có mối liên quan rất chặt chẽ với tình trạng sức khỏe nói chung cũng như trong các bệnh không chỉ bệnh nhiễm trùng mà còn cho cả các bệnh không nhiễm trùng. Nhìn chung, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi từ 18-49 có chồng tại huyện Kim Sơn có kiến thức về các triệu chứng, nguyên nhân mắc, tác nhân gây bệnh, kiến thức về cách phòng chống VNĐSDD ở mức độ khá cao. Kiến thức của ĐTNC về các dấu hiệu của VNĐSDD đạt từ 38,5% - 86,5%. Kiến thức của ĐTNC về nguyên nhân gây bệnh VNĐSDD cũng được từ 58,8% - 87,6% đối tượng liệt kê. Trong đó nguyên nhân gây bệnh được ĐTNC liệt kê nhiều nhất là không giữ vệ sinh bộ phận sinh dục (87,6%); 80,7% ĐTNC cho rằng không giữ vệ sinh trong QHTD gây VNĐSDD; nguyên nhân tiếp theo được ĐTNC liệt kê đến là vệ sinh kỳ kinh nguyệt kém (76,4%) và được liệt kê thấp nhất là nguyên nhân không đủ nước sạch để vệ sinh (58,5%). Bên cạnh đó, kiến thức về các tác nhân gây VNĐSDD cũng

được từ 38,9%-85,5% đối tượng liệt kê. Kiến thức về các biện pháp phòng chống VNĐSDD của ĐTNC: 91,6% ĐTNC biết được VNĐSDD có thể phòng ngừa được; 68,7% - 88,4% các đối tượng nhận biết được các biện pháp dự phòng bệnh; chỉ còn 3,3% đối tượng chưa nhận biết được các hậu quả của VNĐSDD. Kiến thức của phụ nữ 18-49 tuổi có chồng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với phụ nữ Khmer cùng độ tuổi trong nghiên cứu của Phan Trung Thuần và các cộng sự tại thành phố Cần Thơ năm 2016 [9] và phụ nữ người dân tộc thiểu số ở miền núi tỉnh Thái Nguyên trong nghiên cứu của Nông Thị Thu Trang năm 2011[10]. Kết quả nghiên cứu về kiến thức của phụ nữ 18-49 tuổi có chồng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Xanh tại thành phố Hải Phòng năm 2014[11].

Chúng ta biết rằng, VNĐSDD có thể do các tác nhân gây bệnh khác nhau như vi khuẩn, vi rút, nấm, kí sinh trùng... và với mỗi loại tác nhân khác nhau sẽ gây ra các tổn thương đặc hiệu có thể chẩn đoán được qua triệu chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm. Những người hiểu biết về bệnh thì sẽ có thực hành phòng chống bệnh tốt hơn, vận động người thân sống xung quanh có thực hành phòng chống bệnh tốt hơn. Đa số các nghiên cứu đều chỉ ra có mối liên quan giữa kiến thức của người phụ nữ về phòng chống VNĐSDD và thực hành phòng chống VNĐSDD, những phụ nữ có kiến thức về phòng chống VNĐSDD tốt thì khả năng hành về phòng chống VNĐSDD tốt hơn[5][6].

4.2. Thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2023

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực trạng thực hành phòng chống VNĐSDD của phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi có chồng tại một số xã huyện Kim Sơn khá tốt. Lý giải cho kết quả này là do ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn khá cao với 55,6% có trình độ cao đẳng, đại học trở lên, việc tiếp cận các kênh thông tin về phòng chống VNĐSDD khá dễ dàng với 83,6% ĐTNC lấy thông tin về bệnh qua sách báo online/offline. Bên cạnh đó còn phải nhắc đến hiệu quả của hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức và thực hành phòng chống VNĐSDD của các cơ sở y tế. Kết quả thực hành tốt của phụ nữ hoàn toàn phù hợp với kiến thức về phòng chống bệnh của họ ở phần trên. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của phụ nữ từ 18-49 tuổi trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Xanh tại thành phố Hải Phòng năm 2014 và trong nghiên cứu của Bùi Đình Long tại Nghệ An năm 2017[11].

Kết quả khảo sát cho thấy, trong vòng 12 tháng vừa qua có 68,7% ĐTNC đi khám phụ khoa. Trong đó hơn ½ đối tượng (53,9%) đi khám theo chiến dịch, tỷ lệ đối tượng đi khám định kỳ hàng tháng và 3 tháng 1 lần dưới 20%. 43,3% ĐTNC đã từng mắc VNĐSDD, 12,0% ĐTNC hiện tại đang mắc VNĐSDD và 44,7% ĐTNC chưa từng mắc VNĐSDD. Khi nghiên cứu tìm hiểu về đối tượng từng mắc VNĐSDD có điều trị không, 96,7% đối tượng trả lời có điều trị khi bị bệnh. Khi được hỏi về địa điểm lựa chọn điều trị VNĐSDD: 44,2% ĐTNC trả lời lựa chọn điều trị tại các cơ sở y tế nhà nước chiếm tỷ lệ cao nhất và cao hơn 4,1% so với đối tượng chọn điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân. Mặc dù vậy vẫn còn 0,7% sử dụng dịch vụ thầy lang và 15% ĐTNC tự mua thuốc về điều trị. Thói quen tự mua thuốc điều trị theo kinh nghiệm bản thân hay còn gọi là tự sử dụng thuốc không đúng có thể dẫn đến tiến triển của bệnh nặng hơn hoặc có những biến chứng xảy ra. Sử dụng liều thuốc điều trị không phù hợp có thể gây ra tác dụng phụ có hại của thuốc. Tự sử dụng thuốc sai của con người như liều không đúng, không đủ thời gian, sử dụng thuốc bừa bãi đã và đang hình thành nên sự lan rộng của việc kháng thuốc.

Thực trạng hành vi của ĐTNC khi lựa chọn địa điểm điều trị VNĐSDD cho thấy mặc dù các đối tượng chọn dịch vụ y tế nhà nước chiếm tỷ lệ cao tuy nhiên tỷ lệ này không cao hơn đáng kể so với dịch vụ y tế tư nhân. Điều này cho thấy được vai trò của dịch vụ y tế tư nhân trong hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Ngoài ra vẫn còn khoảng 15,7% đối tượng có hành vi chưa phù hợp khi có vấn đề về sức khỏe sinh sản do vậy cán bộ y tế cơ sở vẫn cần duy trì và tăng cường các biện pháp truyền thông cho nhóm đối tượng này về kiến thức và thực hành phòng chống VNĐSDD.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh phần nào kiến thức và thực hành phòng chống VNĐSDĐ ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi tại một số xã trên địa bàn huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình. Từ đó có thể nghiên cứu vấn đề này trong một phạm vi rộng lớn hơn như một miền hay trong cả nước sẽ cho chúng ta một bức tranh tổng thể để từng bước đưa ra các giải pháp nhằm cải thiện nâng cao kiến thức, thực hành hành phòng chống VNĐSDĐ ở phụ nữ trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới của đối tượng: 38,5% - 86,5% đối tượng nhận biết được các dấu hiệu của VNĐSDĐ; 58,5% - 87,6% đối tượng nhận biết được các nguyên nhân gây bệnh VNĐSDĐ; Tỷ lệ kiến thức của đối tượng về tác nhân gây bệnh là 38,9% - 85,5%; 91,6% đối tượng biết được VNĐSDĐ có thể phòng ngừa được; Tỷ lệ kiến thức của đối tượng về các biện pháp phòng chống VNĐSDĐ là 68,7% - 88,4%; 86,2% đối tượng biết được VNĐSDĐ có thể lây qua QHTD; 41,8% - 85,5% đối tượng nhận biết được các hậu quả của VNĐSDĐ.

- Thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới của đối tượng: 98,2% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày; 73,5% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục đúng cách; 77,8% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục trước QHTD; 91,0% đối tượng vệ sinh bộ phận sinh dục sau QHTD; 93,5% đối tượng không QHTD ngày kinh nguyệt. 68,7% đối tượng đi khám phụ khoa trong vòng 12 tháng vừa qua. Trong đó 53,8% đối tượng đi khám theo chiến dịch. 55,3% ĐTNČ đã từng mắc và hiện tại đang mắc VNĐSDĐ, trong số đó 96,7% đối tượng mắc VNĐSDĐ có điều trị bệnh. Khi được hỏi về địa điểm lựa chọn điều trị VNĐSDĐ: 44,2% đối tượng trả lời lựa chọn điều trị tại các cơ sở y tế nhà nước; 40,1% đối tượng trả lời lựa chọn điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân; 15% đối tượng tự mua thuốc điều trị; vẫn còn 0,7% đối tượng lựa chọn điều trị theo thầy lang.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đối với các ban ngành, đoàn thể

Phối hợp với Trạm Y tế các xã, thị trấn tăng cường thực hiện công tác truyền thông nâng cao nhận thức và thực hành về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới cho phụ nữ tại cộng đồng.

Đối với ngành y tế

- Trạm Y tế các xã, thị trấn tăng cường nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đáp ứng sự hài lòng của người dân để nâng cao công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân nói chung và nâng cao công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản nói riêng.

- Trung tâm Y tế phối hợp với các đơn vị y tế tuyến trên tổ chức các đợt chiến dịch khám phụ khoa, phát hiện bệnh cho phụ nữ.

Đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ

- Thực hiện vệ sinh các nhân sạch sẽ, quan hệ tình dục an toàn, chung thủy một vợ một chồng.

- Khám sức khoẻ sinh sản định kỳ.

- Khi bị bệnh phải tuân thủ điều trị dứt điểm và tái khám định kỳ.

- Tham gia các buổi truyền thông và cung cấp kiến thức phòng chống bệnh tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ánh (2010), Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ Hà Nội từ 18 – 49 tuổi đã có chồng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2019), Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại xã Đồng Phú, huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long và một số yếu tố liên quan năm 2018, Trường Đại học Y tế công cộng. 01-2019, tr. 39-47.

3. Trịnh Thị Bình (2018), Viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15-49 và một số yếu tố liên quan tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hoá năm 2018, Luận văn thạc sĩ ngành Y tế công cộng, Đại học Thăng Long.

4. Cấn Hải Hà (2014), Nghiên cứu thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15-49 có chồng tại xã Kim Quan, Thạch Thất, Hà Nội và một số yếu tố liên quan, Đại học Y Dược Thái Nguyên.

5. Nguyễn Thị Kim Loan, Phạm Thị Tâm (2019), “Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng đến khám, điều trị tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019, Tạp chí Y học Cần Thơ số 19/2019.

6. Bùi Đình Long (2017), Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại hai công ty may tính Nghệ An và hiệu quả can thiệp, Luận án tiến sĩ y học – Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương.

7. Vũ Thị Thuý Mai và cộng sự (2018), “Thực trạng kiến thức và thực hành phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ từ 18-49 tuổi tại thành phố Nam Định”, Nghiên cứu khoa học, Trung tâm Y tế thành phố Nam Định.

8. Đặng Thị Thuỳ Mỹ và cộng sự (2020), “Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ trong tuổi sinh sản tại bệnh viện sản nhi Trà Vinh”, Tạp chí Y học Cần Thơ số 39/2021.

9. Phan Trung Thuận và các cộng sự (2016), “Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ Khmer trong độ tuổi từ 18-49 tại thành phố Cần Thơ năm 2016”, Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế.

10. Nông Thị Thu Trang (2011), “Thực trạng kiến thức, hành vi vệ sinh thai nghén và viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có thai người dân tộc thiểu số ở miền núi tỉnh Thái Nguyên”, Tạp chí Y học thực hành 6(767).

11. Phạm Thị Thu Xanh (2014), Thực trạng nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi 18-49 tại khu vực biển đảo thành phố Hải Phòng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 TẠI TRẠM Y TẾ XÃ, HUYỆN YÊN KHÁNH, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2019

Phạm Giang Sơn^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm cung cấp thông tin về thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) về phòng chống bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường tít 2 (ĐTĐT2) tại các trạm y tế xã, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 19 trạm y tế xã, thị trấn trong huyện, bằng phỏng vấn trực tiếp cán bộ y tế. **Kết quả:** nhiều hình thức TT-GDSK đã và đang thực hiện tại tuyến xã, có sự phối hợp với nhiều ban ngành đoàn thể. Các nội dung đã được TT-GDSK rất phong phú về chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh (61,5%, 56,3%); về chế độ luyện tập thể dục, nghỉ ngơi (50,0%, 38,5%); về dùng thuốc đều, đúng liều, đúng lúc theo chỉ định của y, bác sĩ (37,5%, 30,2%). Có 27,1% cán bộ y tế nhận xét đạt chất lượng tốt. Công tác đào tạo/tập huấn vẫn chưa được quan tâm đúng mức, có 55,2-64,6% cán bộ không được đào tạo về lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK.

Từ khóa: Truyền thông - giáo dục sức khỏe, Tăng huyết áp; Đái tháo đường tít 2; Trạm y tế xã; Huyện Yên Khánh; Tỉnh Ninh Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe là nội dung quan trọng trong các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ). Đảng, Nhà nước và ngành Y tế nước ta luôn coi trọng và khẳng định công tác TT-GDSK là một phần không thể thiếu được trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Ban chấp hành Trung ương Đảng đã khẳng định công tác thông tin, truyền thông, giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ quan trọng và giải pháp chủ yếu để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân [1]. Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là bệnh mạn tính, khó chữa khỏi, có xu hướng tăng lên, trong đó có bệnh THA và ĐTĐT2. Điều đáng báo động là các ca tử vong do các BKLN ở các nước đang phát triển càng ngày càng xảy ra ở nhóm tuổi trẻ hơn [2]. Ở nước ta, Thủ tướng Chính phủ đã ra Quyết định phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống các BKLN giai đoạn 2015-2025, với mục tiêu khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các BKLN, trong đó ưu tiên phòng, chống bệnh tăng huyết áp (THA) và bệnh đái tháo đường tít 2 (ĐTĐT2) [3]. Trong hệ thống y tế Việt Nam, Trạm y tế xã (TYTX) là nơi đầu tiên người dân tiếp cận khi ốm đau với chức năng và nhiệm vụ cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBĐ. TT-GDSK là tiêu chí thứ 10 trong “Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020” [4]. Thực tế tình hình hoạt động TT-GDSK phòng chống các BKLN nói chung và cụ thể là THA và ĐTĐT2 của TYTX huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình hiện nay như thế nào? Những yếu tố nào có liên quan đến hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2?. Để trả lời những câu hỏi trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tít 2 tại trạm y tế xã, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2019” với mục tiêu: *Mô tả thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tít 2 tại các trạm y tế xã, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2019.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình
- Đối tượng: Trưởng trạm và cán bộ, nhân viên y tế thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK

¹ Trung tâm Y tế huyện Yên Khánh

(*) Tác giả chính/liên hệ: Phạm Giang Sơn

Địa chỉ: Khoa Kiểm soát bệnh tật - HIV/AIDS, Trung tâm Y tế huyện Yên Khánh

Điện thoại: 0976583235

Email: giangsonyk@gmail.com

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2019 đến tháng 9/2019

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng nghiên cứu định lượng

2.3. Cơ mẫu và chọn mẫu

Chọn toàn bộ Trưởng trạm và cán bộ, nhân viên y tế của 19 trạm y tế xã, thị trấn huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình có thực hiện đến hoạt động TT-GDSK, đã phỏng vấn 96 cán bộ TYTX

2.4. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Điều tra viên sẽ đến để phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại các trạm y tế. Trong quá trình điều tra chỉ có hai người và ngồi đối diện nhau.

2.5. Xử lý và Phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EPI DATA 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về cán bộ y tế được điều tra

Bảng 1. Phân bố đối tượng điều tra theo tuổi, giới tính và thâm niên công tác trong lĩnh vực TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2

Thông tin chung	Số người	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi: 20-30	10	10,4
31-45	45	46,9
46-60	41	42,7
Tổng số	96	100
Giới tính: Nam	33	34,4
Nữ	63	65,6
Tổng số	96	100
Thâm niên công tác về TT-GDSK		
≤ 2 năm	12	12,5
> 2 năm	84	87,5
Tổng số	96	100

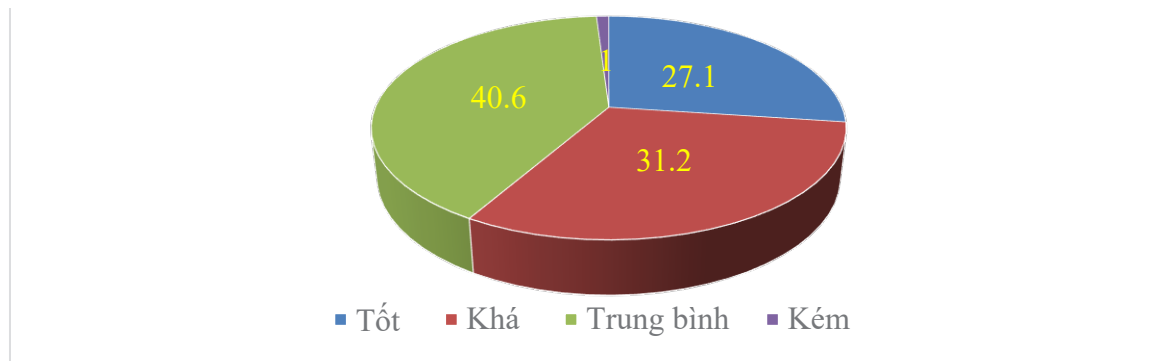
Nhận xét: Tuổi trung bình của người được phỏng vấn là 41,9. Tuổi thấp nhất là 24 tuổi và cao nhất là 60 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 31-45 tuổi chiếm 46,9%. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu: nữ chiếm 65,6%, và nam chiếm 34,4%. Đa số cán bộ được phỏng vấn có thâm niên trong lĩnh vực công tác TT-GDSK trên 2 năm (87,5%).

3.2. Thực trạng hoạt động TT-GDSK bệnh THA và ĐTĐT2 của các cán bộ y tế

Bảng 2. Thực hiện lồng ghép/phối hợp các hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của trạm y tế với các đơn vị/tổ chức của xã

Đơn vị lồng ghép/phối hợp	Số lượng	%
Chính quyền xã/thôn	73	76,0
Đài phát thanh	84	87,5
Phòng văn hóa thông tin	49	51,0
Hội phụ nữ	52	54,2
Đoàn thanh niên	45	46,9
Hội cựu chiến binh	51	53,1
Hội người cao tuổi	81	84,4
Đơn vị khác (Mặt trận tổ quốc, hội nông dân, công an xã, trường học...)	3	3,1
Tổng số	96	

Nhận xét: Các cán bộ y tế trả lời đơn vị mình có thực hiện lồng ghép/phối hợp với các đơn vị/tổ chức của xã chiếm tỷ lệ cao như: đài phát thanh (87,5%), hội người cao tuổi (84,4%), chính quyền xã/thôn (76,0%). Số cán bộ y tế trả lời đơn vị mình phối hợp với các tổ chức khác của xã như hội phụ nữ, hội cựu chiến binh, hội phụ nữ... chiếm tỷ lệ thấp hơn.



Biểu đồ 1. Đánh giá của cán bộ y tế về hoạt động TT-GDSK phòng chống 2 bệnh THA và ĐTĐT2 của xã mình

Nhận xét: Theo biểu đồ 1, có 40,6% (39/96); 31,2% (30/96) số cán bộ được hỏi đánh giá hoạt động TT-GDSK của xã mình ở mức độ lần lượt là trung bình, khá; có 27,1% (26/96) cán bộ nhận xét là tốt, chỉ 1,0% (1/96) cán bộ y tế nhận xét hoạt động TT-GDSK của xã mình là kém.

Bảng 3. Thực hiện các hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của trạm y tế với các đơn vị/tổ chức của xã trong thời gian qua

Hoạt động TT-GDSK	1 tuần qua		1 tháng qua		3 tháng qua	
	Có	%	Có	%	Có	%
Nói chuyện với cộng đồng về 2 bệnh	23	24,0	41	42,7	48	50,0
Thảo luận nhóm /hướng dẫn nhóm đối tượng về 2 bệnh	10	10,4	25	26,0	25	26,0
Tư vấn cho cá nhân về 2 bệnh	66	68,8	73	76,0	75	78,1
Thực hiện TT-GDSK tại gia đình	17	17,1	23	24,0	28	29,2
Viết bài cho đài phát thanh xã về 2 bệnh	19	19,8	60	62,5	63	65,6
Phát tài liệu cho đối tượng (tờ rơi, tờ bướm, sách mỏng...) về 2 bệnh	8	8,3	21	22,9	25	26,0
Nhận tài liệu truyền thông 2 bệnh	10	10,4	30	31,2	34	35,4
Hoạt động khác: (nếu có ghi cụ thể)	0	0	0	0	0	0
Tổng số	96					

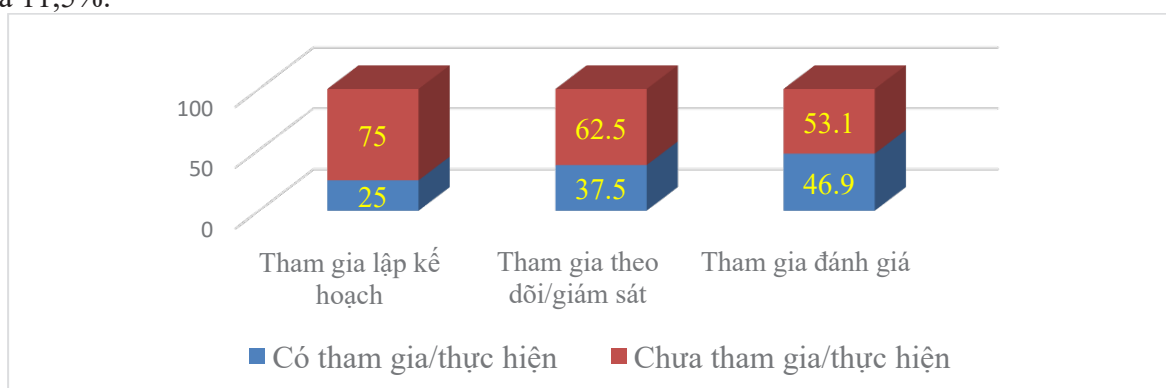
Nhận xét: Theo bảng 3, trong tuần qua tỷ lệ cán bộ y tế có thực hiện các hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2: nói chuyện với cộng đồng về 2 bệnh, thảo luận/hướng dẫn nhóm đối tượng về 2 bệnh, tư vấn cho cá nhân về 2 bệnh, thực hiện TT-GDSK tại gia đình, viết bài cho đài phát thanh xã, phát tài liệu cho đối tượng, nhận tài liệu TT-GDSK lần lượt là 24,0%, 10,4%, 68,8%, 17,1%, 19,8%, 8,3% và 10,4%. Tỷ lệ các hoạt động TT-GDSK được các cán bộ y tế thực hiện tăng lên trong tháng qua và trong 3 tháng qua.

Bảng 4. Nội dung cán bộ TYTX đã thực hiện TT-GDSK về phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2

Nội dung TT-GDSK	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh	59	61,5	54	56,3
Kiến thức và cách phòng chống bệnh	20	20,8	20	20,8
Chế độ dùng thuốc đều, đúng liều, đúng lúc theo chỉ định của y, bác sĩ	36	37,5	29	30,2
Chế độ luyện tập thể dục, nghỉ ngơi	48	50,0	37	38,5
Khám và phòng các biến chứng	11	11,5	11	11,5

Kiểm soát huyết áp tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; Kiểm soát đường huyết tại cơ sở y tế	24	25,0	18	18,8
Kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh	31	32,3	22	22,9
Tổng số	96		96	

Nhận xét: Tỷ lệ cán bộ y tế có thực hiện các nội dung của hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA: Chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (61,5%), thấp nhất là khám và phòng các biến chứng (11,5%), còn lại là các nội dung khác. Các cán bộ y tế có thực hiện các nội dung của hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh ĐTĐT2: chiếm tỷ lệ cao nhất là chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh (56,3%), khám và phòng các biến chứng có tỷ lệ thấp nhất là 11,5%.



Biểu đồ 2 Tham gia/ thực hiện các hoạt động quản lý TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của cán bộ y tế

Nhận xét: Số cán bộ y tế trả lời đã từng tham gia/ thực hiện lập kế hoạch là 75,0%. Số cán bộ tham gia theo dõi/giám sát là 62,5% và tham gia đánh giá các hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 tại xã mình là 53,1%

Bảng 5. Các loại kế hoạch TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 được lập ở tuyến xã theo ý kiến của CBYT

Loại kế hoạch	Số lượng	Tỉ lệ %
Kế hoạch tháng	33	45,8
Kế hoạch quý	25	34,7
Kế hoạch 6 tháng	10	13,9
Kế hoạch năm	38	52,8
Kế hoạch đột xuất	3	4,17
Tổng số có lập kế hoạch	72	

Nhận xét: Bảng 5 cho thấy các loại kế hoạch định kỳ như kế hoạch năm, tháng, quý, 6 tháng là loại kế hoạch thường xuyên được lập, chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 52,8%, 45,8%, 34,7% và 13,9%). Ngoài các kế hoạch định kỳ kể trên, các kế hoạch khác cũng được cán bộ y tế xã lập nhưng chiếm tỷ lệ rất thấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về nhân lực, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất tại các xã nghiên cứu là 31-45, chiếm 46,9%. Tỷ lệ cán bộ y tế nhóm tuổi này khá tương đồng với nghiên cứu của Tạ Hoàng Giang: lứa tuổi 31-45 chiếm tỷ lệ 43,9% [5]. Đây là nhóm tuổi trẻ, nhiệt tình, đã tích lũy được ít nhiều kinh nghiệm, kiến thức, kỹ năng trong hoạt động chuyên môn, trong đó có hoạt động TT-GDSK. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 đang được cán bộ y tế thực hiện, với sự kết hợp cả phương pháp trực tiếp và gián tiếp, rất phù hợp với thực tế. Các hoạt động TT-GDSK trực tiếp trong tháng qua như nói chuyện với cộng đồng về 2 bệnh, tư vấn cho cá nhân về 2 bệnh... chiếm tỷ lệ cao, từ 50% trở lên (bảng 3). Các hoạt động TT-GDSK gián tiếp như qua đài phát thanh, qua tờ rơi, sách mỏng, panô, áp phích và các tài liệu truyền thông khác cũng được các cán bộ y tế thực hiện một cách rộng rãi và đòi hỏi tích cực hơn nữa để đáp ứng nhu cầu của nhân dân (bảng

3). Các nội dung TT-GDSK về phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của các cán bộ y tế là khá đầy đủ và tập trung vào các nội dung quan trọng như chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh; chế độ luyện tập thể dục, nghỉ ngơi; chế độ dùng thuốc đều, đúng liều, đúng lúc theo chỉ định của y, bác sĩ chiếm tỷ lệ từ 30,2% đến 61,5% (bảng 4), bên cạnh đó những nội dung như kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh, đo huyết áp tại nhà, kiểm tra đường huyết tại các cơ sở y tế; kiến thức và cách phòng chống bệnh; khám và phòng các biến chứng cũng được các cán bộ y tế tư vấn, tuyên truyền đến người bệnh cũng như những đối tượng đến khám tại trạm y tế xã với tỷ lệ thấp hơn, nhưng đây là kết quả rất đáng khích lệ. Kết quả nghiên cứu về các nội dung được TT-GDSK cho người dân về phòng chống 2 bệnh THA và ĐTĐT2 cũng phù hợp với các nội dung cần TT-GDSK cho cộng đồng mà nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiến về thực trạng TT-GDSK ở tuyến huyện và xây dựng thí điểm phòng TT-GDSK ở trung tâm y tế dự phòng huyện đã nêu ra [6].

