

SỞ Y TẾ AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI



Sức Khỏe và Niềm Tin

HỘI NGHỊ
KHOA HỌC CÔNG NGHỆ

Chợ Mới, tháng 12 năm 2022

MỤC LỤC

1	Mô hình bệnh tật tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới từ năm 2017 đến năm 2021 <i>ThS.BS Tôn Phước Thuận; YS. Trần Việt Sơn; CN. Huỳnh Văn Ngọc Viễn</i>	3
2	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 9/2021 đến tháng 01/2022 <i>Ths.Bs. Phạm Quang Hưng ; Bs. Nguyễn Văn Quốc Vinh ; Bs. Lê Thị Thu Hương; ĐD. Huỳnh Thị Lành</i>	16
3	Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người dân bị tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022 <i>Trần Phước Sang*, Nguyễn Phước Bình, Nguyễn Văn Sơn</i>	36
4	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các sản phụ vị thành niên, đến sinh tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản – TTYT Chợ Mới năm 2021- 2022 <i>ThS.BS Nguyễn Ngọc Khuyên, BSCK1 Trần Thị Thu Thi, CNHS. Lê thị Bích Ly, CNHS. Huỳnh Thị Huỳnh Trang.</i>	47
5	Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống dịch Covid-19 và một số yếu tố liên quan của học sinh trung học phổ thông tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022 <i>Thạc Sĩ: Phạm Thành Tại, HSTH Nguyễn Đỗ Thị Châu Trinh DSTH Phan Tấn Mỹ Duyên</i>	57
6	Nghiên cứu Kiến Thức, Thực Hành của bà mẹ có trẻ từ 9 -12 tháng tuổi và các yếu tố liên quan về thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng tại huyện Chợ Mới, năm 2022 <i>BS. Nguyễn Thị Thạch Thảo; Cộng sự: BS. Lý Quốc Tính; YS. Phạm Thị Tú Trinh</i>	68
7	Khảo sát đặc điểm bệnh cushing tại khoa nội Trung Tâm Y Tế Huyện Chợ Mới Năm 2022 <i>Bs Nguyễn Văn Phúc; ĐD Trương Thị Yến Nhi; ĐD Bùi Thanh Cường</i>	79

MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI TỪ NĂM 2017 ĐẾN NĂM 2021

ThS.BS Tôn Phước Thuận; YS. Trần Việt Sơn; CN. Huỳnh Văn Ngọc Viễn

Tóm tắt

Một nghiên cứu hồi cứu mô tả về mô hình bệnh tật của Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới trong 5 năm (2017 – 2021), **Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm chung mô hình bệnh tật và xác định mô hình bệnh tật theo bảng phân loại ICD – 10 của đối tượng nghiên cứu khám, chữa bệnh tại TTYT Chợ Mới. **Kết quả:** Đặc điểm chung, nhóm tuổi người lớn chiếm đa số; nhóm tuổi trẻ em tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ; nhóm tuổi người lớn nữ giới mắc cao hơn nam. Đa số đối tượng nghiên cứu ở gần CSYT theo vị trí địa lý. Mô hình bệnh tật tại TTYT huyện Chợ Mới: Trong 5 năm, các nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất theo ICD-10 gồm:

Ngoại trú: Bệnh hệ tuần hoàn chiếm 22,4%; bệnh hệ bệnh hệ cơ - xương - khớp và mô liên kết chiếm 16,5%; bệnh hệ hô hấp chiếm 13,9% ;bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa chiếm 12%.

Nội trú: Bệnh tuần hoàn chiếm 19,8%; Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật chiếm 17,4%; hệ hô hấp chiếm 14,8%; Bệnh hệ tiêu hoá chiếm 13,4%;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế-xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Mô hình bệnh tật luôn biến đổi theo thời gian và theo tình hình phát triển của đất nước. Việc xác định mô hình bệnh tật nhằm hỗ trợ cho ngành y tế đáp ứng tốt hơn chức năng nhiệm vụ cao cả của mình là chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện bằng cách đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Ngày nay, người ta ngày càng nhận ra rằng sức khỏe được duy trì và cải thiện không chỉ qua những thành tựu và ứng dụng của khoa học y tế, mà còn qua những cố gắng và những lựa chọn cách sống thông thái của một cá nhân hay xã hội. Theo WHO, các yếu tố chính quyết định đến sức khỏe như môi trường kinh tế và xã hội, môi trường vật lý, và đặc điểm và ứng xử của mỗi cá nhân [2]. Bên cạnh đó sức khỏe còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan khác. Tuy nhiên, vai trò và cơ chế tác động của các yếu tố này còn chưa hoàn toàn được biết rõ. Vì thế, cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa về các yếu tố liên quan đến sức khỏe nhằm góp phần giải quyết vấn đề này.

Với nhu cầu cần thiết đánh giá lại mô hình bệnh tật tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Mô hình bệnh tật tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới từ 2017 đến 2021”

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả một số đặc điểm chung mô hình bệnh tật tại Trung tâm Y tế từ năm 2017 – 2021.
2. Xác định mô hình bệnh tật theo bảng phân loại ICD-10 của đối tượng nghiên cứu khám, chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện từ năm 2017 - 2021.

III. TỔNG QUAN

1. Hệ thống phân loại bệnh tật ICD - 10

Để thống nhất trong việc phân loại bệnh, Việt Nam đã sử dụng bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (gọi tắt là ICD - 10) [3].

Toàn bộ danh mục ICD 10 [2], [8] được phân chia thành 22 chương, mỗi chương gồm một hay nhiều nhóm bệnh liên quan:

+ Chương I: (A00 – B99) bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng.

+ Chương II: (C00 – D48) bướu tân sinh.

+ Chương III: (D50 – D89) bệnh của máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch.

- + Chương IV: (E00 – E90) bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa.
- + Chương V: (F00 – F99) rối loạn tâm thần và hành vi.
- + Chương VI: (G10 – G64) bệnh hệ thần kinh.
- + Chương VII: (H05, H06, H11, H13, H17-H19, H30-H59) bệnh mắt và phần phụ.
- + Chương VIII: (H71-H95) bệnh tai và xương chũm.
- + Chương IX: (I00-I99) bệnh hệ tuần hoàn.
- + Chương X: (J00-J99) bệnh hệ hô hấp.
- + Chương XI: (K00-K93) bệnh hệ tiêu hóa.
- + Chương XII: (L00-L99) các bệnh da và mô dưới da.
- + Chương XIII: (M00-M99) bệnh hệ cơ - xương - khớp và mô liên kết.
- + Chương XIV: (N00-N99) bệnh hệ sinh dục - tiết niệu.
- + Chương XV: thai nghén, sinh đẻ và hậu sản.
- + Chương XVI: (P00-P96) một số bệnh lý xuất phát trong thời kỳ chu sinh.
- + Chương XVII: (Q00-Q99) dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể.
- + Chương XVIII: (R00 – E99) các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở phần khác.
- + Chương XIX: (S00-S99), T00-T98) chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài.
- + Chương XX: (V01-V99, X00-X99) nguyên nhân ngoại sinh của bệnh tật và tử vong.
- + Chương XXI: (Z00-Z29) các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế.
- + Chương XXII: mã phục vụ những mục đích đặc biệt.

* ICD 10 đã được Tổ chức Y tế thế giới triển khai xây dựng từ tháng 9 năm 1983. Tài liệu liên quan đến ICD 10 do WHO xuất bản lần đầu tiên năm 1992 bằng tiếng Anh. Chương XXII không có trong lần ban hành trước. Bảng phân loại tiếng Việt được biên tập lại năm 2013 và ban hành ngày 24 tháng 9 năm 2015 [6].

Bộ mã ICD 10 được quy định như sau:

Ký tự thứ nhất (chữ cái) mã hóa chương bệnh.