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chất lượng TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của xã mình: số ý kiến nhận xét hoạt động TT-GDSK tốt và khá chiếm 58,3%. Như vậy, còn 40,6% ý kiến nhận xét chất lượng hoạt động TT-GDSK còn ở mức trung bình (biểu đồ 1). Mặc dù đây chỉ là những ý kiến chủ quan của các cán bộ được phỏng vấn, nhưng là ý kiến của chính những cán bộ đang thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 nên chúng ta thấy việc quan tâm nhiều hơn là rất cần thiết, cùng với nhiều giải pháp để nâng cao chất lượng các hoạt động TT-GDSK trong thời gian tới.

Một trong những nguyên lý quan trọng của chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe, đặc biệt là trong TT-GDSK và CSSKBD đã được thực tế khẳng định là phối hợp, lồng ghép, thu hút nhiều ban ngành đoàn thể cùng tham gia [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại các xã nghiên cứu đã có nhiều ban ngành đoàn thể tham gia vào hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2: trên 70% cán bộ được phỏng vấn trả lời có phối hợp với Chính quyền xã/thôn; Đài phát thanh; Hội người cao tuổi. Tuy nhiên sự phối hợp với một số tổ chức như: Hội phụ nữ; Đoàn thanh niên; Hội cựu chiến binh chiếm tỷ lệ thấp hơn từ 46,9% đến 54,2% (bảng 3.3). Như vậy, nhu cầu hiện nay ở tuyến xã, huyện Yên Khánh là cần tiếp tục thực hiện đầy mạnh xã hội hóa công tác TT-GDSK. Vấn đề đặt ra là cần phải huy động, thuyết phục của nhiều nhóm đối tượng tham gia vào hoạt động TT-GDSK để phát huy sức mạnh tổng hợp của các tổ chức cộng đồng nhằm hỗ trợ và nâng cao hiệu quả hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2.

Trong hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 của tuyến xã thì Quản lý hoạt động TT-GDSK là một trong các yếu tố quyết định có ảnh hưởng đến cả số lượng và chất lượng, hiệu quả của hoạt động TT-GDSK. Công tác lập kế hoạch được coi là xương sống trong quản lý các chương trình TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2. Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy 75% cán bộ trả lời đã tham gia lập kế hoạch hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2. Trong số các kế hoạch được lập, phần lớn là kế hoạch năm, tháng, quý, (từ 34,7% đến 52,8%), ngoài ra là các kế hoạch khác... Tỷ lệ này khác biệt với kết quả của Nguyễn Văn Hiến khi tìm hiểu về lập kế hoạch ở huyện Thanh Miện có 46,9% cán bộ y tế cho biết đơn vị của họ không có kế hoạch cụ thể cho hoạt động TT-GDSK [6]. Sự khác biệt có thể do thời gian nghiên cứu khác nhau, trên thực tế hoạt động này ngày càng được thực hiện tốt hơn. Theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 là những khâu quan trọng trong quản lý. Theo dõi/giám sát giúp cơ quan y tế cấp trên hỗ trợ, đào tạo, nâng cao năng lực về TT-GDSK cho tuyến dưới, qua đó góp phần nâng cao chất lượng các hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2. Kết quả nghiên cứu, số cán bộ không tham gia theo dõi/giám sát, đánh giá vẫn còn chiếm tỷ lệ cao lần lượt 37,5%, 46,9%, qua đây chúng tôi nhận thấy không những cần phải triển khai công tác quản lý mà cần phải có sự giám sát, hỗ trợ cả về kiến thức và kỹ năng để công tác quản lý hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 được thực hiện với số lượng, chất lượng tốt hơn. Để làm cho các hoạt động TT-GDSK đạt được mục tiêu, thực hiện được các vai trò quan trọng của nó trong góp phần giải quyết các vấn đề sức khỏe [7]. Từ kết quả nghiên cứu đạt được, chúng tôi

nhận thấy tiếp tục quan tâm đến TT-GDSK phòng chống bệnh tật nói chung và phòng chống BKLN trong đó có THA và ĐTĐT2 là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 đã và đang được phần lớn cán bộ y tế xã của huyện Yên Khánh thực hiện với các hình thức đa dạng, có sự phối hợp với nhiều ban ngành đoàn thể khá tốt

- Các cán bộ y tế có thực hiện các nội dung của hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh THA và ĐTĐT2 rất phong phú như chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh (61,5%, 56,3%); chế độ luyện tập thể dục, nghỉ ngơi (50,0%, 38,5%); chế độ dùng thuốc đều, đúng liều, đúng lúc theo chỉ định của y, bác sĩ (37,5%, 30,2%)...

- Tỷ lệ cán bộ y tế đã tham gia lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá khá cao, giao động từ 53% đến 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Chính trị** (2005). Nghị quyết Số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005. *Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới*.

2. **Bộ Y tế Việt Nam và Nhóm đối tác y tế (Health Partnership Group - HPG)** (2014). *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế (JARH): Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. **Chính phủ** (2015). Quyết định số 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ. *Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025*, 14 tr.

4. **Chính phủ** (2014). Nghị định số 117/2014/NĐ-CP của Thủ tướng Chính phủ. *Nghị định quy định về Y tế xã, phường, thị trấn*, 4 tr.

5. **Tạ Hoàng Giang** (2009). *Thực trạng quản lý hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại tuyến xã tỉnh Hà Nam năm 2009*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Văn Hiến** (2010). *Nghiên cứu thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và xây dựng mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế dự phòng huyện*, Báo cáo đề tài cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội.

7. **Linda Lederman, Gary Creps, and Anthony Roberto** (2017). *The role of communication in Health issue*. Property of Kedall Hunt Publishing.

THỰC TRẠNG LO ÂU CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ VĂN PHÚ, HUYỆN NHO QUAN, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022

Nguyễn Thị Hồng Thu^{1*}, Đặng Thị Thu

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thực trạng lo âu của người cao tuổi tại xã Văn Phú, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình năm 2022 và đưa ra đề xuất các giải pháp giúp người cao tuổi ứng phó tốt hơn với lo âu. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang với 420 người cao tuổi (NCT) trong đó có 183 nữ và 237 nam tại xã Văn Phú, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình. **Kết quả:** trong số 420 người tham gia nghiên cứu khi được hỏi những lo âu, buồn phiền về bản thân mình thường gặp cho thấy: Tỷ lệ NCT lo âu, buồn phiền nhiều nhất là bản thân không làm ra kinh tế chiếm tỷ lệ cao 73,8%; lo âu, buồn phiền bản thân bị bệnh chiếm 67,4%; lo âu, buồn phiền vì không giúp đỡ được con, cháu chiếm 56,7%; chỉ có 19,3% lo âu, buồn phiền không có con trai, cháu trai và 3,1% lo âu, buồn phiền vì mình không có con. Khi được hỏi về những lo âu, buồn phiền đối với những người thân trong gia đình thì đa phần NCT có câu trả lời là trong gia đình có người thân ốm nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,5%. Lo âu, buồn phiền vì sự khác nhau giữa các thế hệ chiếm 21,7%. Lo âu, buồn phiền vì người thân trong gia đình bất hòa chiếm 19,3%. Lo âu buồn phiền vì trong gia đình có người mắc tệ nạn xã hội 5%. Lo âu, buồn phiền vì con, cháu bất hiếu 4,5%. Lo âu, buồn phiền vì con cái thất nghiệp 3,1% và chỉ 2,1% lo âu, buồn phiền vì trong gia đình có người thân chết. **Kết luận:** tỷ lệ NCT không lo âu là 35,5%; có biểu hiện lo âu là 64,5% trong đó: 182 ĐTNC có mức độ lo âu nhẹ chiếm 43,3%; 72 ĐTNC có mức độ lo âu vừa chiếm 17,1%; 3,6% có mức độ lo âu nặng và chỉ 0,5% có mức độ lo âu rất nặng.

Từ khóa: Lo âu, người cao tuổi, Văn Phú – Nho Quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang là xu thế mang tính toàn cầu do giảm tỷ lệ sinh, tăng tuổi thọ bình quân và trở thành một vấn đề xã hội có tác động rất lớn tới tiến trình phát triển chung của đất nước trên nhiều mặt: Chính trị, kinh tế, xã hội, văn hóa, nghệ thuật. Con người già đi theo năm tháng đôi khi được xem như là một thử thách lớn cùng với hàng loạt thử thách khác: đi lại chậm chạp và khó khăn hơn, bệnh tật gây phiền hà, bạn bè và người thân yêu mất đi, khó thích ứng khi về hưu và khó khăn tài chính, cô độc bởi cảnh goá bụa hoặc bởi bạn bè và con cái ở xa, khó chống đỡ với các bệnh tật mãn tính và các tật chứng về nhìn, nghe kém, chân tay yếu, đau mỏi, cứng khớp ... Quá nhiều hẫng hụt với thực tế, người già vì thế mà rất hay gặp phải những trở ngại tinh thần cần được tư vấn của chuyên khoa tâm thần học. Những vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp nhất của người cao tuổi trong cộng đồng là trầm cảm, lo âu.... giảm sút trí tuệ (1).

Lo âu tồn tại ở mọi lứa tuổi, nhưng với đối tượng là người cao tuổi thì khả năng xuất hiện lo âu từ áp lực về cuộc sống, về gia đình, con cái, kinh tế, bệnh tật là rất lớn. Nhiều nghiên cứu chỉ ra, cùng trong một hoàn cảnh gây ra lo âu, thì mức độ tổn thương tâm lý ở người cao tuổi rõ rệt hơn và ảnh hưởng đến cuộc sống nhiều hơn so với các lứa tuổi khác.

Rất nhiều nước trên thế giới đưa NCT trở thành đối tượng quan tâm đặc biệt và NCT được chăm sóc chu đáo, được hưởng nhiều phúc lợi xã hội. Đặc biệt có rất nhiều nghiên cứu về những vấn đề của NCT, trong đó có những nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của NCT. Từ đó có những đề xuất làm cải thiện sức khỏe tâm thần cho người NCT, để họ có cuộc sống tốt đẹp hơn. Trong khi đó ở Việt Nam ít có những nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở của NCT và đặc biệt địa bàn huyện Nho Quan chưa có nghiên cứu nào về sức khỏe tâm thần trong đó có vấn đề lo âu ở NCT.

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

- Thực trạng lo âu của người cao tuổi tại xã Văn Phú, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình năm 2022.

- Đề xuất các giải pháp giúp người cao tuổi ứng phó tốt hơn với lo âu.

¹ Trung tâm Y tế huyện Nho Quan

Tác giả chính/liên hệ: Nguyễn Thị Hồng Thu - Trung tâm Y tế huyện Nho Quan.

Điện thoại: 0975251953, email: ttdsnhoquan@gmail.com.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 9 năm 2022.
- Địa điểm nghiên cứu: xã Văn Phú, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) trên địa bàn xã Văn Phú, huyện Nho Quan tỉnh Ninh Bình

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Người từ đủ 60 tuổi trở lên, đang sống tại xã Văn Phú, tự nguyện tham gia nghiên cứu, có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Đã đủ điều kiện lựa chọn nhưng khó khăn trong việc cung cấp thông tin như: Không có khả năng giao tiếp, không đủ sức khỏe, không hợp tác; chuyển đi khỏi địa bàn sinh sống.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số định lượng

▪ Nhóm biến độc lập

- *Nhóm biến số yếu tố cá nhân*: Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, nguồn thu nhập chính, lương hưu, kinh tế gia đình.

- *Nhóm biến số môi trường của đối tượng nghiên cứu*: Tình trạng sức khỏe, những bệnh lý mắc phải, đánh giá về tinh thần, nhu cầu tình dục, những khó khăn khi quan hệ tình dục, nguyện vọng, sở thích,...

▪ *Nhóm biến phụ thuộc* bao gồm: Khác biệt giữa các thế hệ trong gia đình, không có con, không có con trai/ cháu trai, không làm ra kinh tế, không giúp đỡ được con cháu, bản thân, người thân bị bệnh, người thân chết, người thân trong gia đình bất hòa, con cháu bất hiếu, người thân mắc các tệ nạn xã hội, con cháu thất nghiệp.

Các biến số được trình bày chi tiết trong phụ lục

Các biến số, chỉ số về lo âu theo thang đo Zung:

Bảng 1: Phương pháp đánh giá kết quả

Mức độ lo âu	Số điểm
Không lo âu	≤ 40
Lo âu mức độ nhẹ	41 - 50
Lo âu mức độ vừa	51 - 60
Lo âu mức độ nặng	61 - 70
Lo âu mức độ rất nặng	71 - 80

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu (bộ câu hỏi soạn sẵn) và thang đo zung đánh giá về lo âu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý và phân tích số liệu

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) tự nguyện tham gia nghiên cứu, Nghiên cứu được sự ủng hộ của cộng đồng và chính quyền địa phương.

- Các thông tin người tham gia nghiên cứu chỉ được giữ kín và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Đề tài được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức chấp nhận thông qua. Chủ nhiệm đề tài ký tên vào bản “Cam kết thực hiện đúng nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu của nhà nghiên cứu”.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 2: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Biến số	Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 60 - 70 tuổi	220	52,4
	Từ 71 – 80 tuổi	160	38,1
	Trên 81 tuổi	40	9,5
Giới tính	Nam	183	43,6
	Nữ	237	56,4
Trình độ học vấn	Mù chữ	5	1,2
	Cấp 1	157	37,4
	Cấp 2	179	42,6
	Cấp 3	69	16,4
	Trung cấp, CĐ, ĐH...	10	2,4
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	6	1,4
	Đang sống cùng vợ/chồng	284	67,6
	Ly hôn	13	3,1
	Ly thân	9	2,1
	Góa	108	25,7
Nghề nghiệp	Làm ruộng, chăn nuôi	270	64,3
	Kinh doanh, buôn bán	51	12,1
	Cán bộ, công chức, viên chức	10	2,4
	Công nhân, tiểu thủ công nghiệp	73	17,4
	Lao động tự do	16	3,8
Lương hưu hàng tháng	Có	75	17,9
	Không	345	82,1
Nguồn thu nhập chính	Lương hưu, trợ cấp mất sức	70	16,7
	Lao động sản xuất hàng ngày	152	36,2
	Từ tiền gửi tiết kiệm	39	9,3
	Từ con cháu biếu, đóng góp	102	24,3
	Từ khoản khác.....	57	13,6

Trong tổng số 420 người cao tuổi tham gia nghiên cứu có 56,4% là nữ và 43,6% là nam. Về tình trạng hôn nhân của ĐTNC: 67,6% đang sống cùng vợ/chồng, 25,7% có tình trạng hôn nhân góa; tỷ lệ NCT chưa kết hôn, ly hôn và ly thân lần lượt là 1,4%; 3,1% và 2,1%. Về học vấn của đối tượng nghiên cứu, đa số ĐTNC học hết cấp 2 chiếm 46,2%, chỉ có 1,2% mù chữ và 2,4% có học vấn trung cấp, cao đẳng, đại học; 16,4 % NCT học hết cấp 3 và 37,4% chỉ học hết cấp 1.

Nghề nghiệp của ĐTNC trước khi bước vào tuổi 60 chủ yếu làm ruộng, chăn nuôi chiếm 64,4%; công nhân, tiểu thủ công nghiệp chiếm 17,4%; kinh doanh, buôn bán 12,1%; lao động tự do chỉ chiếm 3,8% và làm cán bộ, công chức, viên chức thấp nhất chỉ chiếm 2,4%. Với cơ cấu nghề nghiệp như trên nên số NCT có lương hưu chỉ chiếm 17,9% còn lại đa số không có lương hưu chiếm 82,1%.

Mặc dù đã bước vào độ tuổi trên 60 nhưng nhiều NCT vẫn tham gia lao động sản xuất hàng ngày để có thu nhập chiếm 36,2%; 57 người có thu nhập chính từ các nguồn khác chiếm 13,6%. Chỉ có 9,3% thu nhập từ tiền gửi tiết kiệm; 24,3% từ con cháu biếu, đóng góp và 16,7% từ lương hưu, trợ cấp mất sức.

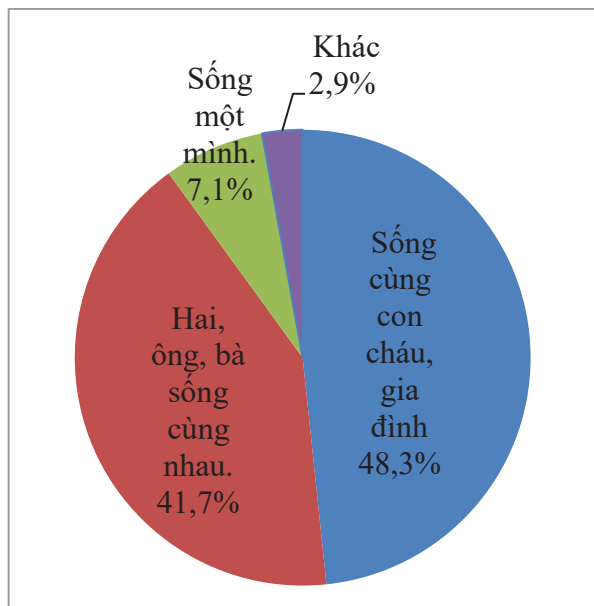
3.2. Cuộc sống mà môi trường xung quanh của ĐTNC

Bảng 3. ĐTNC tự đánh giá tình trạng sức khỏe của bản thân

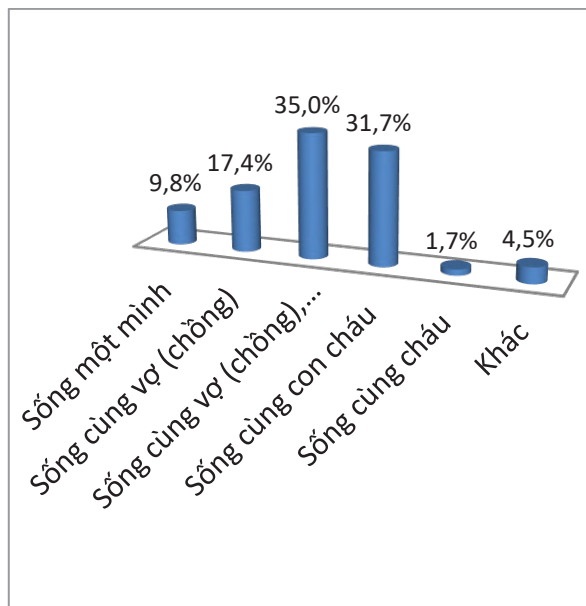
Biến số	Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sức khỏe của ĐTNC	Tốt	39	9,3
	Bình thường	186	44,3
	Không tốt	179	42,6
	Rất xấu	16	3,8
Các bệnh ĐTNC đang mắc	Các bệnh tim mạch	156	37,1
	Các bệnh đường hô hấp	101	24,0
	Các bệnh tiêu hóa	61	14,5
	Các bệnh thần kinh	57	13,6
	Các bệnh về nội tiết	31	7,4
	Các bệnh cơ, xương, khớp	243	57,9
	Các bệnh tiết niệu, sinh dục	28	6,7
	Bệnh khác	141	33,6

ĐTNC tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của bản thân cho thấy chỉ có 9,3% cho rằng mình có sức khỏe tốt; 44,3% cảm thấy sức khỏe của mình ở mức bình thường; 42,6% cho rằng sức khỏe không tốt và chỉ có 3,8% cảm thấy sức khỏe của bản thân rất xấu.

Về các bệnh mà ĐTNC đang mắc phải thì có đến 57,9% mắc các bệnh về cơ, xương, khớp; 37,1% mắc các bệnh tim mạch; 33,6% mắc các bệnh khác; 13,6%; 14,5%; 24,0% mắc các bệnh về thần kinh, tiêu hóa và các bệnh về đường hô hấp; chỉ có 6,7% mắc các bệnh về tiết niệu, sinh dục và 7,4% mắc các bệnh về nội tiết.



Biểu đồ 1. Người mà ĐTNC thích sống cùng

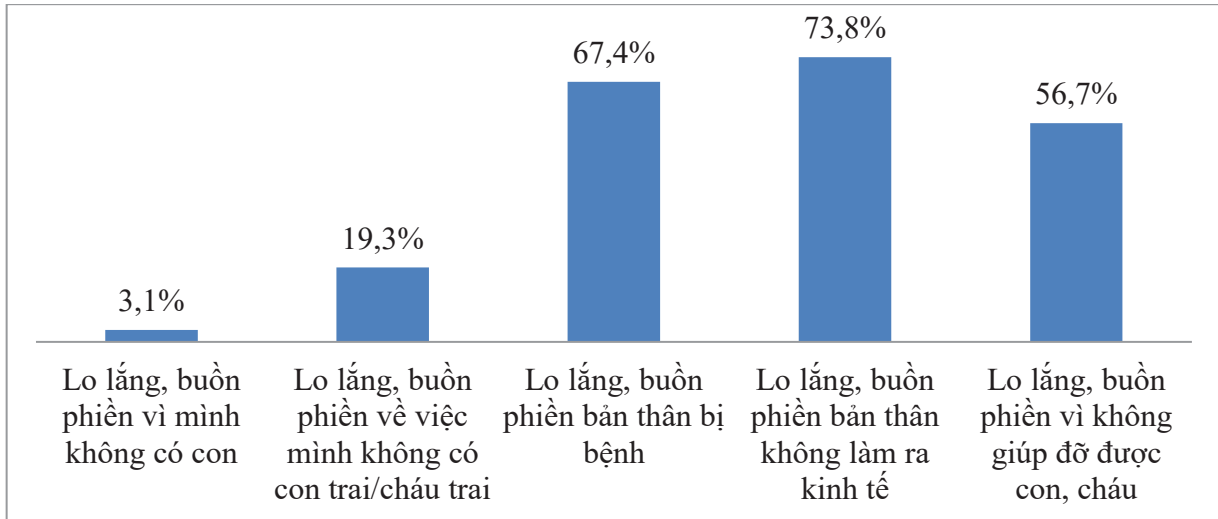


Biểu đồ 2. Người mà ĐTNC đang sống cùng

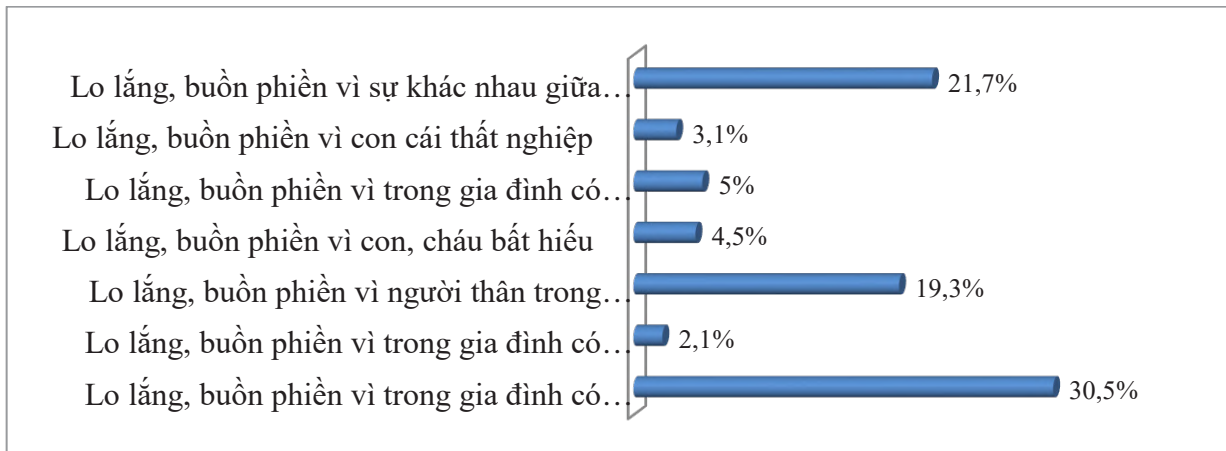
Người mà ĐTNC thích sống cùng nhất là con cháu, gia đình chiếm 48,3%; thích hai ông, bà sống cùng nhau chiếm 41,7%; thích sống một mình là 7,1% và thích sống với đối tượng khác chỉ 2,9%.

Người mà ĐTNC hiện đang sống cùng nhiều nhất là vợ (chồng), con, cháu chiếm 35%; sống cùng con cháu chiếm 31,7%; sống cùng vợ (chồng) 17,4%; sống một mình 9,8%; chỉ có 1,7% sống cùng cháu và 4,5% sống cùng đối tượng khác.

3.3. Lo âu, buồn phiền của ĐTNC



Biểu đồ 3. NCT lo âu, buồn phiền về bản thân mình



Biểu đồ 4. NCT lo âu, buồn phiền về người thân trong gia đình của ĐTNC

Trong số 420 người tham gia nghiên cứu khi được hỏi những lo âu, buồn phiền về bản thân mình thường gặp cho thấy: Tỷ lệ NCT lo âu, buồn phiền nhiều nhất là bản thân không làm ra kinh tế chiếm tỷ lệ cao 73,8%; lo âu, buồn phiền bản thân bị bệnh chiếm 67,4%; lo âu, buồn phiền vì không giúp đỡ được con, cháu chiếm 56,7%; chỉ có 19,3% lo âu, buồn phiền không có con trai, cháu trai và 3,1% lo âu, buồn phiền vì mình không có con.

Khi được hỏi về những lo âu, buồn phiền đối với những người thân trong gia đình thì đa phần NCT có câu trả lời là trong gia đình có người thân ốm nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,5%. Lo âu, buồn phiền vì sự khác nhau giữa các thế hệ chiếm 21,7%. Lo âu, buồn phiền vì người thân trong gia đình bất hòa chiếm 19,3%. Lo âu buồn phiền vì trong gia đình có người mắc tệ nạn xã hội 5%. Lo âu, buồn phiền vì con, cháu bất hiếu 4,5%. Lo âu, buồn phiền vì con cái thất nghiệp 3,1% và chỉ 2,1% lo âu, buồn phiền vì trong gia đình có người thân chết.

Để biết được tỷ lệ lo âu của ĐTNC nhóm nghiên cứu sử dụng thang đánh giá lo âu Zung với kết quả như sau

Bảng 4. Tỷ lệ lo âu của đối tượng nghiên cứu

Mức độ lo âu	Số điểm	n=420	Tỷ lệ (%)
Không lo âu	≤ 40	149	35,5
Lo âu mức độ nhẹ	41 - 50	182	43,3

Lo âu mức độ vừa	51 - 60	72	17,1
Lo âu mức độ nặng	61 - 70	15	3,6
Lo âu mức độ rất nặng	71 - 80	2	0,5

Tỷ lệ NCT không lo âu là 35,5%; có biểu hiện lo âu là 64,5% trong đó: 182 ĐTNC có mức độ lo âu nhẹ chiếm 43,3%; 72 ĐTNC có mức độ lo âu vừa chiếm 17,1%; 3,6% có mức độ lo âu nặng và chỉ 0,5% có mức độ lo âu rất nặng.

3.4. Giải pháp giúp người cao tuổi ứng phó tốt hơn với lo âu

Để NCT sống vui, sống khỏe và sống có ích, nhóm nghiên cứu đưa ra những giải pháp để giúp người cao tuổi ứng phó tốt hơn với lo âu như sau:

- Nhóm giải pháp thuộc về bản thân NCT
- Nhóm giải pháp về đẩy mạnh truyền thông nhằm chuyển đổi nhận thức, thái độ về chăm sóc NCT
- Nhóm giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe NCT
- Nhóm giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc vật chất NCT
- Nhóm giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc đời sống tinh thần và phát huy vai trò NCT.
- Đa dạng hóa các loại hình dịch vụ hỗ trợ NCT, đẩy mạnh phát triển các mô hình chăm sóc NCT tại cộng đồng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 420 người cao tuổi tại địa bàn xã Văn Phú – huyện Nho Quan, ĐTNC là người cao tuổi trong độ tuổi từ 60 đến 91 tuổi, tuổi trung bình ĐTNC là 69,6. Trong đó phân bố nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 60 -70 tuổi, và ít nhất là nhóm tuổi cao trên 81 tuổi chiếm 9,5%. Điều này dễ dàng giải thích vì đây là một điều tất yếu của con người, càng cao tuổi thì tỷ lệ tử vong càng cao. Về giới tính của ĐTNC thì tỷ lệ NCT nữ là 56,4% cao hơn tỷ lệ nam với 43,6%, điều này cũng dễ dàng giải thích khi mà trong cơ cấu dân số NCT hiện nay, tỷ lệ nữ bao giờ cũng cao hơn nam, chưa kể tuổi thọ trung bình của nữ giới cũng cao hơn nam giới do nữ giới ít chịu tác động của các yếu tố gây tử vong và bệnh tật như chiến tranh, rượu, bia, thuốc lá... hơn nam giới. Một điểm rất đáng lưu ý là nếu tình trạng mất cân bằng giới tính ở trẻ em do số trẻ trai sinh ra cao hơn số trẻ gái, thì tình trạng này ở người cao tuổi lại ngược lại, số phụ nữ đang lớn hơn nhiều so với nam giới. Thực tế đòi hỏi chính sách chăm sóc người cao tuổi phải chú trọng tới hiện tượng này, bởi vì với xu hướng bệnh tật kép và phần lớn người cao tuổi không có lương và trợ cấp như hiện nay, phụ nữ cao tuổi sẽ phải đối mặt với nhiều rủi ro hơn so với nam giới cao tuổi xét về thu nhập, tình trạng khuyết tật và khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bảo hiểm y tế (3).

Về học vấn NCT sinh vào những năm 60 đổ về trước, khi đất nước vẫn còn trong thời kỳ khó khăn, nên đa số ĐTNC chỉ có thể học đến cấp 1 hoặc cấp 2 để xóa mù chữ chứ chưa có nhiều người có trình độ học vấn cao. Nghiên cứu tìm hiểu về tình trạng hôn nhân của NCT cho thấy đa số NCT tham gia nghiên cứu hiện vẫn đang sống cùng vợ/chồng, ngoài ra cũng có đến 25,7% đã góa vợ/chồng và chỉ có 3,1; 2,1 và 1,4% đã ly hôn, ly thân hoặc chưa kết hôn. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu do ở thời kỳ của NCT trong nghiên cứu này việc ly hôn chưa phổ biến và cũng ở độ tuổi này thì tỷ lệ người cao tuổi tử vong cũng đã cao vì vậy mà tỷ lệ NCT góa vợ/chồng lên tới 25,7%.

Về nghề nghiệp của ĐTNC trước khi bước vào tuổi 60 đa số làm nông nghiệp (làm ruộng, chăn nuôi) chiếm 64,3%. Do đó khi bước vào tuổi 60 đa phần NCT không có lương hưu chiếm 82,1%. Nguồn tích lũy để nuôi sống bản thân không có, vì vậy để nuôi sống bản thân rất nhiều NCT ở độ tuổi 60-70 vẫn phải tự kiếm tiền để nuôi sống bản thân bằng lao động sản xuất hàng ngày chiếm 36,2% và từ con cháu biểu, đóng góp là 24,3%. Còn sự hỗ trợ của Nhà nước, lương hưu, tiền tiết kiệm hay các nguồn trợ giúp khác còn rất hạn chế. Vì vậy, nếu không có con cái hỗ trợ và không còn đủ sức khỏe để làm việc thì sẽ có rất nhiều người cao tuổi rơi vào tình trạng nghèo đói, tỷ lệ này hiện nay ở người cao tuổi khoảng 7,11%, đồng thời có 25% người cao tuổi rơi vào trình trạng nghèo đa chiều, nghĩa là ngoài thu nhập ra họ chưa tiếp cận được các dịch

vụ xã hội cơ bản (2). Đây là một vấn đề đặt ra với chính quyền địa phương cũng như gia đình khi mà ĐTNCL là những NCT, những người đã đến tuổi nghỉ ngơi lại vẫn phải vất vả tự lo cuộc sống. Ngoài ra, có tới 9,8% NCT hiện đang sống một mình trong khi họ đang ở cái độ tuổi được nghỉ ngơi vui vầy cùng con cháu. Đây chính là một trong những nguyên nhân dẫn đến lo âu ở NCT.

ĐTNCL là những NCT có độ tuổi từ 60-91 tuổi, chính vì vậy mà ĐTNCL sẽ thường gặp phải các vấn đề sức khỏe nhiều hơn những người trẻ đặc biệt là các bệnh về xương khớp, tim mạch, nội tiết, tiêu hoá... Đối tượng mà NCT thích sống cùng nhất là con cháu, gia đình chiếm 48,3% và thực tế thì đối tượng mà NCT hiện đang sống cùng nhiều nhất cũng là vợ (chồng), con cháu (chiếm 35%); đối tượng thứ 2 mà NCT thích sống cùng đó là hai ông bà sống cùng nhau (41,7%) nhưng sống thực tế chỉ 17,4%. Bên cạnh đó cũng có một bộ phận NCT thích sống độc lập, tự do không phiền lụy đến ai nên thích sống một mình 7,1% và thực tế số NCT đang sống một mình là 9,8%. NCT ở nghiên cứu này vẫn còn một tỷ lệ không hề nhỏ hiện không sống cùng cùng ai (sống một mình 9,8) và đây cũng chính là một nguyên nhân lo âu ở NCT. Bởi vai trò của gia đình rất quan trọng trong sự ổn định cảm xúc ở người cao tuổi. Tổ ấm gia đình là môi trường văn hoá, được tạo dựng trên cơ sở tình thương yêu, đùm bọc lẫn nhau của những người ruột thịt sống trong gia đình. Đó là môi trường người cao tuổi được chăm sóc, an toàn và thoải mái được các nhu cầu thích hợp cho người cao tuổi. Với môi trường như vậy, người cao tuổi có được cảm giác an toàn, yên tâm, vui vẻ, mạnh dạn. Gia đình đầm ấm sẽ phát huy được tiềm năng về cơ thể, tâm lý muốn được thể hiện sau nhiều năm đúc kết các kinh nghiệm trong cuộc sống. Ngược lại, môi trường thiếu nuôi dưỡng, thiếu tình thương, đe dọa, xung đột, bạo lực thì người cao tuổi không có được cảm giác an toàn, luôn lo sợ làm cho người cao tuổi giảm linh hoạt, tăng thụ động, nghi ngờ cuộc sống, buồn chán. Như vậy, việc ổn định về sức khỏe tâm thần bị cản trở, dẫn đến xuất hiện các rối loạn lo âu ở người cao tuổi.

Những lo âu của NCT về bản thân mình nhiều nhất là không làm ra kinh tế 73,8%, lo âu, buồn phiền vì bản thân bị bệnh 67,8% và lo âu, buồn phiền vì không giúp được con cháu 56,7% đây là những lo âu về bản thân mình chiếm tỷ lệ cao nhất với NCT vì NCT sức khỏe ngày càng yếu, tích lũy về vật chất để nuôi sống bản thân mình cũng như lúc ốm đau không có. Do đó phải dựa vào con cháu nên NCT lo âu, buồn phiền vì không giúp đỡ được con cháu là điều dễ hiểu. Nỗi lo âu, buồn phiền vì mình không có con chỉ chiếm 3,1% nhưng lo âu, buồn phiền vì mình không có con trai, cháu cháu lại chiếm đến 19,3%. Như vậy vẫn còn một bộ phận không nhỏ NCT chịu ảnh hưởng của tư tưởng Nho giáo trọng nam khinh nữ, muốn có con trai, cháu trai để nối dõi tông đường. Chính tư tưởng trọng nam, khinh nữ đã gây áp lực cho con cháu phải sinh được con trai để nối dõi tông đường, đó là một nguyên nhân làm gia tăng tỷ số mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam.

NCT sống cô đơn, không có con cháu là một nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu, tuy nhiên NCT sống cùng gia đình nhưng gặp những vấn đề như con cái bất hiếu, bất hoà, hay con cái thất nghiệp, người thân bệnh tật, mắc các tệ nạn xã hội, chết hoặc chung sống nhưng có sự khác biệt giữa các thế hệ cũng là những vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý NCT, và là nguyên nhân dẫn đến lo âu, buồn phiền ở NCT.

Kết quả nghiên cứu cho thấy NCT cảm thấy lo lắng buồn phiền vì trong gia đình có người thân ốm nặng chiếm 30,5%, sự khác biệt giữa các thế hệ trong gia đình 21,7%; lo âu buồn phiền vì người thân trong gia đình bất hoà 19,3%. Việc con cái bất hoà khiến cho NCT buồn phiền lo lắng, con cái bất hiếu, đối xử không tốt, không chăm sóc khiến NCT đau khổ, mệt mỏi và cảm thấy cô đơn, chính vì vậy mà tăng nguy cơ lo âu ở NCT.

Đối với người Việt Nam, con cái luôn là mối quan tâm hàng đầu, ngay cả khi con cái đã trưởng thành thì người cha, người mẹ vẫn luôn dõi theo và lo lắng cho từng bước đi của con. Chính vì vậy, kết quả nghiên cứu này cho thấy NCT có người thân mắc các tệ nạn xã hội, hoặc là thất nghiệp nhất là con cái thì buồn phiền, lo âu trong lòng NCT cũng dễ hiểu.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có biểu hiện lo âu là 64,5% Kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Tâm thần Huế năm 2015 với 42,9% NCT có triệu chứng lo âu (3). Điều này có thể là do thế giới và Việt Nam vừa trải qua đỉnh của đại dịch Covid -19 nên tâm lý của NCT vẫn còn lo âu, buồn phiền về tình hình sức khỏe, kinh tế của bản thân, người thân và xã hội...

V. KẾT LUẬN

Lo âu, buồn phiền nhiều nhất của NCT là không làm ra kinh tế 73,8%; 67,4% lo âu, buồn phiền bản thân bị bệnh; 56,7% lo âu, buồn phiền vì không giúp đỡ được con, cháu; 30,5% NCT lo âu trong gia đình có người thân ốm nặng; 21,7% NCT lo âu, buồn phiền vì sự khác nhau giữa các thế hệ. Tỷ lệ NCT không lo âu là 35,5%; có biểu hiện lo âu là 64,5% trong đó: 182 ĐTNC có mức độ lo âu nhẹ chiếm 43,3%; 72 ĐTNC có mức độ lo âu vừa chiếm 17,1%; 3,6% có mức độ lo âu nặng và chỉ 0,5% có mức độ lo âu rất nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **tailieumienphi.vn.** [PDF] Báo cáo tóm tắt đề tài khoa học và công nghệ cấp Đại học Đà Nẵng: Nghiên cứu thực trạng lo âu của nữ cán bộ công nhân viên chức thuộc đại học Đà Nẵng.pdf [Internet]. tailieumienphi.vn. [cited 2022 May 31]. Available from: <https://tailieumienphi.vn/doc/bao-cao-tom-tat-de-tai-khoa-hoc-va-cong-nghe-cap-dai-hoc-da-nang-nghien-cuu-thuc-ty48tq.html>
2. **VTV BDT.** Gần 55% người cao tuổi chưa có lương hưu và tích lũy khi về già [Internet]. BAO DIEN TU VTV. 2021 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://vtv.vn/news-20211214193925614.htm>
3. **Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi [Internet].** [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://bvtthan.thuathienhue.gov.vn/default.aspx?gd=5&cn=91&tc=1250>

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN YÊN MÔ, TỈNH NINH BÌNH TỪ 01/2023 - 06/2023

Lê Trọng Tuân^{1,*}, Lê Thị Kiều Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ typ 2) có tăng huyết áp (THA) tại trung tâm y tế huyện Yên Mô, Tỉnh Ninh Bình. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 269 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA tại trung tâm y tế huyện Yên Mô, Tỉnh Ninh Bình, bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm glucose máu lúc đói, HbA1c, protein niệu tại thời điểm đến khám, thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân ở độ tuổi ≥ 60 chiếm Tỷ lệ cao (75,1%). BMI trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $23,4 \pm 2,88$ với Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì là 53,1% trong đó Tỷ lệ béo phì là 23%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp tâm trương dưới 90 mmHg là 83,3% trong khi Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp tâm thu dưới 140 mmHg chỉ là 60,2%. Thời gian mắc THA càng lâu thì việc kiểm soát huyết áp càng trở nên khó khăn, trong khoảng 5 năm đầu mắc THA có 74% số bệnh nhân ĐTĐ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu, trong vòng 5 năm tiếp theo giảm xuống còn 59% và sau khoảng 10 năm thì chỉ còn 43,8% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu. Tỷ lệ kiểm soát được glucose máu lúc đói và HbA1c ở nhóm đạt huyết áp mục tiêu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đạt huyết áp mục tiêu. Tỷ lệ bệnh nhân có Protein niệu ở nhóm đạt huyết áp mục tiêu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đạt huyết áp mục tiêu. **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA là 57,6%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát huyết áp bao gồm: Thời gian mắc THA càng lâu thì tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu càng giảm, tăng kích thước vòng eo và sự xuất hiện protein niệu liên quan đến giảm tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2, kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1c ở nhóm đạt huyết áp mục tiêu tốt hơn nhóm không đạt huyết áp mục tiêu, nhóm đạt huyết áp mục tiêu có nhận thức và tuân thủ điều trị tốt hơn nhóm không đạt huyết áp mục tiêu.

Từ khóa: Tăng huyết áp; đái tháo đường

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 thường đi kèm với các yếu tố nguy cơ tim mạch trong đó có tăng huyết áp (THA). Tỷ lệ THA ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cao hơn so với dân số nói chung, ở độ tuổi 45 khoảng 40% và tăng đến 60% vào tuổi 75. THA làm tăng nguy cơ vốn đã cao của bệnh nhân tim mạch liên quan đến bệnh ĐTĐ typ 2 [1]. Các nghiên cứu về kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ cho thấy việc cải thiện huyết áp dẫn đến việc giảm đáng kể nguy cơ tai biến tim mạch và tử vong, ngoài ra cũng làm giảm nguy cơ các biến chứng mạch máu nhỏ. Trên thế giới các khuyến cáo về mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ liên tục được cập nhật. Gần đây Liên uỷ ban Quốc gia Hoa Kỳ (JNC) VIII năm 2014 và Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2016 đã đưa ra mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ là dưới 140/90 mmHg. Để các bác sỹ có cái nhìn tổng quan hơn trong việc quản lý THA ở bệnh nhân ĐTĐ chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Thực trạng kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ II tại trung tâm y tế huyện Yên Mô, Tỉnh Ninh Bình từ 01/2023 đến 06/2023**” với 2 mục tiêu:

1. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mô, Tỉnh Ninh Bình.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mô, Tỉnh Ninh Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm Y tế huyện Yên Mô

¹ Trung tâm y tế huyện Yên Mô

- Thời gian: từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ĐTD typ 2 có THA từ 18 tuổi trở lên đến điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Yên Mô. Các bệnh nhân được chọn đưa vào nghiên cứu là bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD typ 2 có THA và đang điều trị thuốc hạ áp ít nhất 1 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTD typ 1, ĐTD thai kỳ, các typ ĐTD đặc hiệu khác, ĐTD có biến chứng cấp tính hoặc các bệnh lý khác kèm theo, bệnh nhân ĐTD có THA đã xác định được nguyên nhân, bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Các bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD typ 2 có THA và đang điều trị thuốc hạ áp ít nhất 1 tháng tại Trung tâm y tế huyện Yên Mô từ tháng 01/2023 đến hết tháng 06/2023 được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn, khi đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.

- Các bệnh nhân này được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm đến khám.

- Mỗi liên quan giữa một số yếu tố với Tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- + BMI và vòng eo
- + Thời gian mắc ĐTD, THA
- + Glucose máu lúc đói, HbA1c
- + Các biến chứng
- + Kiến thức về THA và tuân thủ điều trị

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu (bộ câu hỏi soạn sẵn / phiếu khám bệnh lâm sàng) để thu thập số liệu bệnh nhân.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Việc nghiên cứu không làm ảnh hưởng xấu đến bệnh nhân tham gia.
- Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu.
- Mọi thông tin bệnh nhân đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi trung bình và giới của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số / Đối tượng	n	%	Tuổi			
			Min	Max	TB ± DLC	p
Nam	134	49,8	40	86	64,3 ± 9,28	>0,05
Nữ	135	50,2	44	88	66,8 ± 8,84	
Chung	269	100	40	88	65,56 ± 9,13	

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ = 1:1,01 không có sự khác biệt về giới ở nhóm nghiên cứu với p > 0.05. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu: 65,56 ± 9,13 tuổi nhỏ nhất là 40, tuổi cao nhất là 88.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 50	16	5,9
50 – 59	51	19
60– 69	120	44,6
≥70	82	30,5
Tổng	269	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi lớn hơn hoặc bằng 60 chiếm 75,1%. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60 – 69 tuổi chiếm 44,6 % sau đó là ≥ 70 chiếm Tỷ lệ 30,5%. Thấp nhất nhóm tuổi < 50 chỉ chiếm 5,9%.

3.2. Tình trạng THA ở bệnh nhân ĐTD typ 2

Bảng 3.3: Phân nhóm bệnh nhân theo thời gian mắc THA

Thời gian năm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1	8	3,0
2 – 5	65	24,1
6 – 10	100	37,2
>10	96	35,7
Tổng số	269	100

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian THA tương đối dài với Tỷ lệ mắc THA trên 5 năm chiếm 72,9% trong đó trên 10 năm là 35,7%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTD typ 2

Bảng 3.4: Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp theo BMI và vòng eo

		HA < 140/90	HA \geq 140/90	p
BMI (kg/m ²)	< 23 (n=126)	80 (63,5%)	46 (36,5%)	>0,05
	≥ 23 (n=143)	75 (52,4%)	68 (47,6%)	
Vòng eo (cm)	Bình thường (n=199)	78 (65,5%)	41 (34,5%)	< 0,05
	Tăng (n=150)	77 (51,3%)	73 (48,7%)	

Nhận xét:

- Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở nhóm BMI < 23 cao hơn so với nhóm BMI ≥ 23 , tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

- Tỷ lệ huyết áp mục tiêu ở nhóm có vòng eo bình thường cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có vòng eo tăng (65,5% so với 51,3% với $p < 0,05$)

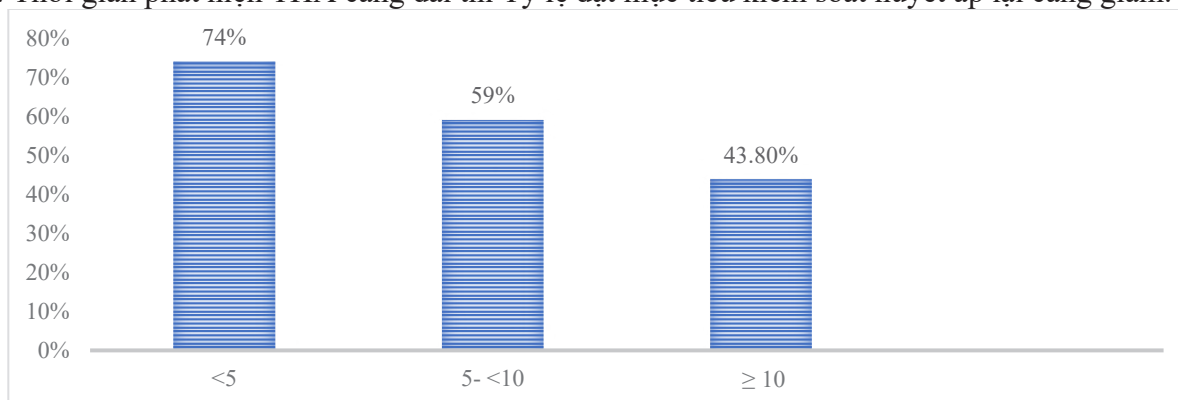
Bảng 3.5: Thời gian mắc ĐTD, THA ở nhóm bệnh nhân đạt HA < 140/90 mmHg và nhóm có HA \geq 140/90 mmHg

Thời gian (năm)	HA < 140/90	HA \geq 140/90	p
Thời gian mắc THA	8,55 \pm 5,59	11,46 \pm 6,38	<0,001
Thời gian mắc ĐTD	10,99 \pm 6,09	10,99 \pm 6,40	>0,05

Nhận xét:

- Thời gian mắc THA ở nhóm đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đạt huyết áp mục tiêu ($p < 0.05$)

- Tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp có xu hướng giảm dần theo thời gian phát hiện THA . Thời gian phát hiện THA càng dài thì Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp lại càng giảm.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đạt HA mục tiêu theo thời gian mắc THA

Bảng 3.6: Glucose máu lúc đói và HbA1c ở nhóm bệnh nhân đạt HA < 140/90 mmHg và nhóm có HA \geq 140/90 mmHg

		HA <140/90 (n = 155)	HA ≥ 140/90 (n = 114)	p
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	≤ 7,2	71 (45,8%)	31 (27,2%)	< 0,05
	> 7,2	84 (54,2%)	83 (72,8%)	
HbA1c (%)	≤ 7	94 (60,6%)	53 (46,5%)	< 0,05
	> 7	61 (39,4%)	61 (53,5%)	

Nhận xét: Hơn một nửa số bệnh nhân ở cả hai nhóm đạt và không đạt huyết áp mục tiêu đều có mức glucose máu lúc đói lớn hơn 7,2 mmol/l. Tỷ lệ glucose máu lúc đói lớn hơn 7,2 mmol/l và HbA1c > 7% ở nhóm không đạt huyết áp mục tiêu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đạt huyết áp mục tiêu (p < 0.05)

Bảng 3.7: Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm có và chưa có biến chứng

Biến chứng	HA < 140/90	HA ≥ 140/90	p
TBMMN	16 (44,4%)	20 (55,6%)	>0,05
Bệnh mạch vành	46 (52,3%)	42 (47,7%)	>0,05
BVMĐTĐ	66 (55,5%)	53 (44,5%)	>0,05
Protein niệu	18 (33,3%)	36 (66,7%)	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm đã có biến chứng thấp hơn so với nhóm chưa có biến chứng, đặc biệt Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở nhóm có protein niệu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có protein niệu (p>0,05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 134 nam (chiếm 49,8%) và 135 nữ (chiếm 50,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,01 và không có sự khác biệt về giới ở bệnh nhân nghiên cứu với p > 0,05, điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,56 ± 9,13 tuổi, tương tự nghiên cứu của Phạm Như Hào (2013) cũng có độ tuổi trung bình là 64,9 ± 9,7 tuổi [2].

Nhóm bệnh nhân ở độ tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao (75,1%) đây cũng là nhóm tuổi thường gặp ở các nghiên cứu khác. BMI trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 23,4 ± 2,88 với Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì là 53,1% trong đó Tỷ lệ béo phì là 23%, kết quả này phù hợp với nhiều kết quả nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Ngô Thị Thu (2015) cho thấy tỷ lệ này là 46%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương (2007) là 43,1%. Tỷ lệ béo bụng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 55,8% với tỷ lệ bệnh nhân nữ béo bụng nhiều hơn nam có ý nghĩa thống kê (74,1% so với 37,3%). Đây cũng là kết quả thu được từ nghiên cứu của Phạm Như Hào.

Thời gian mắc ĐTĐ trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 10,99 ± 6,26 năm. Trong đó có tới 80,7% số bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ trên 5 năm 47,2% là trên 10 năm.

4.2. Nhận xét về tình trạng THA ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2

Thời gian phát hiện THA ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 trung bình là 9,87 ± 6,1 năm, trong đó trên 70% bệnh nhân có thời gian phát hiện THA lớn hơn hoặc bằng 5 năm, tương tự nghiên cứu của Phạm Ngọc Hào 65,6% và nghiên cứu của Chung Bá Ngọc và Ngô Thị Thu cũng là trên 50% [3].