Ký tự thứ hai (số thứ nhất) mã hóa nhóm bệnh.

Ký tự thứ ba (số thứ hai) mã hóa tên bệnh.

Ký tự thứ tư (số thứ 3 sau dấu (.)) mã hóa một bệnh chi tiết theo nguyên nhân hay tính đặc thù của một bệnh.

Các bệnh bị chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài thuộc chương XIX; do các nguyên nhân bên ngoài của các bệnh tật và tử vong là tai nạn giao thông, sinh hoạt, tự tử, thiên tai, ẩu đả gây thương tích... thuộc chương XX. Như vậy với một người bệnh bị chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do bên ngoài sẽ có chẩn đoán bệnh thuộc chương XIX và chẩn đoán

2. Mô hình bệnh tật trong bệnh viện

Nghiên cứu mô hình bệnh tật trong bệnh viện chủ yếu dựa vào hồ sơ lưu trữ tại các bệnh viện theo bệnh án mẫu thống nhất toàn ngành y tế. Có nhiều loại bệnh án khác nhau cho từng chuyên khoa nhưng phải đảm bảo tính thống nhất ở những thông tin chính, thuận lợi cho việc thống kê và nghiên cứu [5]. Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại bệnh viện có thuận lợi là có tiêu chuẩn chẩn đoán, có sự hỗ trợ của xét nghiệm. Chẩn đoán lúc ra viện hay tử vong được thực hiện thống nhất theo bảng phân loại bệnh tật ICD 10. Tuy nhiên, chẩn đoán cũng còn phụ thuộc vào trình độ chuyên môn của nhân viên y tế và điều kiện xét nghiệm của cơ sở y tế. Do đó, phân loại ở các bệnh viện khác nhau đôi khi có sự khác biệt, mặc dù từ năm 2015, với quyết định của 3970/QĐ - BYT của Bộ Y tế việc phân loại bệnh đã thống nhất hơn. [3]

Tuy nhiên, mô hình bệnh tật tại bệnh viện cũng không phản ánh hết được bệnh lý trong cộng đồng. Một số bệnh lý nhẹ nhưng tỷ lệ mắc nhiều được điều trị ngoại trú dẫn đến làm thay đổi mô hình bệnh nội trú như các bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp trên, nhiễm trùng da, bệnh lý răng miệng,... [5]. Trong khi đó các bệnh lý mạn tính có thể được điều trị nhiều đợt trong năm làm số liệu thống kê bị ảnh hưởng như các bệnh lý tim bẩm sinh, bệnh máu, ung thư, ... Điều này là sự khác biệt giữa mô hình bệnh tật và cấu trúc bệnh tật.

Trong điều kiện nước ta còn nhiều khó khăn, mặc dù đầu tư cho y tế ngày càng tăng trong những năm gần đây, năm 1996 là 3.610 tỷ Việt Nam đồng chiếm 3,76% tổng chi ngân sách, năm 2000 là 5.098,7 tỷ Việt Nam đồng chiếm 5,66% tổng chi ngân sách[1], nhưng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của sự phát triển chung của y tế toàn cầu cũng như nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân ta. Rõ ràng trong giai đoạn hiện nay, khi gánh nặng bệnh tật của một nước nghèo vẫn chưa giải quyết hết, thì đã phải lo thêm các loại bệnh của một xã hội phát triển.

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế-xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Mô hình bệnh tật luôn biến đổi theo thời gian và theo tình hình phát triển của đất nước. Việc xác định mô hình bệnh tật nhằm hỗ trợ cho ngành y tế đáp ứng tốt hơn chức năng nhiệm vụ cao cả của mình là chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện bằng cách đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân.

IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án và số liệu lưu trên phần mềm quản lý khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.

4.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021.

Tại phòng Kế hoạch Nghiệp vụ - Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.