Đa số bệnh nhân của chúng tôi dùng phối hợp thuốc hạ áp với Tỷ lệ 58,7%, trong đó có 44,2% bệnh nhân dùng phối hợp 2 nhóm thuốc [4]. Phối hợp thuốc trong điều trị THA vừa tác động lên đa cơ chế sinh bệnh học của THA vừa làm giúp làm giảm tác dụng phụ của thuốc hạ áp khi phải dùng liều tối đa. Các nghiên cứu khác trong nước có Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ được điều trị phối hợp thuốc hạ áp đều là trên 50% như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương là 50,5% [5], Nguyễn Tá Đông là 67,42%, Phạm Như Hòa là 71,4%, Chung Bá Ngọc là 75,5% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy huyết áp tâm trương dễ đạt mục tiêu hơn huyết áp tâm thu. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp tâm trương dưới 90 mmHg là 83,3% trong khi

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp tâm thu dưới 140 mmHg chỉ là 60,2%. Nghiên cứu PRESCAP (2010) tại Tây Ban Nha trên 3.993 bệnh nhân ĐTD có THA cũng có tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp tâm trương và tâm thu lần lượt là 84,6% và 58,5%. Với mục tiêu huyết áp dưới 140/90 mmHg thì Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp là 57,6% [7]. Tương tự, nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh (2007) và nghiên cứu PRESCAP (2010) với cùng mức huyết áp mục tiêu thì Tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt được lần lượt là 53,8% và 56,4% [8].

Tuy nhiên, theo Donna L.Mclean (2004) ở nhánh nghiên cứu trên 66.833 bệnh nhân ĐTD có THA thì chỉ có 83% bệnh nhân được điều trị thuốc hạ áp và trong số đó chỉ 29% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu dưới 140/90 mmHg. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi hay nghiên cứu của PRESCAP đều được tiến hành trên đối tượng bệnh nhân theo dõi định kỳ tại trung tâm y tế huyện Yên Mô nên việc theo dõi và điều trị được quản lý chặt chẽ hơn còn nghiên cứu của Donn L.Mclean được lấy mẫu trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu ở bệnh nhân ĐTD typ 2 có THA là 57,6%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát huyết áp bao gồm: Thời gian mắc THA càng lâu thì tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu càng giảm, tăng kích thước vòng eo và sự xuất hiện protein niệu liên quan đến giảm tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân ĐTD typ 2, kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1c ở nhóm đạt huyết áp mục tiêu tốt hơn nhóm không đạt huyết áp mục tiêu, nhóm đạt huyết áp mục tiêu có nhận thức và tuân thủ điều trị tốt hơn nhóm không đạt huyết áp mục tiêu.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTD typ 2:

- Phối hợp sớm các nhóm thuốc hạ áp để tăng hiệu quả điều trị.
- Tư vấn chặt chẽ chế độ dinh dưỡng, tập luyện giúp giảm cân, giảm kích thước vòng eo đối với những bệnh nhân thừa cân, béo phì.
- Phát hiện và điều trị sớm bệnh đồng mắc, biến chứng; kiểm soát tốt glucose máu lúc đói và HbA1c.
- Truyền thông, giáo dục bệnh nhân về Tăng huyết áp và các biến chứng của bệnh, hướng dẫn theo dõi huyết áp tại nhà; tư vấn tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Turner, Holmann, Mathews và cộng sự** (1993) Hypertension in Diabetes Study, Increased risk of cardiovascular complication in hypertensive type 2 diabetic patients.

2. **Phạm Như Hảo** (2013). Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại một phòng khám chuyên khoa nội tiết, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

3. **Ngô Thị Thu** (2016). Tình hình sử dụng thuốc và kết quả điều trị tăng huyết áp ở các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp tại khoa nội tiết – đái tháo đường, bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học y Hà Nội

4. **Lê Hiệp Dũng, Tô Văn Hải, Nguyễn Thị Kim Dung** (2014). Phát hiện tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người đái tháo đường típ 2 điều trị tại khoa tim mạch bệnh viện Thanh Nhàn. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.

5. **Nguyễn Thị Thanh Hương** (2007). Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan, ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học y Hà Nội.

6. **Chung Bá Ngọc** (2013). Tình hình điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường, luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.

7. **Nguyễn Tá Đông** (2005). Kiểm soát tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đánh giá qua thực hành điều trị ngoại trú tại khoa nội tim mạch – bệnh viện trung ương Huế. Kỹ yếu hội nghị nội tiết đái tháo đường toàn quốc lần VI, 732-740.

8. **Hoàng Trung Vinh** (2007). Đánh giá tình trạng kiểm soát một số chỉ số ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Nội tiết và chuyển hóa.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CHO HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ XÃ TRƯỜNG YÊN, HUYỆN HOA LƯ, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2023

Đỗ Thị Hương Huyền^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định thực trạng nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) của học sinh và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp kiến thức chăm sóc SKSS cho học sinh trường Trung học cơ sở xã Trường Yên, huyện Hoa Lư. Qua đó đưa ra một số kiến nghị và giải pháp nhằm nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục cho vị thành niên và thanh niên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 100 em học sinh trường Trung học cơ sở xã Trường Yên, huyện Hoa Lư. Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu thông qua bộ phiếu phỏng vấn được thiết kế sẵn. **Kết quả:** các em đều nhận thức được các dấu hiệu dậy thì ở lứa tuổi 13 – 16 tuổi. Cụ thể: tăng chiều cao: 77,0%; tròng cá 76,0%; ngực lớn hơn: 71,0%. Đã nắm bắt được kiến thức khả năng sinh sản nhưng chưa nhiều như dấu hiệu chủ yếu của nam là xuất tinh lần đầu (54,0%) và 68,0% trả lời nữ giới là kinh nguyệt lần đầu; kiến thức về các biện pháp tránh thai (BPTT): 93,0% số em biết từ 02 BPTT trở lên; kiến thức về nguồn cung cấp các BPTT các em cũng nắm được: hiệu thuốc chiếm tới 74,0%; kiến thức về các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản (VNĐSD) và lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD): Hầu hết các em học sinh đều biết tên các bệnh LTQĐTD và VNĐSD chủ yếu là HIV/AIDS (81,0%); Lậu (54,0%); Giang mai (60,0%); Viêm nhiễm cơ quan sinh dục (54,0%).. **Kết luận:** các em học sinh trường Trung học cơ sở Trường Yên, huyện Hoa Lư đã có nhận thức cơ bản về kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuy nhiên chưa thật sâu sắc. Ngoài ra các yếu tố ảnh hưởng khách quan như nhà trường, gia đình, cộng đồng, xã hội; yếu tố chủ quan đó là bản thân các em cũng ảnh hưởng sâu sắc đến việc nhận thức về CSSKSS của các em học sinh.

Từ khoá: Chăm sóc sức khỏe sinh sản, vị thành niên và thanh niên, Trường Yên – Hoa Lư.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe sinh sản ở tuổi vị thành niên là vấn đề quan trọng của toàn xã hội. Lứa tuổi này đặc trưng cho sự phát triển nhanh cả về trí tuệ, thể chất, tâm sinh lý cũng có nhiều biến động khiến cho các em đôi khi bướng bỉnh, nóng nảy và muốn tự làm theo ý mình. Các em muốn khẳng định mình đã lớn và thoát khỏi sự kiểm soát của cha mẹ dù hành vi còn ngờ nghệch, ứng xử chưa tốt. Những xúc cảm giới tính thôi thúc, chính vì vậy mà hiện tượng yêu sớm ở lứa tuổi vị thành niên hiện nay diễn ra khá phổ biến và là vấn đề đáng lo ngại[1]. Hiện nay quan hệ tình dục sớm dẫn đến tình trạng có thai ngoài ý muốn ngày càng gia tăng, và những hậu quả tai hại của nó là không tránh khỏi. Trong khi đó, ở Việt Nam còn có tình trạng yếu kém nhận thức về văn hoá xã hội, về đời sống giới tính. Đây không chỉ là một gánh nặng, thách thức lớn cho công tác Dân số, mà đáng lưu tâm hơn là nó để lại những hậu quả nghiêm trọng cho thế hệ trẻ.[3] Tình hình đó dẫn tới nhu cầu giáo dục giới tính và CSSKSS cho lứa tuổi vị thành niên trở nên vô cùng cấp bách và quan trọng. Trở thành nhu cầu không chỉ là của bản thân các em mà cũng chính là nhu cầu của xã hội hiện đại giúp các em có sự hiểu biết và nhận thức rõ ràng hơn về SKSS và CSSKSS vị thành niên. Các em cần được quan tâm và giáo dục SKSS ngay từ khi còn ngồi trên ghế nhà trường để tạo nền tảng vững chắc về mọi mặt để các em có đủ hành trang bước vào cuộc sống tương lai.[8]

Hoa Lư là huyện nằm ở trung tâm tỉnh Ninh Bình. Dân số 76.250 người, trong đó có 15.540 em đang trong độ tuổi vị thành niên và thanh niên (VTN&TN) (10- 24 tuổi), chiếm 20,3% tổng dân số huyện (nam là 7.924 em, nữ là 7.616 em)[6]. Trong nhiều năm qua công tác tuyên truyền, giáo dục, cung cấp kiến thức về sức khỏe sinh sản cho lứa tuổi VTN&TN luôn được quan tâm đặc biệt là nhóm đối tượng học sinh trong nhà trường. Xuất phát từ những lý do trên, tôi chọn nghiên cứu đề tài này nhằm:

^{1*} Trung tâm Y tế huyện Hoa Lư

Tác giả chính/liên hệ: Đỗ Thị Hương Huyền – Trung tâm Y tế huyện Hoa Lư;

Địa chỉ: Hoa Lư, Ninh Bình

Số điện thoại: 0937665418

Email:dt.huonghuyen@gmail.com

- Xác định thực trạng nhận thức về chăm sóc SKSS của học sinh trường Trung học cơ sở xã Trường Yên, huyện Hoa Lư hiện nay.

- Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp kiến thức chăm sóc SKSS cho học sinh trường Trung học cơ sở các xã Trường Yên, huyện Hoa Lư. Qua đó đưa ra một số kiến nghị và giải pháp nhằm nâng cao nhận thức về CSSKSS/SKTD cho VTN&TN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa bàn nghiên cứu: Tại trường Trung học cơ sở xã Trường Yên, huyện Hoa Lư.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 đến hết tháng 9/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: 100 em học sinh được phỏng vấn, chọn xác suất mỗi khối lớp một vài đối tượng chia theo nhóm tuổi để phỏng vấn. Đối tượng có khả năng trả lời phỏng vấn, đối tượng đồng ý tham gia trả lời phỏng vấn.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những đối tượng là các em học sinh không đồng ý tham gia phỏng vấn hoặc không có đủ khả năng nhận thức và hành vi.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích (định lượng kết hợp định tính).

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu thông qua bộ phiếu phỏng vấn được thiết kế sẵn.

2.3.2. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

- *Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu*: Tuổi, trình độ văn hóa, mức độ nhận thức và mức độ tiếp cận thông tin .

- *Tiêu chí đánh giá*: Kiến thức về SKSS/SKTD/KHHGD của lứa tuổi VTN&TN qua một số nội dung như: tuổi dậy thì, kiến thức về khả năng sinh sản; các BPTT; nơi cung cấp các BPTT; các bệnh lây qua đường tình dục...Các yếu tố ảnh hưởng: trình độ văn hoá, lứa tuổi; chủ trương chính sách...

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Tiến hành phỏng vấn các nhóm đối tượng các em học sinh bằng bộ công cụ soạn sẵn (phụ lục). Người thu thập: bản thân tác giả là người trực tiếp thu thập số liệu, tiến hành phỏng vấn thử bộ câu hỏi nếu có thiếu sót sẽ được bổ sung và chỉnh sửa kịp thời.

- Sử dụng sổ sách, báo cáo cùng với các tài liệu liên quan về VTN&TN.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Kiểm tra lại thông tin ở các phiếu, xử lý các phiếu ghi sai thông tin.

- Nhập số liệu vào máy vi tính và phân tích, xác định mối liên quan.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học Trung tâm Y tế Hoa Lư thông qua đề cương. Các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ phục vụ cho việc nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên/ thanh niên, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Hiểu biết về SKSS của VTN&TN

3.1.1 Sự hiểu biết về đặc điểm của tuổi dậy thì

Bảng 1. Tỷ lệ biết về các dấu hiệu của tuổi dậy thì

Nội dung	Lớp 6 (20 HS)		Lớp 7 (20 HS)		Lớp 8 (30 HS)		Lớp 9 30 (HS)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngực lớn lên và Hoi đầu	11	55	14	70	25	83.3	28	93.3
Tăng về chiều cao và cân nặng	6	30	10	50	10	33.3	25	83.3
Mọc mụn trứng cá	18	90	19	95	25	83.3	27	90

Bắt đầu có kinh nguyệt, xuất tinh lần đầu	19	95	20	100	27	90	27	90
Mọc lông ở vùng kín	9	45	12	60	20	66.7	25	83.3
Thay đổi tính nết	10	50	8	40	15	50	17	56.7
Quan tâm (để ý) đến bạn khác giới	10	50	12	60	19	63.3	28	93.3

Kết quả các em đều nắm bắt được những đặc điểm sinh lí cơ bản của bản thân khi bước vào tuổi dậy thì. Nhưng sự nhận thức này còn dựa nhiều vào cảm tính và trí nhớ. Riêng với học sinh lớp 9 các em có nhận thức rõ ràng hơn các em học sinh nhỏ hơn về sự thay đổi sinh lý của bản thân.

3.1.2. Sự hiểu biết về khả năng sinh sản

Tỷ lệ các em hiểu đúng về sự thụ thai chưa cao, có 48,0% số em được hỏi cho là khi có sự giao hợp và trứng gặp tinh trùng thì sự thụ thai sẽ diễn ra và 52,0% cho rằng khi có sự giao hợp giữa hai người khác giới thì có thể có thai vẫn còn 25,0% cho rằng không thể có thai.

Các em học sinh lớp 9 có nhận thức rõ hơn về vấn đề thời điểm thụ thai (chiếm tới 43.3%) so với các em lớp 6,7 (chiếm 35%). Dù đây là nội dung có trong chương trình học nhưng khi được hỏi về thời điểm thụ thai các em học sinh khá lúng túng.

Kiến thức về dấu hiệu mang thai ở bạn gái được nắm bắt cụ thể: có 77 ý kiến cho rằng dấu hiệu chủ yếu khi có thai là hay buồn nôn chiếm 76,0%. Tiếp theo là dấu hiệu mất kinh (chậm kinh) chiếm 76,0%; thay đổi sở thích là 52,0% ...

3.2. Kiến thức về biện pháp tránh thai

3.2.1. Biết tên các BPTT

Nhận thức về các BPTT và hiểu biết về nơi cung cấp các dịch vụ là một trong những yếu tố tác động đến tình dục an toàn và phòng tránh có thai ngoài ý muốn, đồng thời đó cũng là một trong những chỉ tiêu đánh giá về kiến thức SKSS VTN & TN.

Bảng 2. Hiểu biết của các em học sinh về các Biện pháp tránh thai

TT	Các BPTT	Tổng số	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Viên tránh thai	83	83,0
2	Bao cao su	86	86,0
3	Đặt dụng cụ tử cung	77	77,0
4	Triệt sản nam/nữ	49	49,0
5	Tiền thuốc tránh thai	54	54,0
6	Thuốc TT khẩn cấp	64	64,0
7	Cây tránh thai	47	47,0
8	Hút thai	1	1,0
9	Nạo thai	2	2,0
10	Khác	0	0

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy tỷ lệ các em học sinh biết về các BPTT khá cao, cụ thể như đối với BPTT là Bao cao su là 86,0%; viên uống tránh thai là 83,0%; đặt vòng tránh thai là 77,0%; thuốc tránh thai khẩn cấp là 64,0%, triệt sản nam/nữ là 49,0%; cây tránh thai là 47,0%...

3.2.2 Hiểu biết về nơi cung cấp các BPTT

Bảng 3. Hiểu biết về nơi cung cấp các BPTT

TT	Nguồn cung cấp các BPTT	Tổng số	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh viện/Phòng khám	41	41,0
2	Trung tâm Y tế	40	40,0
3	Hiệu thuốc	74	74,0

4	CTV Dân số/Y tế	20	20,0
5	Bạn bè	15	15,0
6	Nơi khác	8	8,0
7	Không biết	12	12,0

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy tỷ lệ các em biết về nơi cung cấp các BPTT cũng khác nhau: Hiệu thuốc là cơ sở mà nhiều em biết đến nhiều nhất chiếm 74,0%; tiếp theo bệnh viện và Trung tâm Y tế tương ứng là 41,0% và 40,0%. Vẫn còn 15,0% cho rằng có thể nhận được từ bạn bè. Có 12,0% số đối tượng được hỏi không biết được nguồn cung cấp.

3.3. Tìm hiểu nguồn cung cấp thông tin SKSS/SKTD/KHHGD VTN&TN

Bảng 4. Nguồn cung cấp thông tin về vấn đề SKSS/SKTD của các em học sinh

TT	Nguồn cung cấp	Tổng số	
		Số lượng	Tỷ lệ(%)
1	Từ cán bộ DS, y tế	20	20,0
2	Từ nhà trường	40	40,0
3	Tự tìm hiểu qua sách báo	50	50,0
4	Thông qua Internet	70	70,0
5	Qua sinh hoạt đoàn	21	21,0
6	Qua bạn bè, người thân	44	44,0
7	Qua hiệu thuốc tư nhân	25	25,0
8	Qua các lớp cung cấp	27	27,0
9	Khác...	0	0

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy tỷ lệ các em tự tìm hiểu qua sách báo chiếm tỷ lệ cao 50,0%; tìm hiểu qua Internet chiếm 70,0%; Qua bạn bè, người thân là 44,0% và qua nhà trường là 40%..., chỉ có 27,0% cho rằng các kiến thức các em nhận được là qua các lớp cung cấp kiến thức cho VTN&TN về vấn đề SKSS/KHHGD.

3.4. Nhận biết tên các bệnh LTQĐTD và VNĐSD

Bảng 5. Hiểu biết các bệnh LTQĐTD và VNĐSD

TT	Các bệnh	Tổng số	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Lậu	54	54,0
2	Nấm cơ quan sinh dục	40	40,0
3	Trùng roi	21	21,0
4	VNĐSD	54	54,0
5	Giang mai	60	60,0
6	HIV/AIDS	81	81,0
7	Khác	11	11,0

Nhận xét: Qua bảng 5 cho thấy các bệnh LTQĐTD và VNĐSD được các em học sinh biết đến chủ yếu là HIV/AIDS (81,0%); Giang mai (60,0%); Lậu (54,0%); Viêm nhiễm cơ quan sinh dục (54,0%); Một số bệnh như nấm cơ quan sinh dục, trùng roi tỷ lệ tương ứng 40,0% và 21,0%.

3.5. Kiến thức về khả năng phòng tránh bệnh LTQĐTD

Bảng 6. Cách phòng tránh bệnh LTQĐTD

TT	Cách phòng tránh	Tổng số	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Sử dụng BCS	76	76,0
2	Không dùng chung bơm kim tiêm	80	80,0
3	Không quan hệ với gái mại dâm	74	74,0
4	Không quan hệ tình dục với nhiều người	54	54,0
5	Khác	8	8,0
6	Không biết	0	0,0

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy tỷ lệ các em học sinh trả lời đúng cách phòng tránh các bệnh LTQĐTD chiếm tỷ lệ cao, cụ thể như không dùng chung bơm kim tiêm chiếm 80,0%; sử dụng BCS chiếm 76,0%; Không quan hệ với gái mại dâm chiếm 74,0%; không quan hệ tình dục với nhiều người chiếm 54,0% và không có trường hợp nào là không biết về cách phòng tránh.

3.6. Những yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức về chăm sóc SKSS của các em học sinh

3.6.1. Yếu tố khách quan

Đối với nhà trường: Giáo dục các kiến thức về SKSS/SKTD trong trường học là một hình thức quan trọng và hiệu quả nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và hành vi cho thanh thiếu niên. Hiện tại trên địa bàn huyện đã triển khai đề án “Tu vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân” đã triển khai các lớp cung cấp kiến thức về SKSS/KHHGĐ cho lứa tuổi VTN. Hằng năm tại mỗi trường tại các xã/thị trấn đều triển khai các lớp và báo cáo viên do tuyên truyền viên dân số cấp tỉnh, huyện trực tiếp giảng dạy[7]. Tuy nhiên, số lớp được tổ chức tại các trường còn hạn chế bên cạnh đó thêm một khó khăn khác, giáo viên dạy môn này chưa qua đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn, chưa có giáo trình chuẩn, mà mới chỉ dạy theo các giáo trình do Bộ Y tế đưa ra, hiện chưa có giáo trình cho từng khối lớp học nên các chương trình đưa vào giảng dạy không phù hợp khi triển khai với tất cả các khối lớp. Do đó việc giáo dục chưa thường xuyên, liên tục và chủ yếu cũng là giáo dục giới tính, chứ việc giáo dục SKSS chưa nhiều.

Đối với gia đình : Việc giáo dục giới tính cho con trẻ thì yếu tố gia đình là yếu tố quan trọng nhất. Cha mẹ có ảnh hưởng rất lớn tới trẻ, cách cư xử giữa bố - mẹ là bài học sớm nhất đối với trẻ về cách ứng xử giới tính[3]. Tuy nhiên, hiện nay có một thực tế đó là việc giao tiếp giữa cha mẹ và con cái trong lứa tuổi vị thành niên còn nhiều yếu tố cản trở, nhiều cha mẹ gặp trở ngại khi nói chuyện với con về vấn đề do họ thiếu kiến thức, hay những kiến thức, kinh nghiệm chưa phù hợp với thực tế hiện nay, hay thái độ e dè, e thẹn từ hai phía khi đề cập về vấn đề tình dục, giới tính. Điềm chung nhất đó là các bậc cha mẹ thấy mình thiếu kiến thức, kỹ năng trao đổi với con.

Một số yếu tố khác

- Cán bộ phụ trách sức khỏe sinh sản các tuyến được đào tạo cập nhật kiến thức về cung cấp dịch vụ thân thiện VTN-TN, sinh hoạt theo chuyên đề, phòng chống xâm hại tình dục... khám và tư vấn chia sẻ về SKSS, SKTD đảm bảo bí mật riêng tư, không phán xét để VTN-TN dễ dàng tiếp cận dịch vụ.

- Công tác truyền thông đã đạt được những thành tựu nhất định, tuy nhiên còn gặp nhiều khó khăn ví dụ: Sách báo, tài liệu về SKSS còn thiếu thốn, hạn hẹp, những tài liệu hiện có hầu hết chỉ là các tài liệu tập huấn của cán bộ, tờ rơi phát tay... nên lượng kiến thức được truyền tải là không nhiều.

3.6.2. Yếu tố chủ quan

Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức của VTN&TN đến SKSS/SKTD đó chính là bản thân các em. Qua khảo sát cho thấy các em có nhu cầu được chia sẻ nhất với các bạn của mình (chiếm tới 60%), là những người bạn cùng trang lứa cùng gặp những vấn đề giống nhau nên việc các em cùng chia sẻ với nhau sẽ dễ dàng hơn. Các em cũng có nhu cầu được chia sẻ với các thầy cô (15%) những người mà các em tiếp xúc hàng ngày khi ở trường và có nhiều thời gian trực tiếp dạy dỗ, bảo ban các em.

IV. BÀN LUẬN

SKSS dù chỉ là một bộ phận của sức khỏe con người nhưng trong cuộc đời con người, khía cạnh SKSS đặc biệt trở nên quan trọng trong giai đoạn VTN&TN, SKSS VTN&TN bao hàm những nội dung rộng về lứa tuổi dậy thì, giới tính, bản năng tình dục, các biện pháp tránh thai, các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Chính vì thế nếu không có sự hiểu biết về SKSS ngay từ những năm đầu đời thì VTN&TN rất dễ mắc sai lầm nhất là trong tình yêu, tình dục và hiện tượng mang thai sớm.

CSSKSS cho trẻ độ tuổi vị thành niên không chỉ là vấn đề của riêng ai mà cần có sự góp sức chung tay một cách đồng bộ và toàn diện từ nhiều phía. SKSS là một phần quan trọng trong cuộc sống của các em vì nó không chỉ ảnh hưởng tới thể hệ tương lai mà còn hình thành nhân cách và giá trị của mỗi con người khi các em bước vào đời. Chính vì vậy không thể lơ là trong việc chung tay nâng cao kỹ năng và đáp ứng nhu cầu CSSKSS cho học sinh hiện nay để đảm bảo cho các em quyền được CSSKSS một cách tốt nhất[4].

Qua cuộc điều tra, khảo sát ta thấy hầu hết các em đã có hiểu biết về các dấu hiệu của tuổi 13 - 16 tuổi và thời điểm dễ có thai nhất theo chu kỳ kinh nguyệt. Đối với các dấu hiệu của tuổi dậy thì thì hầu hết các em đều chỉ ra được các dấu hiệu chung và dấu hiệu chủ yếu theo giới như tăng chiều cao 77,0%; ngực lớn hơn 71,0%; trứng cá 76,0%; hay xuất hiện lông ở vùng kín 72,0%; kinh nguyệt chiếm 68,0%,... Như vậy qua đây ta có thể khẳng định, tại các địa bàn đã triển khai mô hình thì các nội dung cung cấp đặc biệt những kiến thức về tuổi dậy thì đã được các em tiếp thu có hiệu quả. Nhận thức về các BPTT và hiểu biết về nơi cung cấp các dịch vụ là một trong những yếu tố tác động đến tình dục an toàn và phòng tránh có thai ngoài ý muốn, đồng thời đó cũng là một trong những chỉ tiêu đánh giá về kiến thức SKSS VTN & TN. Nhìn chung các em đã biết cách phòng tránh các bệnh LTQĐTD. Đặc biệt là dùng bao cao su trong quan hệ tình dục.

Vì vậy để tránh các hậu quả do thiếu kiến thức, chúng ta cần phải tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến việc chăm sóc SKSS/SKTD cho VTN&TN. Qua kết quả khảo sát cho thấy có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc chăm sóc SKSS/SKTD cho VTN&TN, trong đó có 04 yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đó chính là yếu tố gia đình, nhà trường, cộng đồng, xã hội và yếu tố chủ quan là từ chính bản thân của VTN&TN.

- Yếu tố khách quan:

Nhà trường: Hiện tại tại các trường, việc CSSKSS các em ở độ tuổi VTN hầu hết đều do các thầy cô đảm nhiệm, trong khi các thầy cô không được đào tạo chuyên nghiệp về cách thức tiếp cận cũng như giải quyết vấn đề này vì thế đây là một rào cản rất lớn đối với cả thầy cô và các em học sinh trong nhà trường. Các thầy cô chỉ cung cấp cho các em những kiến thức theo chương trình học chứ chưa có các hoạt động nào khác để cung cấp kiến thức về SKSS theo nhu cầu của các em học sinh.[7]

Gia đình: Cha mẹ còn gặp nhiều trở ngại khi nói chuyện với con cái, do thiếu kiến thức, kinh nghiệm.

Cộng đồng, xã hội: Có vai trò rất lớn cho việc thay đổi nhận thức của VTN&TN về CS SKSS/SKTD:

- Yếu tố chủ quan: Có 77,0% các em cho rằng nên giáo dục SKSS/SKTD cho VTN&TN; 9,0% cho rằng không nên và có 12,0% cho rằng họ không biết có nên hay không.

Các yếu tố đều đóng vai trò quan trọng. Để nâng cao nhận thức của các em học sinh về vấn đề SKSS/SKTD thì các yếu tố này cần hỗ trợ, bổ sung cho nhau để có thể giúp cho các em có được các cơ hội tiếp cận với các thông tin về SKSS/SKTD, để các em có thái độ và hành vi đúng đắn trong cuộc sống của mình.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về vấn đề thực trạng kiến thức, thái độ về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các em học sinh trường Trung học cơ sở Trường Yên, huyện Hoa Lư cho thấy các em đã nắm bắt được và có nhận thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe sinh sản, đặc biệt là có nhu cầu tìm hiểu về kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh. Tuy nhiên các em chưa có phương pháp tìm hiểu và học tập đúng cách nên lượng kiến thức các em tự thu nạp, tìm kiếm còn ít lộn xộn, chưa có sự chọn lọc chính xác nhất. Ngoài ra, các yếu tố gia đình, nhà trường, cộng đồng, xã hội và yếu tố chủ quan là từ chính bản thân của VTN&TN cũng ảnh hưởng lớn đến việc nhận thức, thái độ về chăm sóc SKSS/SKTD cho VTN&TN.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Trên cơ sở lý luận và thực trạng của vấn đề nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các em học sinh, từ đó đưa ra một số khuyến nghị để thực hiện tốt hơn vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các em học sinh.

- **Đối với gia đình:** Cần cung cấp thông tin về SKSS, CSSKSS cho con em mình một cách chính xác nhất. Tạo mọi điều kiện thực lợi cho các em được tiếp cận, tìm hiểu các thông tin liên quan tới SKSS.

- **Đối với nhà trường:** Cần tăng cường hơn nữa các hoạt động cung cấp kiến thức giới tính, SKSS trong nhà trường, tổ chức nhiều hơn các hoạt động ngoại khóa ngoài giờ học tuyên truyền về SKSS như các hội thi giữa các khối lớp, giao lưu văn nghệ để nâng cao kiến thức SKSS cho học sinh.

- **Đối với bản thân học sinh:** Cần tích cực tham gia học tập để trau dồi kiến thức về SKSS, tham gia các hoạt động tập thể lành mạnh và phát triển toàn diện tại nhà trường, tại địa phương. Cần chia sẻ với cha mẹ, thầy cô, những người có kinh nghiệm trong lĩnh vực SKSS khi có thắc mắc, khó khăn.

- **Vận động chính sách, chương trình CSSKSS cho trẻ vị thành niên:** Thực hiện việc vận động lồng ghép các khía cạnh SKSS vị thành niên vào các chương trình, chính sách, chiến lược, dự án về SKSS.

- **Truyền thông giáo dục:** sử dụng nhiều kênh truyền thông giáo dục khác nhau, đặc biệt là các kênh thông tin chuyên biệt, chính thống về CSSKSS để trẻ vị thành niên có cơ hội được tiếp cận và tìm kiếm các thông tin khi cần thiết. Cung cấp cho các em cả các thông tin liên quan tới văn bản, luật, chính sách như Luật thanh niên; Quyền của thanh thiếu niên; các chương trình, kế hoạch, chiến lược quốc gia về SKSS, CSSKSS vị thành niên và thanh niên Việt Nam...

- **Đào tạo, bổ sung nguồn nhân lực:** Cần tăng cường bồi dưỡng, đào tạo kiến thức, thái độ, kỹ năng giao tiếp với trẻ vị thành niên của các cán bộ cung cấp dịch vụ CSSKSS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, Tổ chức Y tế thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (2004). *Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY), Hà Nội, Việt Nam.*

2. Chính Phủ nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2003), *Nghị định số 104/2003/NĐ-CP về Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh dân số.*

3. Chính Phủ nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013), *Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020*”.

4. PGS.TS Nguyễn Thị Thiêng – Ths.Luu Bích Ngọc, *SKSS thanh thiếu niên Việt Nam – Điều tra ban đầu chương trình RHIYA, Hà Nội 2006.*

5. **Pháp lệnh Dân số**, số 03/2003/PL-UBTVQH11.

6. **Tổng cục Dân số-KHHGD – Bộ Y tế** (2009), *Tài liệu tập huấn truyền thông chuyên đổi hành vi về Dân số/SKSS/KHHGD.*

7. **Tổng cục Dân số-KHHGD – Bộ Y tế** (2009), *Những điều giáo viên cần biết để giáo dục kỹ năng sống và SKSS VTN.*

8. **TS. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Mỹ Hương, Daniel Weitraub, Meredith Caplan,** *Khảo sát, đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành của VTN&TN Hải Phòng với các vấn đề liên quan đến SKSS – 1999, NXB LĐXH – 2005.*

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN NHO QUAN NĂM 2022

Nguyễn Hùng Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát nhận thức về tự ý sử dụng kháng sinh trong điều trị của người bệnh, người nhà người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) huyện Nho Quan; (2) Khảo sát các yếu tố liên quan đến nhận thức về tự ý dùng kháng sinh trong điều trị bệnh người bệnh, người nhà người bệnh tại BVĐK huyện Nho Quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 341 đối tượng đến khám và điều trị tại BVĐK huyện Nho Quan và người nhà người bệnh từ tháng 2 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** 75,1% đối tượng nghiên cứu thường xuyên sử dụng thẻ BHYT, 45,2% tự ý sử dụng kháng sinh và 54,8% không tự ý dùng kháng sinh, 87,4% đã từng được nghe về thuốc kháng sinh và 70,4% đối tượng tham gia nghiên cứu có thái độ tốt về việc tự ý sử dụng kháng sinh; 74,5% đối tượng nghiên cứu biết khi sử dụng kháng sinh phải có chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ; 65,1% số đối tượng chọn cách hoàn toàn tuân thủ chỉ định của bác sĩ khi dùng kháng sinh. 23,5% nhân viên bán thuốc yêu cầu có đơn thuốc của bác sĩ. Số đối tượng cảm thấy không nên tự ý điều trị những bệnh thông thường bằng kháng sinh chiếm 83,6%. **Kết luận:** mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đối tượng không sử dụng bảo hiểm y tế và tự ý sử dụng thuốc kháng sinh ($p = 0,009$, $OR = 0,51$; $KTC\ 95\%: 0,30 - 0,85$), chưa tìm thấy mối liên quan giữa tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với giới tính và độ tuổi của đối tượng nghiên cứu và chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tự ý sử dụng thuốc kháng sinh và bệnh mắc trong thời gian dài. Tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ tự ý sử dụng kháng sinh và trải nghiệm việc có từng nghe về thuốc kháng sinh. Đối tượng nghiên cứu từng nghe về kháng sinh có nguy cơ tự ý sử dụng kháng sinh cao gấp 3,09 lần người chưa từng nghe về kháng sinh.

Từ khoá: sử dụng kháng sinh, điều trị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đã trở thành một trong những phát minh vĩ đại của nhân loại. Từ những năm đầu thế kỷ 20, kháng sinh đã được đưa vào sử dụng và đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Nhờ có kháng sinh, tỉ lệ tử vong do các bệnh nhiễm khuẩn trên toàn thế giới giảm xuống. Vô hình chung, kháng sinh được xem như “thần dược” và được sử dụng tràn lan để điều trị bệnh. Hiện nay có rất nhiều các nhà thuốc tư nhân được mở ra để hỗ trợ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và tham gia vào hoạt động tự điều trị, bao gồm cung cấp thuốc, tư vấn dùng thuốc, tự điều trị triệu chứng của một số bệnh đơn giản (Bộ Y tế, 2007). Nhưng mặt trái của sự tiện lợi quá mức đó là thuốc kháng sinh được sử dụng một cách tự do vượt ngoài tầm kiểm soát. Chính điều này dẫn đến việc xuất hiện ngày một nhiều các chủng mầm bệnh kháng thuốc, đặc biệt là sự gia tăng thất bại điều trị ở các loại kháng sinh mới ngày càng phổ biến. Việc tự ý dùng thuốc kháng sinh không theo chỉ định của bác sĩ, không đủ thời gian, không đủ liều lượng, lạm dụng thuốc kháng sinh mạnh, phổ tác dụng rộng, thể hệ mới vừa gây tổn kém cho bệnh nhân, vừa gây hiện tượng đề kháng kháng sinh rất đáng lo ngại. Trong khi đó, mô hình bệnh tật ở Việt Nam phần lớn vẫn là các bệnh truyền nhiễm. Kháng sinh vẫn giữ vai trò rất quan trọng trong công tác điều trị. Việc sử dụng kháng sinh tự do, không kiểm soát đang trở thành vấn đề báo động của Việt Nam (HeimanWertheim, 2013). Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xếp Việt Nam vào danh sách các nước có tỉ lệ kháng thuốc

¹ Bệnh viện Đa khoa huyện Nho Quan

Tác giả chính: BSKKI. Nguyễn Hùng Ngân - PGĐ Bệnh viện đa khoa huyện Nho Quan

Địa chỉ: Thị trấn Nho Quan, huyện Nho Quan, tỉnh Ninh Bình

SĐT: 0915222704

kháng sinh cao nhất thế giới. Tính trên 39916 cơ sở bán lẻ thuốc ở cộng đồng Việt Nam, 90% kháng sinh được bán ra không có đơn thuốc (Heiman 13. 2 Wertheim, 2013). Phần lớn người dân tự ý mua thuốc kháng sinh, tự điều trị không cần chẩn đoán, không cần kê đơn của bác sĩ. Theo công bố mới nhất của Cục quản lý khám chữa bệnh (Bộ Y tế) tại hội thảo về “Sử dụng kháng sinh”, các loại thuốc kháng sinh được bán không theo đơn của bác sĩ chiếm tỉ lệ 88% tại các nhà thuốc ở thành thị và 91% tại các nhà thuốc ở nông thôn (GARP, 2010). Việc ngăn chặn tình trạng đề kháng kháng sinh đang và sẽ trở thành nhiệm vụ cấp thiết của toàn xã hội. Một trong những mục tiêu cụ thể của “Kế hoạch hành động quốc gia chống kháng thuốc 2013-2020” là nâng cao nhận thức cộng đồng. Nhưng để thực hiện được điều đó, chúng ta cần cụ thể hóa một phần bằng cách tiếp cận từ nhóm người bệnh và người nhà người bệnh, người đã từng là bệnh nhân hoặc chăm sóc bệnh nhân; thông qua họ, chúng ta phần nào có được cái nhìn rõ nét hơn về sự hiểu biết, thói quen, cũng như các yếu tố liên quan đến vấn đề tự ý sử dụng thuốc kháng sinh. Từ đó nhân rộng ra nhận thức chung của cộng đồng và có hướng hành động đúng đắn.

Với động cơ trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Khảo sát nhận thức về tự ý sử dụng kháng sinh của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa huyện Nho Quan năm 2022” với mục tiêu:

1. Khảo sát nhận thức về tự ý sử dụng kháng sinh trong điều của người bệnh, người nhà người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Nho Quan.
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến nhận thức về tự ý dùng kháng sinh trong điều trị bệnh người bệnh, người nhà người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Nho Quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: tại các khoa Lâm sàng và Cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa huyện Nho Quan.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2 đến tháng 10/2022

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú tại Bệnh viện và số thân nhân của họ, đủ 18 tuổi trở lên, đồng ý và có đủ năng lực, trả lời câu hỏi điều tra;

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang.
- Tính cỡ mẫu theo công thức

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

Ước tính được $n = 341$

2.3.2. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới, hành vi tự ý sử dụng kháng sinh (TYSDKS), Kiến thức, thái độ thực hành, thời gian mắc bệnh, nguồn thông tin

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: Phát phiếu khảo sát in sẵn, giải thích mục đích ý nghĩa của nghiên cứu và hướng dẫn đối tượng nghiên cứu trả lời câu hỏi trên phiếu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS. Phần mềm thống kê SPSS 16.0 được sử dụng trong phân tích số liệu. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ % theo test khi bình phương và so sánh giá trị trung bình của các nhóm theo T - test với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Những nội dung khai thác được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học và đảm bảo giữ bí mật theo quy định, nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ sức khỏe người bệnh không nhằm một mục đích nào khác, những bệnh nhân sau khi đã được giải thích rõ về mục đích, yêu cầu của nghiên cứu đồng thời tự nguyện tham gia mới đưa vào danh sách.

3.1. Khảo sát về tự ý sử dụng kháng sinh

3.1.1. Đặc điểm của người bệnh, người nhà người bệnh

Bảng 1. Phân bố nghiên cứu theo đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=341)

	Đặc tính mẫu	Tần suất	Tỷ lệ %
Giới	Nam	149	43,7
	Nữ	192	56,3
Độ tuổi	18 - 28	81	23,8
	29 - 38	84	24,6
	39 - 48	86	25,2
	49 - 60	90	26,4
Thường sử dụng thẻ BHYT	Có	256	75,1
	Không	85	24,9

Khảo sát 341 đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam, nữ đồng ý trả lời phỏng vấn tương tự nhau, trong đó số đối tượng nữ đồng ý tham gia trả lời phỏng vấn có nhiều hơn chút so với đối tượng nam;

Về độ tuổi phân bố tương đối đồng đều ở các độ tuổi, từ 18 đến 60 tuổi; 75,1% số đối tượng phỏng vấn trả lời có thường xuyên sử dụng thẻ BHYT, điều này tương đồng với độ bao phủ BHYT tiến tới toàn dân mà chính phủ đang triển khai thực hiện.

3.1.2. Tỷ lệ tự ý sử dụng kháng sinh

Bảng 2. Phân bố mẫu nghiên cứu hành vi tự ý sử dụng kháng sinh (n=341)

Đặc tính mẫu	Tần suất	Tỷ lệ
Có hành vi TYSĐKS trong 1 năm vừa qua	154	45,2
Không có hành vi TYSĐKS trong 1 năm vừa qua	187	54,8
Tổng	131	100

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tự ý sử dụng kháng sinh (45,2%), thấp hơn nhóm không tự ý sử dụng; kết quả này thấp hơn 0,68 lần so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tự ý sử dụng kháng sinh của người dân xã La Phù, huyện Hoài Đức, thành phố Hà Nội năm 2011.

3.1.3. Đặc điểm mắc bệnh điều trị dài ngày

Bảng 3. Phân bố mẫu nghiên cứu mắc bệnh điều trị dài ngày (n=341)

Đặc tính mẫu	Tần suất	Tỷ lệ
Mắc bệnh mãn tính điều trị dài ngày	81	23,8
Không mắc bệnh mãn tính điều trị dài ngày	260	76,2
Tổng	341	100

Tại thời điểm nghiên cứu, đa số đối tượng nghiên cứu không mắc bệnh điều trị dài ngày, tuy nhiên có 81 đối tượng (23,8%) có mắc bệnh mãn tính điều trị dài ngày.

3.1.4. Kiến thức về thuốc kháng sinh

Bảng 4. Phân bố mẫu nghiên cứu kiến thức về kháng sinh

Đặc tính mẫu	Tần suất	Tỷ lệ
Có từng nghe về thuốc kháng sinh	298	87,4
Không từng nghe về thuốc kháng sinh	43	12,6
Tổng	341	100

Đa số đối tượng nghiên cứu đều từng nghe về thuốc kháng sinh (chiếm 87,4%), chỉ có 12,6% là chưa từng nghe về thuốc kháng sinh

Bảng 5. Phân bố mẫu nghiên cứu theo nguồn thông tin về kháng sinh (n=298)

Đặc tính mẫu	Tần suất	Tỷ lệ
Phương tiện truyền thông	117	39,3
Trường học	100	33,6

Hàng xóm/ bạn bè/ người trong gia đình	21	7.0
Nhân viên bán thuốc	15	5.0
Bác sĩ	45	15.1
Tổng	298	100

Trong số những đối tượng nghiên cứu đã từng nghe về thuốc kháng sinh, số đối tượng biết từ phương tiện truyền thông (như báo, đài, tivi, internet...) chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%. Đứng thứ hai là nghe thông tin về thuốc kháng sinh từ trường học chiếm tỉ lệ 33,6 %. Tỉ lệ nguồn thông tin cao thứ ba là biết qua bác sĩ với 15,1 %. Số đối tượng biết nhờ hàng xóm/ bạn bè / người trong gia đình chiếm 7,0 %. Cuối cùng là đối tượng biết được thông tin về kháng sinh nhờ nhân viên bán thuốc chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5,0 %.

Bảng 6. Phân bố mẫu nghiên cứu kiến thức về kháng sinh (n=341)

Đặc tính mẫu	Tần suất (Đúng)	Tỷ lệ
Dùng kháng sinh thường xuyên làm giảm hiệu quả điều trị lần sau	211	61.9
Trường hợp dùng thuốc kháng sinh	137	40,2
Dùng kháng sinh giúp nhanh khỏi bệnh cảm lạnh hay ho thường	257	81,4
Biết thuốc kháng sinh có gây ra tác dụng phụ	232	68,0
Thời điểm ngưng uống kháng sinh	157	46,0
Kháng sinh liều cao có thể gặp nhiều tác dụng phụ hơn kháng sinh liều thấp	147	43,1
Dùng kháng sinh cần có đơn thuốc của bác sĩ	257	75,4
Hậu quả tự ý dùng thuốc kháng sinh	246	72,1
Biết kháng thuốc là gì	203	59,5
Nguyên nhân kháng thuốc	313	91,8
Kiến thức đúng	176	51.6

Tỷ lệ biết khi dùng kháng sinh phải có chỉ định của bác sĩ là 75,4 %. Nhưng Tỷ lệ cho rằng dùng kháng sinh mới nhanh chữa khỏi bệnh cảm lạnh và ho thường chiếm 81,4. Đây nên là một phần cơ bản trong việc tuyên truyền, cung cấp kiến thức cho người dân về thuốc kháng sinh. Kiến thức hiểu đúng về kháng sinh đạt 51,6%

3.1.5. Thái độ về việc tự ý sử dụng kháng sinh

Bảng 7. Phân bố mẫu nghiên cứu thái độ về tự ý sử dụng kháng sinh (n=341)

Đặc tính mẫu	Tần suất (Tốt)	Tỷ lệ
Đồng ý với việc tự ý điều trị bằng kháng sinh	285	83,6
Thấy nguy hiểm khi tự ý sử dụng kháng sinh	248	72,7
Đồng ý dùng lại toa thuốc cũ	219	64,2
Thái độ khi được yêu cầu xem đơn thuốc	261	76,5
Lựa chọn cách dùng kháng sinh	222	65,1
Ưu tiên lựa chọn kháng sinh	244	71,6
Thái độ tốt	240	70.4

Từ kết quả trên nhận thấy có 70,4% đối tượng tham gia nghiên cứu có thái độ tốt về việc tự ý sử dụng kháng sinh, không nên tự ý điều trị những bệnh thông thường bằng kháng sinh chiếm tỉ lệ 83,6 %. cảm thấy nguy hiểm khi tự ý sử dụng thuốc kháng sinh: 72,7 %. Sử dụng lại toa thuốc cũ để dùng: 64,2%. Đối tượng nghiên cứu có thái độ tốt khi được yêu cầu cho xem đơn thuốc đạt 76,5% Lựa chọn cách dùng kháng sinh đúng là 65,1%.

3.1.6. Thái độ về kháng kháng sinh với cộng đồng

Bảng 8. Phân bố mẫu nghiên cứu theo thái độ về sự đề kháng kháng sinh trong cộng đồng

Đặc tính mẫu	Tần suất (Tốt)	Tỷ lệ %
Nhận thấy đang có sự lạm dụng kháng sinh tràn lan tại Việt Nam	243	71,3
Đề kháng kháng sinh ảnh hưởng đến sức khỏe	253	74,2

bản thân và gia đình		
Cần thiết giảng dạy sử dụng đúng kháng sinh ở các trường	266	78,0
Cần thiết đẩy mạnh các chiến dịch tuyên truyền nhằm sử dụng kháng sinh hiệu quả	243	71,3
Thái độ tốt với cộng đồng	216	63,3

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thấy cần thiết được tuyên truyền kiến thức về sử dụng hợp lý kháng sinh đạt 78,0%. Tiếp theo là mối quan tâm về việc đề kháng kháng sinh sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của chính bản thân họ và gia đình chiếm 253 người (74,2%). Thái độ tốt của đối tượng nghiên cứu đối với cộng đồng về việc đề kháng kháng sinh hiện nay chiếm tỉ lệ 63,3% tổng số người tham gia khảo sát.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến việc tự ý sử dụng kháng sinh

3.2.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 9. Mối liên quan giữa đặc điểm đối tượng nghiên cứu với tự ý sử dụng kháng sinh

Đặc tính mẫu	Có TYSDKS n(%)	Không TYSDKS n(%)	P	OR (KTC 95%)
Giới				
Nam	61 (40,9)	88 (59,1)	0,168	0,74(0,48 - 1,14)
Nữ	93(48,4)	99 (51,6)		
Tuổi				
Tuổi				
18 - 28	36 (44,4)	45 (55,6)		
29 - 38	44 (52,4)	40 (47,6)	0,458	1,30 (0,85-1,99)
39 - 48	35 (40,7)	51 (59,3)		
49 - 60	39 (43,3)	51 (56,7)		
Thường sử dụng bảo hiểm y tế				
Không	28 (32,9)	57 (67,1)	0,009*	0,51(0,30- 0,85)
Có	126 (49,2)	130 (50,8)		

Khi khảo sát mối liên quan giữa tự ý sử dụng thuốc kháng sinh và các đặc tính của đối tượng nghiên cứu, tìm thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đối tượng không sử dụng bảo hiểm y tế và tự ý sử dụng thuốc kháng sinh ($p = 0,009$, $OR = 0,51$; KTC 95%: 0,30 - 0,85). Ta thấy không thường xuyên sử dụng bảo hiểm y tế để khám và chữa bệnh hằng năm thì nguy cơ tự ý sử dụng thuốc kháng sinh thấp hơn 0,51 lần nhóm thường xuyên dùng thẻ bảo hiểm y tế.

Trong kết quả nghiên cứu này, hiện chưa tìm thấy mối liên quan giữa tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với giới tính và độ tuổi của đối tượng nghiên cứu.

3.2.2. Bệnh điều trị dài ngày

Bảng 10. Mối liên quan giữa bệnh điều trị dài ngày với việc tự ý sử dụng kháng sinh

Đặc tính mẫu	Có TYSDKS n(%)	Không TYSDKS n(%)	P	OR(KTC 95%)
Bệnh mắc thời gian dài				
Có	44 (54,3)	37 (45,7)	0,058	1,62 (0,98 - 2,68)
Không	110 (42,3)	150 (57,7)		

Kết quả cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tự ý sử dụng thuốc kháng sinh và bệnh mắc trong thời gian dài.

3.2.3. Kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 11. Mối liên quan giữa việc đối tượng nghiên cứu tự ý sử dụng kháng sinh và trải nghiệm từng nghe về thuốc

Đặc tính mẫu	Có TYSDKS n(%)	Không TYSDKS n(%)	P	OR(KTC 95%)
Từng nghe về thuốc kháng sinh				
Có	144 (48,3)	154(51,7)	0,002	3,09(1,47- 6,49)
Không	10 (23,3)	33 (76,7)		

Kết quả trên cho thấy đã tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ tự ý sử dụng kháng sinh và trải nghiệm việc có từng nghe về thuốc kháng sinh.

Đối tượng nghiên cứu từng nghe về kháng sinh có nguy cơ tự ý sử dụng kháng sinh cao gấp 3,09 lần người chưa từng nghe về kháng sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$.

Bảng 12. Mối liên quan giữa việc tự ý sử dụng kháng sinh và nguồn thông tin về thuốc kháng sinh

Đặc tính mẫu	Có TYSDKS n(%)	Không TYSDKS n(%)	P	OR(KTC 95%)
Nguồn thông tin về thuốc kháng sinh				
Phương tiện truyền thông	70(59,8)	47 (40,2)	< 0,001	0.40 (0,26 – 0,64)
Trường học	36 (36,0)	64 (64,0)	0,029	1,71 (1,06- 2,76)
Hàng xóm/ bạn bè/ người trong gia đình	9 (42,9)	12 (57,1)	0,827	1,11 (0,45 - 2,70)
Nhân viên bán thuốc	4 (26,7)	11 (73,3)	0,141	2,34 (0,73 - 7,51)
Bác sĩ	25 (55,6)	20 (44,4)	0,133	0,62 (0,33-1,16)

Nhận xét : Đối tượng nghiên cứu biết kháng sinh qua phương tiện truyền thông có nguy cơ tự ý dùng kháng sinh gấp 0,40 lần số đối tượng không biết nhờ nguồn phương tiện truyền thông. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Đối tượng nghiên cứu biết kháng sinh nhờ kiến thức học ở trường có nguy cơ tự ý dùng kháng sinh cao gấp 1,71 lần đối tượng không biết thông tin về kháng sinh từ trường học. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,029$.

Bảng 13. Mối liên quan giữa việc tự ý sử dụng kháng sinh và kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính mẫu		Có TYSDKS n(%)	Không TYSDKS n(%)	P	OR(KTC 95%)
Kiến thức	Đúng	89(50,6)	87 (49,4)	0,038	0,64 (0,41 - 0,98)
	Chưa đúng	65 (39,4)	100 (60,6)		
Thái độ	Tốt	106(44,2)	134 (55,8)	0,569	1,15 (0,72- 1,83)
	Chưa tốt	48 (47,5)	53 (52,5)		

Nhận xét : Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ tự ý sử dụng thuốc kháng sinh và thái độ của đối tượng nghiên cứu về việc tự ý sử dụng kháng sinh.

Có mối liên quan giữa nguy cơ tự ý sử dụng thuốc kháng sinh và kiến thức của đối tượng nghiên cứu về tự ý sử dụng kháng sinh. Đối tượng có kiến thức tốt thì nguy cơ tự ý sử dụng kháng sinh giảm 36% so với những người có kiến thức chưa tốt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp 341 người bệnh, người nhà người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa huyện nhỏ Quan cho thấy

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu tự ý sử dụng thuốc kháng sinh là 45,2%.

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về thuốc kháng sinh là 51,6%.

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có thái độ tốt về sử dụng kháng sinh là 70,4%.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Không thường sử dụng bảo hiểm y tế ($p = 0,009$, OR = 0,51; KTC 95%: 0,30 – 0,85). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với giới tính, tuổi, các bệnh mắc trong thời gian dài.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự ý sử dụng kháng sinh với việc đã từng nghe về thuốc kháng sinh trước đó ($p = 0,002$, OR = 3,09; KTC 95%: 1,47 – 6,49), đối tượng biết được kháng sinh từ phương tiện truyền thông ($p < 0,001$, OR = 0,4; KTC 95%: 0,26 – 0,64) và từ trường học ($p = 0,029$, OR = 1,71; KTC 95%: 1,06 – 2,76).

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với kiến thức ($p = 0,038$, OR = 0,64; KTC 95%: 0,41 – 0,98), thực hành ($p < 0,001$, OR = 0,09; KTC 95%: 0,06 – 0,15) về việc sử dụng thuốc kháng sinh. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa hành vi tự ý sử dụng thuốc kháng sinh với thái độ về sử dụng thuốc kháng sinh.

V. KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác tuyên truyền sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý: Phối kết hợp giữa các ban ngành đoàn thể trong trên lĩnh vực khác nhau như giáo dục, văn hóa, thông tin đại chúng trên tivi, báo, internet....

2. Xây dựng chương trình nói về các bệnh thường gặp trong cộng đồng cũng như các kiến thức cơ bản về việc chữa trị và sử dụng thuốc khi mắc bệnh để người dân và cộng đồng nói chung dễ nắm bắt, hiểu biết. Đồng thời lồng ghép thêm kiến thức, thực hành về việc sử dụng thuốc kháng sinh khi mắc bệnh có liên quan.

3. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát việc bán thuốc theo đơn của cửa hàng dược

4. Hiện trong nước, có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ dùng kháng sinh trên lâm sàng nhưng trong cộng đồng còn khan hiếm, vì thế kiến nghị nên thực hiện thêm nhiều nghiên cứu như thế này trên cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hà (2014). Kê đơn thuốc kháng sinh chưa đúng: mức độ và lý do. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 69 (5).
2. Nguyễn Thanh Bảo (2011). *Vi sinh y học*. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM
3. Trần Thị Thu Hằng (2007). *Dược lực học*. tr. 677-681.
4. Trần Quý Trường, Phạm Huy Tuấn Kiệt, Nguyễn Thị Thanh (2011). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tự ý sử dụng thuốc kháng sinh của người dân xã La Phù, Hoài Đức, Hà Nội, năm 2011. *Tạp chí nghiên cứu y học*, Phụ trương 80. tr. 369-374.
5. Trịnh Ngọc Quang (2006). Kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng thuốc kháng sinh của các hộ gia đình xã Việt Đoàn, Tiên Du - Bắc Ninh. *Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng*. Đại học Y tế công cộng.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP TRỰC THUỘC SỞ Y TẾ TỈNH NINH BÌNH TỪ THÁNG 4 NĂM 2018 ĐẾN THÁNG 3 NĂM 2019

Ds. Nguyễn Mai Lê¹, DsCK2. Đinh Thị Bẩy²,
hs.Ds. Nghiêm Xuân Bách³, Ds. Lê Thu Mai⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019 qua phương pháp ABC/VEN. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu thuốc đã sử dụng của các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình: Báo cáo sử dụng thuốc theo quý của các cơ sở y tế gửi về Sở Y tế từ 01/4/2018 - 31/3/2019. **Kết quả:** Danh mục thuốc sử dụng cả ngành từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 gồm 1037 khoản mục thuốc chia thành 16 nhóm dược lý. Trong đó, Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ trọng lớn nhất với hơn 54,3 tỷ đồng chiếm 27,2% về giá trị và có 198 mặt hàng chiếm 19,1% về số mặt hàng. Các nhóm có giá trị sử dụng lớn tiếp theo gồm nhóm tim mạch (hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 11,8% về giá trị và 127 mặt hàng chiếm 12,2% số mặt hàng), nhóm hormone và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết (hơn 21,8 tỷ đồng chiếm 11,0% về giá trị và 66 mặt hàng chiếm 6,4% số mặt hàng), nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp (hơn 17,4 tỷ đồng chiếm 8,8% về giá trị và 48 mặt hàng chiếm 4,6% số mặt hàng), nhóm thuốc đường tiêu hóa (hơn 17,1 tỷ đồng chiếm 8,6% về giá trị và 95 mặt hàng chiếm 9,2% số mặt hàng). Tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn của cả ngành sử dụng từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 là 198 mặt hàng với hơn 52,3 tỷ đồng. Trong đó, nhóm Beta-lactam có số mặt hàng nhiều nhất là 92 mặt hàng chiếm 46,5% tổng số và hơn 37,6 tỷ đồng chiếm 72,0% về giá trị. Các thuốc nhóm A gồm 158 mặt hàng chiếm 15,25% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 150 tỷ đồng chiếm 75,3% tổng giá trị. Trong nhóm A có tỷ lệ thuốc ngoại cao với hơn 94,5 tỷ chiếm 63,1% tổng giá trị sử dụng thuốc nhóm A và 96 mặt hàng chiếm 60,8% tổng số mặt hàng. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc nhóm A theo tác dụng dược lý và đường dùng cũng cho kết quả tương tự như phân tích danh mục thuốc của cả ngành và của từng bệnh viện. Tại BVĐK tỉnh tỷ lệ thuốc N (chiếm 11,2%) vẫn còn cao hơn thuốc V (chiếm 5,2%); Tại các bệnh viện tuyến huyện tỷ lệ thuốc N còn khá cao chiếm tỷ lệ từ 25,7% đến 36,5% tổng giá trị sử dụng thuốc của bệnh viện (Cao nhất là BVĐK huyện Nho Quan với hơn 4,6 tỷ đồng chiếm 36,5% tổng giá trị); Các bệnh viện chuyên khoa có tỷ lệ thuốc N thấp hơn thuốc V.

Từ khóa: Tình hình sử dụng thuốc; Cơ sở y tế công lập; Sở Y tế tỉnh Ninh Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảng và nhà nước luôn luôn quan tâm đến công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, thông qua nhiều chính sách để phát triển ngành Dược nhằm sử dụng thuốc hợp lý và hiệu quả là một trong những mục tiêu Quốc gia về thuốc tại Việt Nam

Để đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, Bộ Y tế đã 7 lần ban hành danh mục thuốc thiết yếu, đồng thời liên tục công bố danh mục thuốc sử dụng chủ yếu tại các cơ sở khám chữa bệnh trên toàn quốc [1]. Tuy nhiên, trước tác động của cơ chế thị trường, việc sử dụng thuốc không hiệu quả và bất hợp lý trong các bệnh viện đã và đang là điều đáng lo ngại: lạm dụng biệt dược trong điều trị, tỷ lệ sử dụng thuốc ngoại cao hơn thuốc nội, lạm dụng thuốc, kháng thuốc, sử dụng thuốc chưa hợp lý, việc kê đơn không phải là thuốc thiết yếu mà là thuốc có tính thương mại cao, ... là một trong những nguyên nhân làm tăng chi phí cho người bệnh, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe và uy tín của các bệnh viện. Để hạn chế tình trạng trên, Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo các quốc gia thành lập Hội đồng thuốc và điều trị tại các bệnh viện. Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/8/2013 của Bộ Y tế Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện đã chỉ ra rằng các bệnh viện cần áp dụng các phương pháp phân tích để phát hiện các vấn đề về sử dụng thuốc [2], từ đó chỉ ra những yếu tố hợp lý, bất hợp lý trong quá trình sử dụng để làm cơ sở đảm bảo tính chủ động trong cung ứng cũng như đảm bảo tính hiệu quả, an toàn, tiết kiệm và hợp lý trong quá trình điều trị.

¹ Sở Y tế Ninh Bình

Tác giả chính/liên hệ: Dược sỹ Nguyễn Mai Lê

Địa chỉ: 18 Kim Đồng, phường Phúc Thành, TP Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình

SĐT: 0983516186, Email: nguyenmaile2307@gmail.com.

Để thực hiện tốt hơn Chính sách quốc gia về thuốc, kế hoạch “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”,...nhằm tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, tiết kiệm chi phí cho các bệnh viện chúng tôi thực hiện đề tài “**Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019**” với các mục tiêu sau:

1. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019.

2. Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 qua phương pháp ABC/VEN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu: từ 01/4/2018 - 31/3/2019

- Địa điểm nghiên cứu: Sở Y tế tỉnh Ninh Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Báo cáo sử dụng thuốc của các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ 01/4/2018 - 31/3/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang bằng cách hồi cứu thuốc đã sử dụng của các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình: Báo cáo sử dụng thuốc theo quý của các cơ sở y tế gửi về Sở Y tế từ 01/4/2018 - 31/3/2019

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Tổng giá trị tiền thuốc sử dụng (Tổng tiền thuốc của từng đơn vị và tổng tiền thuốc của cả ngành); Cơ cấu thuốc theo nhóm tác dụng dược lý: Phân loại thuốc theo nhóm tác dụng dược lý (Căn cứ theo TT 30/2018/TT-BYT); Cơ cấu thuốc theo nguồn gốc xuất xứ: Thuốc có nguồn gốc sản xuất trong nước (Việt Nam) gọi là thuốc nội. Thuốc được sản xuất ngoài vùng lãnh thổ Việt Nam gọi là thuốc ngoại; Cơ cấu thuốc theo đường dùng: Phân loại thuốc theo đường dùng: đường tiêm, đường uống và các đường dùng khác; Cơ cấu thuốc theo tên biệt dược gốc và tên generic; Cơ cấu thuốc theo nhóm thuốc A,B,C; Cơ cấu thuốc theo nhóm thuốc VEN.

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin

Báo cáo sử dụng thuốc của các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ 01/4/2018 - 31/3/2019.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Sau khi sắp xếp số liệu theo từng biến số nghiên cứu, các số liệu này được xử lý như sau:

- Sắp xếp số liệu theo mục đích phân tích

- Tính giá trị và tỷ lệ phần trăm của từng biến dựa vào công thức sau:

Công thức 1: Tỷ lệ phần trăm số mặt hàng thuốc từng nhóm = Số mặt hàng thuốc mỗi nhóm/ Tổng số mặt hàng thuốc đã sử dụng x 100%

Công thức 2: Tỷ lệ giá trị sử dụng mỗi nhóm = Tổng giá trị sử dụng của nhóm/ Tổng giá trị sử dụng thuốc x 100%

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu, dữ liệu, thông tin được đảm bảo chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ 01/4/2018 - 31/3/2019

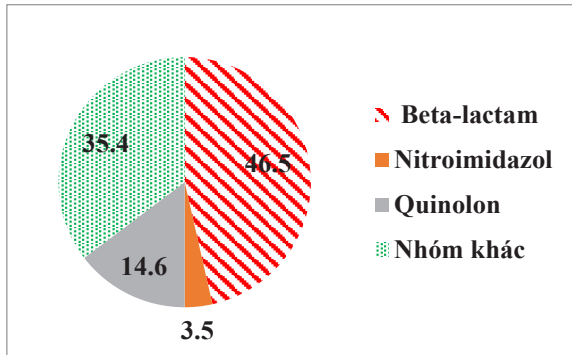
3.1.1. Cơ cấu danh mục thuốc theo nhóm tác dụng dược lý

Danh mục thuốc sử dụng cả ngành từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2018 gồm 1037 khoản mục thuốc chia thành 16 nhóm dược lý. Trong đó, Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ trọng lớn nhất với hơn 54,3 tỷ đồng chiếm 27,2% về giá trị và có 198 mặt hàng chiếm 19,1% về số mặt hàng. Các nhóm có giá trị sử dụng lớn tiếp theo gồm nhóm tim mạch (hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 11,8% về giá trị và 127 mặt hàng chiếm 12,2% số mặt hàng), nhóm hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết (hơn 21,8 tỷ đồng chiếm 11,0%

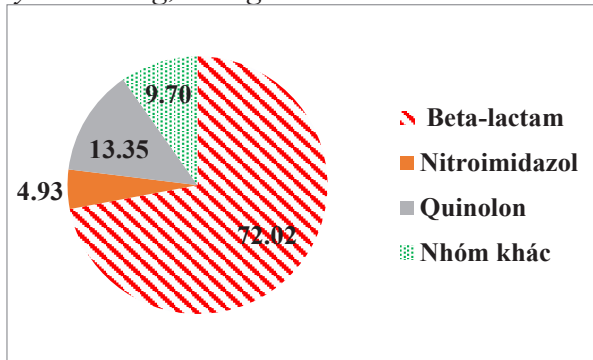
về giá trị và 66 mặt hàng chiếm 6,4% số mặt hàng), nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp (hơn 17,4 tỷ đồng chiếm 8,8% về giá trị và 48 mặt hàng chiếm 4,6% số mặt hàng), nhóm thuốc đường tiêu hóa (hơn 17,1 tỷ đồng chiếm 8,6% về giá trị và 95 mặt hàng chiếm 9,2% số mặt hàng).

3.1.2. Cơ cấu các nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn

3.1.2.1 Cơ cấu các nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn



Biểu đồ 1. Cơ cấu các nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn theo số lượng mặt hàng cả ngành



Biểu đồ 2. Cơ cấu các nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn theo giá trị sử dụng cả ngành

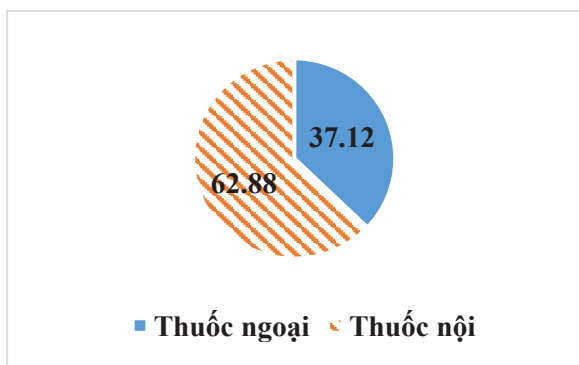
Nhận xét: Tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn của cả ngành sử dụng từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 là 198 mặt hàng với hơn 52,3 tỷ đồng. Trong đó, nhóm Beta-lactam có số mặt hàng nhiều nhất là 92 mặt hàng chiếm 46,5% tổng số và hơn 37,6 tỷ đồng chiếm 72,0% về giá trị.

3.1.2.2. Cơ cấu 5 thuốc nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng có giá trị sử dụng nhiều nhất

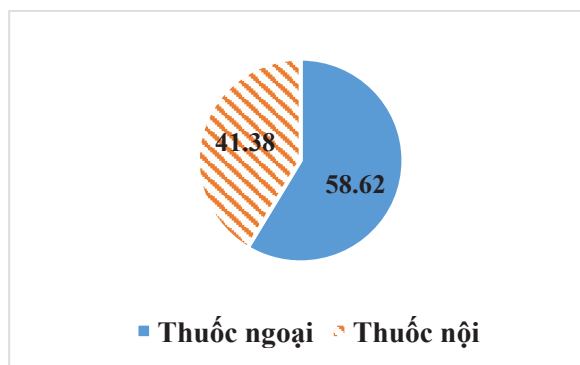
Nhận xét:

Cefalothin là kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1: Số lượng mặt hàng 03 chiếm 1,5 % tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn nhưng về giá trị hơn 7,4 tỷ đồng chiếm 14,3% tổng giá trị sử dụng của nhóm thuốc trên; Amoxicilin + Sulbactam là kháng sinh penicilin phối hợp với chất ức chế beta-lactamase: Số lượng mặt hàng 06 chiếm 3,0 % tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn nhưng về giá trị hơn 5,6 tỷ đồng chiếm 10,7% tổng giá trị sử dụng của nhóm thuốc trên; Cefoxitin là kháng sinh Cephalosporin thế hệ 2: Số lượng mặt hàng 02 chiếm 1,0 % tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn nhưng về giá trị hơn 3,9 tỷ đồng chiếm 7,6% tổng giá trị sử dụng của nhóm thuốc trên; Levofloxacin là kháng sinh nhóm Quinolon: Số lượng mặt hàng 09 chiếm 4,5% tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn, về giá trị hơn 3,3 tỷ đồng chiếm 6,5% tổng giá trị sử dụng của nhóm thuốc trên. Levofloxacin là một kháng sinh dự trữ, chỉ dùng khi các kháng sinh khác không đáp ứng điều trị được nữa. Do vậy, cần theo dõi chặt chẽ kháng kháng sinh; Amoxicilin là kháng sinh penicilin: Số lượng mặt hàng 7 chiếm 3,5% tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn, về giá trị hơn 3,1 tỷ đồng chiếm 5,9% tổng giá trị sử dụng của nhóm thuốc trên.

3.1.3. Cơ cấu danh mục thuốc theo nguồn gốc xuất xứ



Bảng 3. Cơ cấu DMT theo nguồn gốc xuất xứ theo số lượng mặt hàng cả ngành



Bảng 4. Cơ cấu DMT theo nguồn gốc xuất xứ theo giá trị sử dụng cả ngành

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng mặt hàng thuốc ngoại là 942 mặt hàng chiếm 37,12% ít hơn thuốc nội là 1.596 mặt hàng chiếm 62,88%. Nhưng về kinh phí sử dụng thì thuốc ngoại lại cao hơn với hơn 116,9 tỷ đồng chiếm 58,62% trong khi thuốc nội là 82,5 tỷ đồng chiếm 41,8%.

3.1.4. Cơ cấu danh mục thuốc theo tên biệt dược gốc và tên Generic

Kết quả cho thấy thuốc biệt dược gốc có số mặt hàng sử dụng là 121 mặt hàng chiếm 12,8% tổng số mặt hàng, giá trị sử dụng hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 12,7% tổng giá trị. Thuốc Generic có số mặt hàng sử dụng là 825 mặt hàng chiếm 87,2% tổng số mặt hàng, giá trị sử dụng hơn 162,8 tỷ đồng chiếm 87,3%.

3.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ 01/4/2018 đến 31/3/2019 qua phương pháp ABC/VEN

3.2.1. Phân tích ABC

Sử dụng thuốc của cả ngành: Các thuốc nhóm A gồm 158 mặt hàng chiếm 15,25% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 150 tỷ đồng chiếm 75,3% tổng giá trị. Các thuốc nhóm B gồm 165 mặt hàng chiếm 15,91% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 30,1 tỷ đồng chiếm 15,1% tổng giá trị. Các thuốc nhóm C gồm 714 mặt hàng chiếm 68,85% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 19,1 tỷ đồng chiếm 9,6% tổng giá trị.

Trong 158 thuốc nhóm A, 10 thuốc có giá trị sử dụng nhiều nhất chiếm 18,2% tổng giá trị sử dụng thuốc của cả ngành, chiếm 24,2% tổng giá trị sử dụng thuốc nhóm A.

- Cả ngành: Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất gồm 39 mặt hàng chiếm 24,7% tổng số mặt hàng và hơn 46,7 tỷ đồng chiếm 31,2% tổng giá trị. Đứng thứ hai là nhóm Hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết với 19 mặt hàng chiếm 12,0% tổng số mặt hàng và hơn 19,5 tỷ đồng chiếm 13,0% tổng giá trị. Nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp với 15 mặt hàng chiếm 9,5% tổng số mặt hàng và hơn 16,2 tỷ đồng chiếm 10,9% tổng giá trị. Nhóm thuốc tim mạch với 20 mặt hàng chiếm 12,7% tổng số mặt hàng và hơn 15,2 tỷ đồng chiếm 10,2% tổng giá trị.

3.2.2. Phân tích VEN

- Tỷ lệ thuốc N tại các bệnh viện tuyến huyện còn khá cao chiếm tỷ lệ từ 25,7% đến 36,5% tổng giá trị sử dụng thuốc của bệnh viện: Cao nhất là BVĐK huyện Nho Quan với hơn 4,6 tỷ đồng chiếm 36,5% tổng giá trị.

- Các bệnh viện chuyên khoa có tỷ lệ thuốc N thấp hơn thuốc V.

- BVĐK tỉnh tỷ lệ thuốc N (chiếm 11,2%) vẫn còn cao hơn thuốc V (chiếm 5,2%).

3.2.3. Phân tích ma trận ABC/VEN

- BVĐK tỉnh có tỷ lệ thuốc AN với 10 mặt hàng chiếm 1,9% tổng số mặt hàng và hơn 10,4 tỷ đồng chiếm 8,7% tổng giá trị sử dụng.

- Bệnh viện Tâm thần tỷ lệ thuốc AN với 1 mặt hàng chiếm 2,1% tổng số mặt hàng và hơn 155 triệu chiếm 6,0% tổng giá trị sử dụng.

- Bệnh viện Sản nhi, bệnh viện Mắt và bệnh viện Phổi không sử dụng thuốc nhóm AN.

Tại các bệnh viện tuyến huyện tỷ lệ sử dụng thuốc nhóm AN cao: BVĐK huyện Kim Sơn: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 14 mặt hàng chiếm 6,8% tổng số mặt hàng và hơn 2,9 tỷ đồng chiếm 26,2% tổng giá trị sử dụng; BVĐK huyện Nho Quan: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 26 mặt hàng chiếm 8,7% tổng số mặt hàng và hơn 3,8 tỷ đồng chiếm 30,3% tổng giá trị sử dụng; TTYT huyện Yên Khánh: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 13 mặt hàng chiếm 8,1% tổng số mặt hàng và hơn 1,1 tỷ đồng chiếm 18,9% tổng giá trị sử dụng; TTYT huyện Yên Mô: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 22 mặt hàng chiếm 8,3% tổng số mặt hàng và hơn 1,3 tỷ đồng chiếm 18,5% tổng giá trị sử dụng; TTYT huyện Hoa Lư: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 17 mặt hàng chiếm 7,3% tổng số mặt hàng và hơn 444 triệu đồng chiếm 26,2% tổng giá trị sử dụng; TTYT huyện Gia Viễn: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 14 mặt hàng chiếm 9,0% tổng số mặt hàng và hơn 1,0 tỷ đồng chiếm 26,9% tổng giá trị sử dụng; TTYT TP Tam Điệp: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 13 mặt hàng chiếm 8,0% tổng số mặt hàng và hơn 844 triệu đồng chiếm 30,1% tổng giá trị sử dụng; TTYT TPNB: tỷ lệ thuốc nhóm AN với 9 mặt hàng chiếm 6,8% tổng số mặt hàng và hơn 1,5 tỷ đồng chiếm 24,6% tổng giá trị sử dụng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019

4.1.1. Về giá trị sử dụng thuốc của từng cơ sở y tế so với giá trị sử dụng thuốc của cả ngành y tế

Tổng giá trị sử dụng thuốc của cả ngành từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 là 199.574.587.000 đồng, trong đó, giá trị tiền thuốc sử dụng của BVĐK tỉnh Ninh Bình là cao nhất với hơn 119 tỷ đồng chiếm tỷ lệ **59,64%** tổng tiền thuốc sử dụng của cả ngành.

4.1.2. Về cơ cấu thuốc theo nhóm tác dụng dược lý

Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ trọng lớn nhất: Cả ngành với hơn 54,3 tỷ đồng chiếm 27,2% về giá trị và có 198 mặt hàng chiếm 19,1% về số mặt hàng.

Trong tổng số mặt hàng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn của cả ngành sử dụng từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 là 198 mặt hàng với hơn 52,3 tỷ đồng. Trong đó, nhóm Beta-lactam có số mặt hàng nhiều nhất là 92 mặt hàng chiếm 46,5% tổng số và hơn 37,6 tỷ đồng chiếm 72,0% về giá trị. Cũng tương đồng với các bệnh viện trong cả ngành.

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An năm 2016 của tác giả Lương Quốc Tuấn các nhóm thuốc có giá trị sử dụng lớn nhất cũng là nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (38,74%), thuốc tim mạch (13,83%), thuốc đường tiêu hóa (9,48%) [7].

Sử dụng kháng sinh luôn là một vấn đề được quan tâm đặc biệt tại các bệnh viện do Việt Nam nằm trong vùng có khí hậu nóng, ẩm, mô hình bệnh tật tại nước ta nói chung và các bệnh viện nói riêng chiếm tỷ lệ lớn các bệnh nhiễm khuẩn. Ngoài ra, nhóm thuốc này cần sử dụng trong nhiều trường hợp khác như dự phòng nhiễm khuẩn trước và sau phẫu thuật, tai nạn thương tích bắt buộc phải sử dụng kháng sinh... Tuy nhiên, bên cạnh đó cũng cần xem xét thêm tình trạng lạm dụng kháng sinh tại các bệnh viện. Trong tình hình thực tế tại các bệnh viện huyện không có đủ chi phí và nhân lực để làm kháng sinh đồ, việc sử dụng kháng sinh chủ yếu dựa vào kinh nghiệm điều trị và thói quen của các bác sỹ, còn thiếu các hướng dẫn và quy định chặt chẽ cho việc sử dụng kháng sinh. Điều này dễ làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh trong các bệnh viện, do đó, cần sự quan tâm sâu sắc của các bệnh viện, đặc biệt cần nâng cao vai trò của công tác dược lâm sàng trong các bệnh viện.

Nhóm tim mạch đứng thứ hai: Cả ngành với hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 11,8% về giá trị và 127 mặt hàng chiếm 12,2% số mặt hàng và nhóm hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết đứng thứ ba với hơn 21,8 tỷ đồng chiếm 11,0% về giá trị và 66 mặt hàng chiếm 6,4% số mặt hàng.

Kết quả này cũng tương đồng với các bệnh viện trên toàn quốc. Điều này cho thấy gánh nặng từ các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, tiểu đường... ngày càng gia tăng, đúng như nhận định của Bộ Y tế: “Mô hình bệnh tật của Việt Nam hiện nay đang ở trong giai đoạn chuyển tiếp dịch tễ học. Các bệnh lây nhiễm, suy dinh dưỡng vẫn ở mức khá cao trong khi nhóm bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích tăng nhanh”.

4.1.3. Về cơ cấu thuốc theo nguồn gốc xuất xứ

Kết quả nghiên cứu sử dụng thuốc của cả ngành cho thấy số lượng mặt hàng thuốc ngoại là 942 mặt hàng chiếm 37,12% ít hơn thuốc nội là 1.596 mặt hàng chiếm 62,88%. Nhưng về kinh phí sử dụng thì thuốc ngoại lại cao hơn với hơn 116,9 tỷ đồng chiếm 58,62% trong khi thuốc nội là 82,5 tỷ đồng chiếm 41,8%.

So sánh kết quả nghiên cứu với các bệnh viện khác trên toàn quốc, tại BVĐK tỉnh Bình Dương năm 2015: Thuốc nhập khẩu có 387 khoản mục (52,2%), nhưng có giá trị sử dụng chiếm 82% cao hơn rất nhiều lần so với giá trị sử dụng của thuốc nội (18%) [5].

Ngày 03/12/2012, Bộ Y tế đã ban hành Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam” nhằm nâng cao nhận thức của người dân và cán bộ y tế trong việc sử dụng thuốc sản xuất tại Việt Nam qua đó góp phần tăng tỷ lệ sử dụng thuốc sản xuất tại Việt Nam có chất lượng tại các cơ sở y tế và trong cộng đồng, đồng thời thúc đẩy ngành sản xuất, kinh doanh dược Việt Nam phát triển [3]. Với ưu điểm là giá thành rẻ, chất lượng ngày càng được nâng

cao, đa dạng về mẫu mã, chủng loại thuốc sản xuất trong nước hiện nay đã phần lớn đáp ứng được yêu cầu điều trị tại các cơ sở y tế. Bên cạnh đó, trong các thuốc ngoại nhập, ngoài các thuốc được sản xuất từ các nước tham gia EMA, ICH, PIC/S đã được chứng minh hiệu quả, còn một tỷ lệ lớn các thuốc được sản xuất từ các nước chưa tham gia vào EMA, ICH, PIC/S như: Ấn Độ, Hàn Quốc, Trung Quốc. Các thuốc này có giá thành rất cao nhưng chất lượng lại chưa được khẳng định.

4.1.4. Về cơ cấu thuốc theo tên biệt dược gốc và tên Generic

Bên cạnh cơ cấu thuốc nội, thuốc ngoại thì lựa chọn thuốc biệt dược gốc hay thuốc theo tên generic cũng rất được quan tâm. Kết quả nghiên cứu cho thấy thuốc theo tên biệt dược gốc chiếm 12,8% tổng số mặt hàng và 12,7% tổng giá trị.

Theo nghiên cứu tại bệnh viện Bắc Kạn năm 2014, thuốc biệt dược gốc chiếm 7,2% về số mặt hàng và 4,5% về giá trị [6].

Một nghiên cứu khác tại bệnh viện Trung ương Huế năm 2015, thuốc biệt dược gốc chiếm 21,5% số mặt hàng và 22,86% về giá trị [4].

Trong kết quả nghiên cứu, BVĐK tỉnh Ninh Bình thuốc biệt dược gốc chiếm 16,9% tổng số mặt hàng và 9,8% tổng giá trị. Tại một số bệnh viện chuyên khoa: Bệnh viện Mắt thuốc biệt dược gốc chiếm 23,8% tổng số mặt hàng và **57,4%** tổng giá trị, bệnh viện Phổi chiếm 22,5% tổng số mặt hàng và **62,5%** tổng giá trị. Trong khi đó, tại các bệnh viện tuyến huyện tỷ lệ sử dụng thuốc biệt dược gốc thấp từ 0,2% (TTYT TPNB) đến 13,9% (TTYT TP Tam Điệp).

Điều này cho thấy khuynh hướng sử dụng thuốc tại các BVĐK chủ yếu ưu tiên sử dụng các thuốc Generic, trong khi đó tại các bệnh viện chuyên khoa lại sử dụng tỷ lệ thuốc biệt dược gốc cao.

4.1.5. Về cơ cấu thuốc theo đường dùng

Kết quả nghiên cứu danh mục thuốc sử dụng của cả ngành, số mặt hàng thuốc dùng theo đường uống chiếm tỷ lệ cao nhất với 619 mặt hàng chiếm 59,7% sau đó là thuốc tiêm với 308 mặt hàng chiếm 29,7%, thấp nhất là thuốc theo đường khác với 110 mặt hàng chiếm 10,6%. Nhưng về giá trị: thuốc tiêm chiếm tỷ lệ cao nhất với hơn 99,7 tỷ đồng chiếm 50,0%, thuốc đường uống với hơn 85,3 tỷ đồng chiếm 42,8% và thuốc theo các đường dùng khác chỉ với 14,3 tỷ đồng chiếm 7,2%.

Một nghiên cứu phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2016: thuốc đường tiêm truyền có 270 mặt hàng chiếm 41,35% tổng số mặt hàng và chiếm 77,98% về giá trị, thuốc đường uống chiếm 50,84% về số mặt hàng và 19,32% về giá trị [7].

Theo thông tư 23/2011/TT-BYT quy định chỉ dùng đường tiêm khi người bệnh không uống được thuốc hoặc khi sử dụng thuốc theo đường uống không đáp ứng được yêu cầu điều trị hoặc với thuốc chỉ dùng đường tiêm. Thuốc đường tiêm có giá thành cao hơn các đường khác do quy trình sản xuất đòi hỏi khắt khe hơn (độ vô khuẩn, độ tinh khiết, độ tan,...) chi phí bao bì cũng cao hơn. Ưu điểm của thuốc tiêm là không bị phá hủy bởi dịch vị, dịch ruột, mật, men gan, tác dụng tương đối nhanh, đặc biệt là thuốc tiêm tĩnh mạch, tiêm truyền, thuốc được đưa thẳng vào hệ tuần hoàn. Tuy nhiên đường tiêm cũng làm tăng nguy cơ tai biến và chi phí điều trị. Do đó, các bệnh viện cần hạn chế sử dụng đường tiêm khi đường uống vẫn còn có thể đáp ứng được yêu cầu điều trị.

4.2. Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 qua phương pháp ABC/VEN

4.2.1. Cơ cấu danh mục thuốc theo phân tích ABC

Kết quả nghiên cứu danh mục thuốc sử dụng của cả ngành: Các thuốc nhóm A gồm 158 mặt hàng chiếm 15,25% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 150 tỷ đồng chiếm 75,3% tổng giá trị. Các thuốc nhóm B gồm 165 mặt hàng chiếm 15,91% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 30,1 tỷ đồng chiếm 15,1% tổng giá trị. Các thuốc nhóm C gồm 714 mặt hàng chiếm 68,85% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 19,1 tỷ đồng chiếm 9,6% tổng giá trị.

Nghiên cứu tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An năm 2016: Số lượng thuốc nhóm A có giá trị sử dụng hơn 126 tỷ (chiếm 79,98% tổng giá trị sử dụng) với 127 mặt hàng (chiếm

19,45% số mặt hàng); nhóm B chiếm 15,02% tổng giá trị sử dụng với 152 mặt hàng và nhóm C có giá trị sử dụng 7,9 tỷ đồng (chiếm 5% tổng giá trị sử dụng) và chiếm 57,72% số khoản mục [7].

Trong 158 thuốc nhóm A, 10 thuốc có giá trị sử dụng nhiều nhất chiếm 18,2% tổng giá trị sử dụng thuốc của cả ngành, chiếm 24,2% tổng giá trị sử dụng thuốc nhóm A, cần xem xét sử dụng cho hợp lý:

- Thuốc đường hô hấp: Salbutamol 0,5mg/ 1ml (ngoại) được sử dụng nhiều nhất với hơn 5,8 tỷ đồng chiếm 2,92% tổng giá trị sử dụng; Seretide Evohaler DC 25/250mcg 120d (Salmeterol + Fluticason propionate) 25mcg + 250 mcg với hơn 3,8 tỷ đồng chiếm 1,92% tổng giá trị sử dụng. Đây đều là 2 thuốc ngoại giá thành cao, vì vậy, cần xem xét sử dụng thuốc có giá thành hợp lý hơn để giảm chi phí sử dụng thuốc.

- 03 kháng sinh cũng chiếm tỷ lệ cao gồm 02 thuốc thuộc nhóm Cephalosporin: Cephalothin 2g với hơn 4,4 tỷ đồng chiếm 2,24% tổng giá trị sử dụng và Cefoxitin Panpharma (Cefoxitin) 1g hơn 2,6 tỷ đồng chiếm 1,31% tổng giá trị sử dụng. 02 loại kháng sinh Cephalothin 2g và Vimotram (Amoxicilin + Sulbactam) 1000mg+500mg là thuốc nội tuy nhiên giá thành cao, cần xem xét sử dụng thuốc giá thành hợp lý để giảm chi phí sử dụng thuốc.

4.2.2. Cơ cấu danh mục thuốc theo phương pháp phân tích VEN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tại BVĐK tỉnh tỷ lệ thuốc N (chiếm 11,2%) vẫn còn cao hơn thuốc V (chiếm 5,2%); Tại các bệnh viện tuyến huyện tỷ lệ thuốc N còn khá cao chiếm tỷ lệ từ 25,7% đến 36,5% tổng giá trị sử dụng thuốc của bệnh viện (Cao nhất là BVĐK huyện Nho Quan với hơn 4,6 tỷ đồng chiếm 36,5% tổng giá trị); Các bệnh viện chuyên khoa có tỷ lệ thuốc N thấp hơn thuốc V.

Kết quả nghiên cứu tại BVĐK Trung ương Quảng Nam năm 2017, nhóm thuốc V chiếm tỷ trọng cao nhất về cả số mặt hàng và giá trị, với 387 mặt hàng (50,65%) và chiếm hơn 19 tỷ đồng (56,55%), nhóm E xếp thứ 2 với 361 mặt hàng (47,25%) và hơn 13 tỷ đồng (39,25%), nhóm N có 16 mặt hàng (2,09%) và hơn 1,4 tỷ đồng (4,2%) [8].

Tại các bệnh viện công lập trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình, tỷ lệ sử dụng các thuốc nhóm N còn tương đối cao. Do vậy, HĐT&ĐT của các bệnh viện cần định kỳ tiến hành phân loại DMT bệnh viện theo VEN hàng năm, bám sát theo hướng dẫn phân loại VEN của WHO và Bộ Y tế để hướng tới quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện hợp lý, hiệu quả và tiết kiệm chi phí hơn.

4.2.3. Ma trận ABC/VEN

Tại BVĐK tỉnh và 08 bệnh viện tuyến huyện có tỷ lệ sử dụng các thuốc AN còn cao: BVĐK tỉnh với 10 mặt hàng chiếm 1,9% tổng số mặt hàng và hơn 10,4 tỷ đồng chiếm 8,7% tổng giá trị sử dụng; BVĐK huyện Kim Sơn với 14 mặt hàng chiếm 6,8% tổng số mặt hàng và hơn 2,9 tỷ đồng chiếm 26,2% tổng giá trị sử dụng; BVĐK huyện Nho Quan với 26 mặt hàng chiếm 8,7% tổng số mặt hàng và hơn 3,8 tỷ đồng chiếm 30,3% tổng giá trị sử dụng;.....

Trong khi đó, tại 04 bệnh viện chuyên khoa: 03 bệnh viện không sử dụng nhóm thuốc AN (Bệnh viện Sản nhi, bệnh viện Mắt, bệnh viện Phổi); 01 bệnh viện có sử dụng thuốc AN nhưng chiếm tỷ lệ sử dụng không quá cao với 1 mặt hàng chiếm 2,1% tổng số mặt hàng và hơn 155 triệu chiếm 6,0% tổng giá trị sử dụng (Bệnh viện Tâm thần).

Theo nghiên cứu tại BVĐK Trung ương Quảng Nam năm 2017: giá trị nhóm AV chiếm tỷ trọng lớn nhất (7,2% số mặt hàng, 44,95% giá trị), nhóm AE (6,02% số mặt hàng, 25,95% giá trị), nhóm AN (4,05% về giá trị) [8].

Cho thấy, tại các bệnh viện công lập trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình tỷ lệ sử dụng thuốc nhóm AN còn tương đối cao. Các bệnh viện có tỷ lệ sử dụng thuốc AN cao cần xem xét lại việc sử dụng các thuốc nhóm AN, hạn chế sử dụng đến loại bỏ các thuốc nhóm AN trong DMT sử dụng tại bệnh viện để giảm chi phí sử dụng thuốc.

V. KẾT LUẬN

5.1. Cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019

Danh mục thuốc sử dụng cả ngành từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2018 gồm 1037 khoản mục thuốc với hơn 199,5 tỷ đồng.

Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ trọng lớn nhất với hơn 54,3 tỷ đồng chiếm 27,2% về giá trị và có 198 mặt hàng chiếm 19,1% về số mặt hàng, nhóm tim mạch (hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 11,8% về giá trị và 127 mặt hàng chiếm 12,2% số mặt hàng), nhóm hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết (hơn 21,8 tỷ đồng chiếm 11,0% về giá trị và 66 mặt hàng chiếm 6,4% số mặt hàng), nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp (hơn 17,4 tỷ đồng chiếm 8,8% về giá trị và 48 mặt hàng chiếm 4,6% số mặt hàng), nhóm thuốc đường tiêu hóa (hơn 17,1 tỷ đồng chiếm 8,6% về giá trị và 95 mặt hàng chiếm 9,2% số mặt hàng).

Thuốc ngoại với 942 mặt hàng chiếm 37,12% và hơn 116,9 tỷ đồng chiếm 58,62%. Thuốc nội là 1.596 mặt hàng chiếm 62,88% với hơn 82,5 tỷ đồng chiếm 41,8%.

Thuốc biệt dược gốc có số mặt hàng sử dụng là 121 mặt hàng chiếm 12,8% tổng số mặt hàng, giá trị sử dụng hơn 23,5 tỷ đồng chiếm 12,7% tổng giá trị. Thuốc Generic có số mặt hàng sử dụng là 825 mặt hàng chiếm 87,2% tổng số mặt hàng, giá trị sử dụng hơn 162,8 tỷ đồng chiếm 87,3%.

Qua phân tích về cơ cấu danh mục thuốc sử dụng của cả ngành từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 có một số điểm hợp lý và bất hợp lý như sau:

Các bệnh về nhiễm khuẩn, tỷ lệ kháng kháng sinh vẫn là một vấn đề và thách thức to lớn trong công tác khám, chữa bệnh của các bệnh viện. Đòi hỏi sự vào cuộc của cả ngành y tế, trong đó, các bệnh viện cần nâng cao chú trọng phát triển công tác Dược Lâm sàng để có được sự lựa chọn sử dụng kháng sinh an toàn, hiệu quả, hợp lý về chất lượng và cả chi phí, giảm mức độ kháng kháng sinh trên toàn tỉnh.

Các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, tiểu đường... ngày càng gia tăng. Đòi hỏi sự lựa chọn thuốc cho người bệnh cần sự phù hợp để giảm thiểu tối đa chi phí sử dụng thuốc cho các bệnh mãn tính nhưng vẫn đáp ứng về an toàn, hiệu quả điều trị.

Thuốc ngoại vẫn còn chiếm tỷ lệ cao, chưa phù hợp với đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam” của Bộ Y tế đã đề ra.

Tỷ lệ thuốc biệt dược gốc thấp, cho thấy các bệnh viện đã ưu tiên lựa chọn sử dụng các thuốc Generic vẫn đáp ứng điều trị nhưng giá thành hợp lý hơn.

5.2. Đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2019 qua phương pháp ABC/VEN

Qua phân tích danh mục thuốc sử dụng của cả ngành và của từng bệnh viện theo phương pháp ABC/VEN, đã cho thấy:

Cả ngành: Các thuốc nhóm A gồm 158 mặt hàng chiếm 15,25% tổng số mặt hàng sử dụng và giá trị sử dụng hơn 150 tỷ đồng chiếm 75,3% tổng giá trị.

Trong nhóm A có tỷ lệ thuốc ngoại cao với hơn 94,5 tỷ chiếm 63,1% tổng giá trị sử dụng thuốc nhóm A và 96 mặt hàng chiếm 60,8% tổng số mặt hàng.

Phân tích cơ cấu danh mục thuốc nhóm A theo tác dụng dược lý và đường dùng cũng cho kết quả tương tự như phân tích danh mục thuốc của cả ngành và của từng bệnh viện.

Tại BVĐK tỉnh tỷ lệ thuốc N (chiếm 11,2%) vẫn còn cao hơn thuốc V (chiếm 5,2%); Tại các bệnh viện tuyến huyện tỷ lệ thuốc N còn khá cao chiếm tỷ lệ từ 25,7% đến 36,5% tổng giá trị sử dụng thuốc của bệnh viện (Cao nhất là BVĐK huyện Nho Quan với hơn 4,6 tỷ đồng chiếm 36,5% tổng giá trị); Các bệnh viện chuyên khoa có tỷ lệ thuốc N thấp hơn thuốc V.

VI. KIẾN NGHỊ

6.1. Đối với các cơ sở y tế công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Ninh Bình

Thường xuyên rà soát DMT, phân tích tình hình sử dụng thuốc dựa trên các công cụ phân tích ABC/VEN, nhóm điều trị để kịp thời phát hiện các vấn đề trong sử dụng thuốc, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp, tránh tình trạng lạm dụng kháng sinh và các thuốc hỗ trợ điều trị.

Trong quá trình xây dựng DMT của bệnh viện, HDT&ĐT cần dựa trên báo cáo đánh giá sử dụng thuốc của các năm trước và các tiêu chí lựa chọn, bổ sung, loại bỏ thuốc khỏi danh mục đã được HDT&ĐT đề ra, mô hình bệnh tật của từng bệnh viện để đưa ra được DMT chính xác và phù hợp nhất với từng bệnh viện.

Một số thuốc nhập khẩu có trong danh mục Thông tư 10/2016/TT-BYT, có thể thay thế bằng thuốc sản xuất trong nước.

Trong tình hình thực tế tại các bệnh viện huyện không có đủ chi phí và nhân lực để làm kháng sinh đồ, việc sử dụng kháng sinh chủ yếu dựa vào kinh nghiệm điều trị và thói quen của các bác sỹ, cần xây dựng các hướng dẫn và quy định chặt chẽ cho việc sử dụng kháng sinh để tránh lạm dụng kháng kháng sinh. Mặt khác, các bệnh viện cần nâng cao vai trò của dược sỹ được lâm sàng trong tư vấn sử dụng và lựa chọn sử dụng thuốc trong bệnh viện.

Cần cập nhật mô hình bệnh tật làm cơ sở xây dựng danh mục thuốc và giám sát sử dụng thuốc hợp lý.

Cần nhắc việc sử dụng thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu; các thuốc hỗ trợ cho điều trị một cách hợp lý, tránh lạm dụng các loại thuốc này để tiết kiệm ngân sách sử dụng thuốc.

Ưu tiên sử dụng thuốc nội để tiết kiệm ngân sách, phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh, góp phần vào công cuộc phát triển ngành công nghiệp Dược của nước nhà.

Để làm giảm các thuốc nhóm AN hiện nay đang rất lớn, Hội đồng thuốc và điều trị cần đưa ra những hướng dẫn điều trị các trường hợp cần thiết phải sử dụng nhóm này.

6.2. Đối với Sở Y tế tỉnh Ninh Bình

Đẩy mạnh công tác chỉ đạo, kiểm tra, giám sát việc mua sắm, sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế. Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014.

2. **Bộ Y tế** (2013), *Thông tư quy định về tổ chức và hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện*, số 21/2013/TT- BYT ngày 08/08/2013

3. **Bộ Y tế** (2012), *Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”*.

4. **Nguyễn Nhật Kỳ, Nguyễn Thanh Bình, Phạm Trí Dũng** (2017), *Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2015*, Tạp chí Y – dược học Quân sự số 8-2017.

5. **Đoàn Thanh Lam** (2018), *Phân tích cơ cấu thuốc đã sử dụng tại BVĐK huyện Nghi Lộc, Nghệ An năm 2016*, Luận án dược sĩ chuyên khoa II.

6. **Phạm Thị Bích Hằng** (2015), *Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại BVĐK tỉnh Bắc Kạn năm 2014*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa I.

7. **Lương Quốc Tuấn** (2018), *Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An năm 2016*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp II.

8. **Nguyễn Thị Thanh Thủy** (2019), *Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại BVĐK*

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA HỌC SINH - SINH VIÊN VỀ MỘT SỐ LĨNH VỰC PHỤC VỤ ĐÀO TẠO CỦA TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ NINH BÌNH NĂM HỌC 2023 - 2024

Nguyễn Thị Châu Giang¹, Trần Đình Thanh, Tạ Thị Thu Thủy

TÓM TẮT

Kết quả nghiên cứu để tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của học sinh sinh viên (HSSV) với một số lĩnh vực hỗ trợ đào tạo của trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình hiện nay để từ đó tìm hiểu những hạn chế và phân tích các nguyên nhân, những vấn đề cần rút kinh nghiệm và định hướng cho công tác phục vụ hoạt động đào tạo của nhà trường những năm tiếp theo của nhà trường. Dữ liệu thu thập được từ 232 HSSV (trong đó Hình thức đào tạo chính quy 129 HSSV chiếm 55.6%; Hình thức đào tạo liên thông 103 HSSV chiếm 44.4%). Đã sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích, kết quả nghiên cứu cho thấy có 08 yếu tố của chất lượng đào tạo ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của HSSV gồm: Về chất lượng dịch vụ đào tạo; công tác giảng dạy; đối với hoạt động của phòng Đào tạo; hoạt động của phòng Khảo thí và Kiểm định chất lượng; hoạt động của phòng công tác HSSV; hoạt động của đội ngũ giáo viên chủ nhiệm; cơ sở vật chất của nhà trường; hoạt động của đoàn thể, phòng, tổ khác trong trường. Trong 8 yếu tố đó đều ảnh hưởng thuận chiều đến mức độ hài lòng chung.

Từ khóa: Sự hài lòng của HSSV; lĩnh vực hỗ trợ đào tạo; Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xu hướng hiện nay, với quan điểm xem giáo dục như một dịch vụ và HSSV như một khách hàng thì vai trò của HSSV ngày càng quan trọng trong công cuộc nâng cao chất lượng đào tạo vì HSSV có thể cung cấp thông tin phản hồi nhằm giúp người quản lý có thể điều chỉnh các hành vi nhằm nâng cao chất lượng các hoạt động đào tạo tại trường. Chính vì thế, chất lượng phải được đánh giá bởi chính những khách hàng đang sử dụng chứ không phải theo những tiêu chuẩn kỹ thuật, số lượng ... hoặc quy định nào. Trong lĩnh vực giáo dục việc đánh giá chất lượng dịch vụ qua ý kiến của khách hàng, trong đó khách hàng trọng tâm đang trở nên hết sức cần thiết.

Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình từ khi được thành lập đến nay, luôn nhận được sự lãnh đạo, chỉ đạo và tạo điều kiện thuận lợi của lãnh đạo cấp trên về thực hiện các nhiệm vụ chính trị trong đó có công tác đào tạo. Trong hoạt động đào tạo và chất lượng đào tạo của Trường đã và đang tổ chức thực hiện nhiều sáng tạo, nhiều đổi mới trong quy trình quản lý từ đó đã mang lại hiệu quả thiết thực đối với sự nghiệp đào tạo của nhà Trường góp phần không nhỏ cho sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe của nhân dân của Y tế địa phương và không ngừng củng cố, nâng cao uy tín, vị thế của nhà Trường.

Để đánh giá sự hài lòng của HSSV với một số lĩnh vực hỗ trợ đào tạo của trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình hiện nay từ đó tìm ra hạn chế, nguyên nhân của hạn chế, những vấn đề cần rút kinh nghiệm giúp cho Trường có những điều chỉnh hợp lý nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu của HSSV nhằm định hướng cho công tác phục vụ hoạt động đào tạo của Trường những năm tiếp theo. Đề tài “*Khảo sát sự hài lòng của học sinh - sinh viên về một số lĩnh vực phục vụ đào tạo của Trường cao đẳng y tế Ninh Bình năm học 2023 -2024*” được thực hiện nhằm giúp cho Trường Cao đẳng Y tế tỉnh Ninh Bình có cơ sở khoa học nhằm nâng cao chất lượng đào tạo.

Cơ sở lý luận một số lĩnh vực phục vụ đào tạo

Chất lượng giảng viên: Chất lượng giảng viên đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng đào tạo tại các trường đại học, cao đẳng; giảng viên có kiến thức chuyên môn vững vàng, kỹ năng giảng dạy tốt, sử dụng các phương pháp giảng dạy hiệu quả, có tính chuyên nghiệp, thường xuyên cập nhật kiến thức mới ... tạo sự tương tác giúp HSSV tiếp cận được các kiến thức mới nhất và phản hồi về kết quả học tập. Theo một số tác giả như Yawson and Amoako (2011), Aziz et al. (2012), Alqurashi (2019) và Woon et al. (2019), chất lượng giảng

¹ Nguyễn Thị Châu Giang, QLĐT-QLKH, CDYT Ninh Bình,
Email: nguyengiangytnb@gmail.com, SĐT: 0915465352

viên là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự hài lòng của HSSV đến chất lượng đào tạo [1].

Chương trình đào tạo: Chương trình đào tạo là nhân tố rất quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng đào tạo HSSV tại trường đại học, cao đẳng. Nội dung giảng dạy cần được cập nhật thường xuyên; thời lượng học tập cần được đảm bảo phù hợp với các yêu cầu đào tạo, đồng thời đảm bảo HSSV có thời gian để nghiên cứu, học tập và tham gia các hoạt động ngoại khóa. Theo các tác giả Yawson and Amoako (2011), Aziz et al. (2012), Nguyễn (2013), Quý và ctv. (2015), Tahir and Othman (2017), Alqurashi (2019), chương trình đào tạo ảnh hưởng đến sự hài lòng của HSSV về chất lượng đào tạo [1].

Nguồn lực công nghệ thông tin: Công nghệ thông tin hỗ trợ đắc lực trong việc đào tạo cho HSSV hiện nay. Cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin như: hệ thống mạng, phần mềm, phần cứng, phòng máy tính... là yếu tố cơ bản để đảm bảo việc giảng dạy và học tập. Theo Arreola-Risa (2007) nguồn tài nguyên thư viện và dịch vụ hỗ trợ HSSV trong học tập có ảnh hưởng đến sự hài lòng của HSSV về chất lượng đào tạo. Hiện nay, trong thời đại cuộc CMCN 4.0 thì tài liệu học tập và hỗ trợ HSSV phần lớn phụ thuộc vào nguồn lực công nghệ thông tin [2].

Sự hài lòng trong các trường đại học, cao đẳng, cao đẳng tại Việt Nam.

* *Sự hài lòng của khách hàng:* Sự hài lòng là mức độ của trạng thái cảm giác của một người bắt nguồn từ việc so sánh kết quả thu được từ sản phẩm/dịch vụ với những kỳ vọng của người đó. Như vậy, khi khách hàng cảm thấy hài lòng với một sản phẩm, nghĩa là lúc đó mức độ thỏa mãn nhu cầu thực tế từ việc sử dụng sản phẩm lớn hơn, hoặc bằng mức độ thỏa mãn nhu cầu mong đợi từ sản phẩm. Mức độ hài lòng của khách hàng được xác định bởi khoảng cách giữa mức độ thỏa mãn thực tế và mức độ thỏa mãn mong đợi. Khoảng cách đó càng lớn thì sự hài lòng hoặc không hài lòng sẽ càng lớn và ngược lại (Philip Kotler, 2001).

* *Các nghiên cứu về sự hài lòng trong các trường đại học, cao đẳng, cao đẳng tại Việt Nam:* Kết quả nghiên cứu cho thấy sự hài lòng của học sinh sinh viên các trường đại học cao đẳng gồm có các nhân tố như Chương trình học, Đội ngũ giảng viên, Cơ sở vật chất, Quản lý và phục vụ đào tạo, Hình ảnh; trong đó, nhân tố Hình ảnh là nhân tố có tác động lớn nhất, Cơ sở vật chất là nhân tố ảnh hưởng thấp nhất [3]; theo Trường ĐH Tun Abdul Razzak, Malaysia nhân tố ảnh hưởng mạnh nhất đến sự hài lòng là nội dung khóa học, phương pháp giảng dạy, cơ sở vật chất và ảnh hưởng thấp nhất là giảng viên. Trong nghiên cứu này đã sử dụng 8 yếu tố: hoạt động phòng Đào tạo, phòng Thanh tra – Khảo thí và KĐCL, phòng Quản lý HSSV, một số phòng, tổ, giáo viên chủ nhiệm, cơ sở vật chất, hoạt động ngoại khóa, kết quả đạt được để mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của HSSV [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình
- Thời gian nghiên cứu: từ 09/2023 đến 4/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh, sinh viên trung cấp, cao đẳng hệ chính quy và liên thông hiện đang theo học tại Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình đồng ý tham gia nghiên cứu. Gồm: 361 học sinh - sinh viên (Điều dưỡng 134 học sinh, sinh viên; Dược 164 học sinh, sinh viên và Y sĩ 63 học sinh - sinh viên).

Tiêu chuẩn loại trừ: Học sinh - sinh viên vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin: thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu (bộ câu hỏi soạn sẵn) để thu thập số liệu học sinh - sinh viên.

2.3.3. *Biến số và chỉ số nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Sự hài lòng của HSSV đối với một số lĩnh vực phục vụ đào tạo của trường. Tiêu chuẩn đánh giá: bằng việc sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ (1. Rất không hài lòng, 2. Không hài lòng, 3. Không chắc chắn, 4. Hài lòng, 5. Rất hài lòng) được mã hóa thành 2 nhóm: chưa hài lòng với điểm < 4 và hài lòng với điểm > 4 đối với từng tiểu mục. Số liệu được thu thập với hình thức phát vấn thông qua Bộ câu hỏi được nhóm nghiên cứu chuẩn bị. (1). Yếu tố hài lòng về hoạt động Giảng dạy của giảng viên; (2). Yếu tố hài lòng về hoạt động phòng Đào tạo; (3). Yếu tố hài lòng về hoạt động Tổ Khảo thí và KĐCL (4) Yếu tố hài lòng về hoạt động phòng Quản lý HSSV (5) Yếu tố hài lòng về hoạt động của đội ngũ giáo viên chủ nhiệm; (6) Yếu tố hài lòng về Cơ sở vật chất (7) Yếu tố hài lòng về hoạt động của đoàn thể và các phòng, tổ khác.

- Yếu tố liên quan đến sự hài lòng của HSSV đối với công tác giảng dạy và một số lĩnh vực phục vụ hoạt động đào tạo.

2.3.4. *Đạo đức nghiên cứu*

- Trong quá trình điều tra đối tượng được thông báo mục đích và nội dung nghiên cứu để họ tự nguyện tham gia hay từ chối tham gia.

- Sự tham gia của tất cả các đối tượng vào nghiên cứu hoàn toàn mang tính tự nguyện và mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Các dữ liệu, thông tin thu thập trong các báo cáo được cam kết dùng cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ một mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu và những ý kiến đề xuất sẽ sử dụng trong mục đích cải thiện và nâng cao chất lượng hoạt động khoa học - công nghệ tại trường. Sau khi điều tra xong các điều tra viên sẵn sàng tư vấn cho đối tượng tham gia phỏng vấn.

2.3.5. *Phân tích và xử lý số liệu:* Nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ %, điểm trung bình + SD. Kiểm định các mối tương quan bằng kiểm định test χ^2 với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 *Kết quả nghiên cứu s*

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm: (1) Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ đào tạo (Trung cấp 44 học sinh chiếm 18,9%; Cao đẳng 183 học sinh chiếm 80,9%); Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hình thức đào tạo (Đào tạo chính quy 129 HSSV/232 HSSV chiếm 55,6%; Đào tạo liên thông 103 HSSV chiếm 44,4%); Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (Giới tính nữ 173 HSSV chiếm 74,6%; Giới tính nam 59 HSSV chiếm 25,4%); (2) Phân bố đối tượng nghiên cứu theo ngành học (Ngành Điều dưỡng có 118 HSSV chiếm 50,9%; Ngành Dược có 70 HSSV chiếm 30,4%; Ngành Y sĩ có 44 HS chiếm 18,7%).

* Sự hài lòng của HSSV đối với một số lĩnh vực phục vụ đào tạo của trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình.

Sự hài lòng chung của học sinh - sinh viên về chất lượng dịch vụ đào tạo của Trường kết quả sự hài lòng chung chiếm 97,40% và không hài lòng chiếm 2,60%.

Sự hài lòng của HSSV đối với công tác giảng dạy của Trường: Sự hài lòng chung của HSSV đối với các hoạt động của trường chiếm 97,40% và sự không hài lòng chiếm 2,60%.

Sự hài lòng của HSSV về Thông tin chung về môn học và tài liệu giảng dạy: Điểm trung bình hài lòng của HSSV từ 4,28 đến 4,44. Trong đó, tiểu mục “giới thiệu đầy đủ đề cương chi tiết môn học” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $4,20 \pm 0,83$; và tiểu mục “cung cấp/ giới thiệu đầy đủ thông tin về tài liệu học tập (giáo trình/bài giảng, tài liệu tham khảo...); bộ câu hỏi thi kết thúc học phần” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,44 \pm 0,68$ điểm

Bảng 1. Sự hài lòng của HSSV về Thông tin chung về môn học và tài liệu giảng dạy

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GV giới thiệu đầy đủ đề cương chi tiết môn học	4,28	0,83
GV phổ biến mục tiêu, chuẩn đầu ra, nội dung và yêu cầu của môn học	4,29	0,84
GV phổ biến hình thức kiểm tra đánh giá và các tiêu chí đánh giá kết quả học tập khi bắt đầu môn học	4,33	0,73
GV cung cấp/giới thiệu đầy đủ thông tin về tài liệu học tập (giáo trình/bài giảng, tài liệu tham khảo...); bộ câu hỏi thi kết thúc học phần.	4,44	0,68

Sự hài lòng của HSSV về phương pháp giảng dạy của giảng viên: Hài lòng của HSSV về phương pháp giảng dạy của giảng viên từ 4,26 đến 4,40 điểm. Trong đó, tiêu mục “GV có phương pháp truyền đạt rõ ràng, dễ hiểu” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $4,26 \pm 0,77$ và tiêu mục “GV tổ chức lớp học, hướng dẫn học sinh, sinh viên học tập hiệu quả” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,40 \pm 0,71$ điểm.

Bảng 2. Sự hài lòng của HSSV về phương pháp giảng dạy của giảng viên.

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GV tổ chức lớp học, hướng dẫn học sinh, sinh viên học tập hiệu quả	4,40	0,71
GV có phương pháp truyền đạt rõ ràng, dễ hiểu	4,26	0,77
GV có biện pháp khuyến khích học sinh, sinh viên sáng tạo và tư duy độc lập trong quá trình học tập	4,38	0,69
GV tiếp thu ý kiến đóng góp và phản hồi kịp thời các thắc mắc của SV	4,36	0,74

Sự hài lòng của HSSV về tác phong sư phạm của giảng viên: Sự hài lòng của HSSV về tác phong sư phạm của giảng viên từ 4,04 đến 4,37 điểm. Trong đó, tiêu mục “GV lên lớp đúng giờ, dạy đủ tiết theo quy định” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $4,04 \pm 0,81$; và tiêu mục “GV nhiệt tình trách nhiệm trong giảng dạy” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,37 \pm 0,68$ điểm

Bảng 3. Sự hài lòng của HSSV về tác phong sư phạm của giảng viên

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
GV lên lớp đúng giờ, dạy đủ tiết theo quy định	4,04	0,81
GV nhiệt tình trách nhiệm trong giảng dạy	4,37	0,68
Công tác chuẩn bị nội dung, tài liệu, bài giảng của GV tốt	4,34	0,72
GV thể hiện tính chuẩn mực của tác phong nhà giáo	4,35	0,71

Sự hài lòng của HSSV đối với hoạt động của phòng Đào tạo: Điểm trung bình hài lòng của HSSV về hoạt động của phòng Đào tạo từ 4,22 đến 4,51 Trong đó, tiêu mục “Cung cấp lịch học, lịch thi từ đầu kỳ học” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $4,22 \pm 0,67$; và tiêu mục “Nhân viên phòng đào tạo sẵn sàng lắng nghe và giải quyết thắc mắc của HSSV” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,51 \pm 0,61$ điểm.

Bảng 4. Sự hài lòng của HSSV về hoạt động phòng Đào tạo

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Thông tin chung về khoá học chương trình đào tạo đầy đủ rõ ràng	4,23	0,67
Kế hoạch giảng dạy phù hợp nhu cầu HSSV	4,43	0,71
Cung cấp kịp thời điểm tổng kết kỳ học, khóa học	4,40	0,60

Cung cấp lịch học, lịch thi từ đầu kỳ học	4,22	0,67
Chương trình đào tạo theo tín chỉ tạo điều kiện thuận lợi cho HSSV	4,45	0,60
Nhân viên phòng đào tạo sẵn sàng lắng nghe và giải quyết thắc mắc của HSSV	4,51	0,61

Sự hài lòng của HSSV đối với hoạt động của phòng Khảo thí và Kiểm định chất lượng: Điểm trung bình hài lòng của HSSV về hoạt động của phòng Khảo thí và KĐCL từ 4,36 đến 4,51 Trong đó, tiêu mục “Công tác tổ chức thi, coi thi nghiêm túc, chặt chẽ, đúng quy định.” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $4,36 \pm 0,72$; và tiêu mục “Đề thi kết thúc học phần nằm trong bộ câu hỏi lượng giá” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,46 \pm 0,69$.

Bảng 5. Sự hài lòng của HSSV về hoạt động phòng Khảo thí và Kiểm định chất lượng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Công tác thanh tra – kiểm tra không gây phiền hà cho HSSV	4,39	0,72
Công tác tổ chức thi, coi thi nghiêm túc, chặt chẽ, đúng quy định.	4,36	0,72
Đề thi kết thúc học phần nằm trong bộ câu hỏi lượng giá	4,46	0,67
Nhân viên phòng Khảo thí và KĐCL sẵn sàng lắng nghe và giải đáp thắc mắc của HSSV	4,45	0,69

Sự hài lòng của HSSV đối với cơ sở vật chất của nhà trường: Sự hài lòng của HSSV từ 3,09 đến 4,29 điểm; trong đó, tiêu mục “Tài liệu học tập tại thư viện phong phú” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là $3,09 \pm 1,01$; và tiêu mục “Phòng thực hành sạch sẽ, có đầy đủ các dụng cụ cần thiết cho nhu cầu học tập của HSSV” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là $4,29 \pm 0,91$

Bảng 6. Sự hài lòng của HSSV về cơ sở vật chất của nhà trường

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Giảng đường đầy đủ ánh sáng, sạch sẽ, đủ chỗ ngồi	4,11	1,01
Phòng học trang bị màn chiếu, máy chiếu đầy đủ	4,12	0,91
Phòng thực hành sạch sẽ, có đầy đủ các dụng cụ cần thiết cho nhu cầu học tập của HSSV	4,29	0,91
Tài liệu học tập tại thư viện phong phú	3,09	1,01
Phòng máy tính đáp ứng nhu cầu HT của HSSV	3,11	1,01
Website cung cấp đầy đủ TT cần thiết đến HSSV	3,13	1,01
DVYT đáp ứng được nhu cầu CSSK của HSSV	4,12	0,99
Nhà vệ sinh sạch sẽ, hệ thống nước đầy đủ	4,13	0,93

* Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của HSSV đối với công tác giảng dạy và một số lĩnh vực phục vụ hoạt động đào tạo tại trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình.

Liên quan giữa trình độ đào tạo với sự hài lòng: Tỷ lệ HS trung cấp có mức độ hài lòng là 95,5 % thấp hơn SV Cao đẳng có tỷ lệ hài lòng là 96,8%. Tuy nhiên $p > 0,05$ sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Liên quan giữa trình độ đào tạo với sự hài lòng

Yếu tố		Hài lòng	Không hài lòng	p
Trình độ đào tạo	Trung cấp	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0,230 ($p > 0,05$)
	Cao đẳng	182 (96,8%)	6 (3,2%)	

Liên quan giữa hình thức đào tạo của HSSV với sự hài lòng: Tỷ lệ HSSV chính quy có mức độ hài lòng là 92,2% cao hơn HSSV liên thông có tỷ lệ hài lòng là 76,7% với $p = 0,001$ ($< 0,05$) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Liên quan giữa hình thức đào tạo HSSV với sự hài lòng

Yếu tố		Hài lòng	Không hài lòng	P
Hình thức đào tạo	Chính quy	119 (92,2%)	10 (7,8%)	0,001 ($p < 0,05$)
	Liên thông	79 (76,7%)	24 (23,3%)	

Liên quan giữa giới tính với sự hài lòng: Tỷ lệ HSSV nữ có mức độ hài lòng là 98,3% cao hơn HSSV nam có tỷ lệ hài lòng là 96,8%. Tuy nhiên $p > 0,05$ sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Liên quan giữa ngành đào tạo với sự hài lòng: Tỷ lệ HSSV ngành Dược có mức độ hài lòng là 98,6% cao nhất, sau đó là HSSV ngành Điều dưỡng có tỷ lệ hài lòng là 94,9% và Y sĩ có sự hài lòng là 93,2%. Tuy nhiên $p > 0,05$ sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Liên quan giữa ngành đào tạo với sự hài lòng

Yếu tố		Hài lòng	Không hài lòng	p
Ngành đào tạo	Dược	69 (98,6%)	1 (1,4%)	0,32 ($p > 0,05$)
	Điều dưỡng	112 (94,9%)	6 (5,1%)	
	Y sĩ	41 (93,2%)	3 (6,8%)	

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của HSSV về một số lĩnh vực phục vụ đào tạo tại trường là một vấn đề mang tính nhạy cảm cao. Trong nghiên cứu này đã sử dụng 7 yếu tố: Hoạt động giảng dạy của giảng viên, hoạt động phòng Đào tạo, phòng Khảo thí và KĐCL, giáo viên chủ nhiệm, cơ sở vật chất kết quả đạt được để mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của HSSV. Qua những kết quả nghiên cứu chúng tôi có những nhận xét sau:

- Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số HSSV tham gia nghiên cứu là nữ giới 173 HSSV chiếm 74,6%; Giới tính nam 59 HSSV chiếm 25,4%. Trình độ Trung cấp 44 HSSV chiếm 18,9%; trình độ Cao đẳng 183 HSSV chiếm 80,9%. Hình thức đào tạo chính quy 129 HSSV (trên tổng số 232 HSSV) chiếm 55,6%; Hình thức đào tạo liên thông 103 HSSV chiếm 44,4%. Ngành Điều dưỡng có 118 HSSV chiếm 50,9%; Ngành Dược có 70 HSSV chiếm 30,4%; Ngành Y sĩ có 44 HS chiếm 18,7%. Điều này là phù hợp với đặc thù ngành đào tạo của Trường (nữ sinh nhiều hơn nam sinh) và chỉ tiêu đào tạo sinh viên nhiều hơn học sinh như hiện nay.

- Sự hài lòng của HSSV đối với một số hoạt động phục vụ đào tạo tại trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình từ kết quả cho thấy điểm trung bình hài lòng chung của HSSV về nhà trường tương đối cao đều ở mức trên dưới 4, các kết quả này có sự tương đồng nhưng chỉ số hài lòng đa số cao hơn các nghiên cứu tương tự tại các trường Cao đẳng Đại học có danh tiếng tại Việt Nam. Hạn chế là trong quá trình thu thập số liệu của nhóm nghiên cứu còn một số thiếu sót nên sai số trong nghiên cứu là không tránh khỏi. Đây cũng chính là hạn chế lớn nhất của đề tài, vì thế Trường cần phải có giải pháp để điều chỉnh hoạt động đào tạo nhằm để đáp ứng được nhu cầu của HSSV.

- *Hoạt động giảng dạy của giảng viên*: Hoạt động giảng dạy của giảng viên đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng đào tạo tại các trường đại học. Bảng 1 cho thấy điểm trung bình hài lòng của HSSV về Thông tin chung về môn học và tài liệu giảng dạy từ 4,20 đến 4,44. Do đó GV cần rút kinh nghiệm trong việc đưa ra các thông tin chung về giới

thiệt môn học tạo sự tin tưởng và hứng thú cho việc khởi đầu môn học cho HSSV. Tiêu mục “cung cấp/giới thiệu đầy đủ thông tin về tài liệu học tập (giáo trình/bài giảng, tài liệu tham khảo...)” bộ câu hỏi thi kết thúc học phần” có điểm trung bình hài lòng cao nhất là 4,44 + 0,68. Điều này chứng tỏ các GV đã rút kinh nghiệm trong việc đưa ra các thông tin chung về giới thiệu môn học tạo sự tin tưởng và hứng thú cho việc khởi đầu môn học cho HSSV.

- *Hoạt động của phòng Đào tạo:* Phòng Đào tạo là một trong những nơi tiếp cận đầu tiên và nhiều nhất của HSSV trong quá trình học tập tại Trường. Việc cung cấp kế hoạch giảng dạy, bố trí thời gian học tập, sắp xếp thời khóa biểu, ... về vấn đề đào tạo. Theo kết quả phân tích cho thấy điểm trung bình hài lòng của HSSV về hoạt động của phòng Đào tạo từ 4,22 đến 4,51 điểm. Hiện nay, tình hình tuyển sinh khó khăn, các HSSV đặc biệt là đối tượng liên thông nhập học thành nhiều đợt khác nhau. Chính vì thế, lịch học có khi được phòng Đào tạo sắp xếp thành nhiều đợt học bổ sung khác nhau do vậy lịch học nhiều khi bố trí chưa cân đối giữa các tuần, các ngày trong tuần dẫn đến HSSV có thể bị động trong việc làm thêm hoặc tham gia các hoạt động xã hội. Kết quả này cũng là vấn đề nhóm nghiên cứu rất quan tâm và mong muốn sẽ tìm hiểu kỹ hơn ở các đề tài tiếp theo để xem HSSV mong muốn gì từ Nhà trường trong việc bố trí thời gian học tập.

- *Hoạt động của phòng Khảo thí và Kiểm định chất lượng:* Hoạt động của phòng liên quan đến công tác thanh tra - kiểm tra việc học tập của HSSV; công tác ra đề thi, tổ chức thi, thanh tra - kiểm tra việc dự thi của HSSV, giải đáp các thắc mắc liên quan đến thi cử của HSSV. Đây là các hoạt động quan trọng đối với chất lượng đào tạo chung của nhà trường đạt từ 4,36 đến 4,51 điểm.

- *Cơ sở vật chất:* Hệ thống phòng học, phòng thực hành, phòng máy tính, phòng đọc cần được trang bị đầy đủ trang dụng cụ, máy móc, thiết bị dạy và học, đảm bảo đủ ánh sáng, sạch sẽ, thoải mái cho HSSV. Các phương tiện hỗ trợ học tập khác như thư viện điện tử, tài liệu học tập, tài liệu tham khảo cũng như hệ thống website và wifi cũng quan trọng. Hệ thống nước sạch, căng tin, nhà vệ sinh cũng vô cùng cần thiết cho các nhu cầu thiết yếu của HSSV. Điểm trung bình hài lòng của HSSV về cơ sở vật chất của nhà trường từ 3,09 đến 4,29 mức điểm thấp nhất trong 8 yếu tố đánh giá hài lòng. Chứng tỏ HSSV thực sự chưa hài lòng về cơ sở vật chất của nhà trường.

* *Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của HSSV đối với một số hoạt động phục vụ đào tạo tại trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình:* Liên quan giữa trình độ đào tạo với sự hài lòng của HSSV tỉ lệ HS trung cấp có mức độ hài lòng là 95,5% thấp hơn SV Cao đẳng có tỉ lệ hài lòng là 96,8%; Liên quan giữa hình thức đào tạo của HSSV với sự hài lòng, tỷ lệ HSSV chính quy có mức độ hài lòng là 92,2% cao hơn HSSV liên thông có tỷ lệ hài lòng là 76,7%; Liên quan giữa giới tính với sự hài lòng. Tỉ lệ HSSV nữ mức độ hài lòng là 98,3% cao hơn HSSV nam tỉ lệ hài lòng là 96,8%; Liên quan giữa ngành đào tạo: Tỉ lệ HSSV ngành Dược có mức độ hài lòng là 98,6% cao nhất, sau đó là HSSV ngành Điều dưỡng tỉ lệ hài lòng là 94,9% và Y sĩ sự hài lòng là 93,2%.

Khuyến nghị: Nhà trường xây dựng hệ thống phần mềm quản lý đào tạo trong đó phân quyền đến các GV để nhập điểm đánh giá học phần và sau khi chấm thi kết thúc học phần và phòng Đào tạo có thể cập nhật ngay điểm lên hệ thống; cung cấp thông tin khi nhập học và nêu rõ sứ mạng, tầm nhìn, giá trị cốt lõi, chức năng nhiệm vụ của các phòng, chương trình đào tạo, mô tả môn học... để HSSV thuận tiện trong việc tra cứu thông tin từ đó có kế hoạch học tập tốt hơn; cải thiện hệ thống mạng wifi nhằm cho việc truy cập thông tin từ internet phục vụ hoạt động dạy/học; Nhà trường cần tăng cường đầu tư trang thiết bị phục vụ việc dạy/học đặc biệt nâng cấp phòng máy tính, tăng cường cập nhật sách, báo, tài liệu, cải tạo, nâng cấp và thường xuyên kiểm tra công trình vệ sinh và điện nước để phục vụ cho HSSV ngày càng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát sự hài lòng của HSSV đối với hoạt động phục vụ đào tạo tại Trường chỉ đạt ở mức trung bình khá (không đạt kết quả đánh giá ở mức tốt nhất nhưng không quá xấu). Tiêu

mục được đánh giá cao nhất (4,51 - mức độ “đồng ý” và “rất đồng ý”) là nhân viên phòng Đào tạo sẵn sàng lắng nghe và giải quyết thắc mắc của HSSV, điều này cho thấy đội ngũ nhân viên phòng Đào tạo đã nỗ lực thực hiện tốt công việc của mình. Tiêu mục được đánh giá cao thứ 2 là “Đề thi kết thúc học phần nằm trong bộ câu hỏi lượng giá” có điểm trung bình hài lòng là $4,46 \pm 0,69$; điều này phản ánh đúng thực tại và thể hiện rõ sự nỗ lực của Ban giám hiệu Nhà trường và các bộ phận liên quan trong việc công khai bộ đề thi kết thúc môn học cho HSSV. Hai tiêu mục được đánh giá thấp nhất “Tài liệu học tập tại thư viện phong phú” có điểm trung bình hài lòng thấp nhất là 3,09; Phòng máy tính đáp ứng nhu cầu học tập của HSSV là 3,11; Website trường cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết đến HSSV là 3,13, điều này cũng đúng với thực trạng hiện tại của Trường. Vì vậy, Nhà trường nên xây dựng lại hệ thống thư viện điện tử, Website, phòng máy; thường xuyên kiểm tra nhà vệ sinh công cộng, nâng cấp các giảng đường. Có sự liên quan về hình thức đào tạo với sự hài lòng của HSSV tỷ lệ HSSV chính quy có mức độ hài lòng là 92,2% cao hơn HSSV liên thông có tỷ lệ hài lòng là 76,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Tân Tân** (2010), *Các yếu tố tác động đến SHL của SV năm 3 và năm 4 tại trường ĐH Kinh tế, ĐH Đà Nẵng*.
2. **Nguyễn Minh Tân, Nguyễn Thị Ngọc Anh và Huỳnh Thanh Nhã** (2023) “*Các nhân tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của sinh viên về chất lượng đào tạo tại trường đại học kỹ thuật - công nghệ Cần Thơ, năm 2023*”.
3. **Huỳnh Thị Kim Duyên** (2016) “*Nghiên cứu sự hài lòng của sinh viên đối với dịch vụ đào tạo tại trường đại học tài chính - Kế toán Đà Nẵng*” Luận văn thạc sĩ.
4. **Mai Thị Minh Nghĩa, Lê Thị Thúy Quỳnh, Trần Vũ Hoàng Anh, Nguyễn Thị Thúy Anh, Nguyễn Thị Thu Trang** (2019) “*Khảo sát sự hài lòng của Học sinh- Học sinh, sinh viên năm cuối về một số lĩnh vực phục vụ hoạt động đào tạo tại trường cao đẳng Y tế Hà Nội, năm 2019*”

KỶ YẾU
CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC NGÀNH Y TẾ NINH BÌNH
GIAI ĐOẠN 2015 - 2024

Biên tập:

Nguyễn Thị Hường

Phó Giám đốc Sở Y tế: Trưởng ban

Đinh Thị Thu Hiền

Trưởng phòng Nghiệp vụ Y Sở Y tế: Phó Trưởng ban

Phạm Văn Dậu

Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi: Thành viên

Chu Thị Giang

Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh: Thành viên

Lê Hoàng Nam

Giám đốc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh: Thành viên

Bùi Thị Thu Hà

Phó Trưởng phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế: Thư ký

Nguyễn Thị Minh

Trưởng khoa Truyền thông giáo dục sức khỏe

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật: Thành viên

Tạ Thị Thu Thủy

Trưởng phòng Phòng Quản lý đào tạo - Quản lý khoa học

Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình: Thành viên.



SỞ Y TẾ NINH BÌNH

Địa chỉ: Số 18, đường Kim Đồng, phường Vân Giang, thành phố Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình

Số điện thoại: 02293. 871. 099

Website: soyte.ninhbinh.gov.vn