4.3 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

4.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

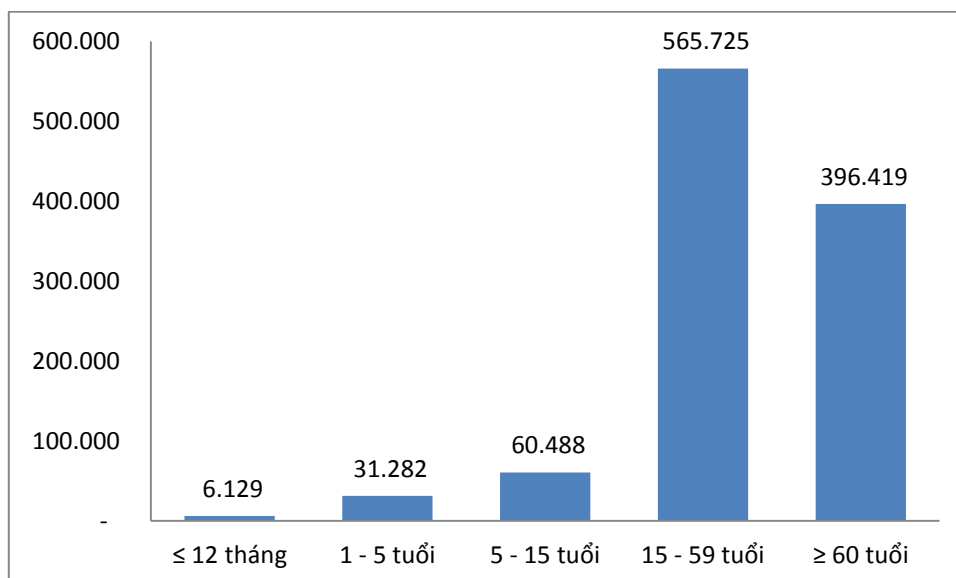
Lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án và số liệu lưu trên phần mềm VNPT - HIS

V. KẾT QUẢ

5.1 Đặc điểm chung

5.1.1 Nhóm tuổi

a. Ngoại trú



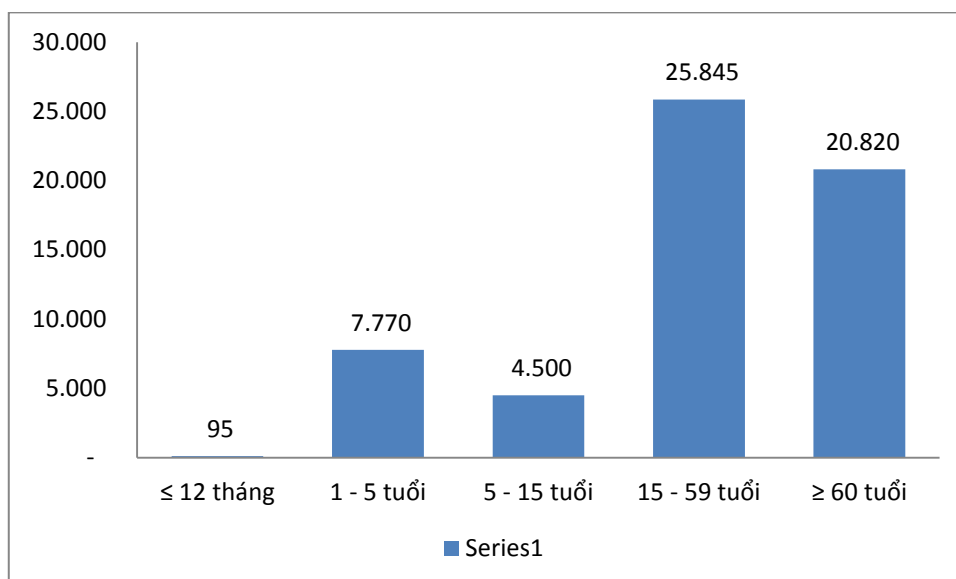
Biểu đồ 1. Biểu đồ nhóm tuổi – Ngoại trú

Nhận xét: Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là độ tuổi từ 15 đến 60 tuổi, chiếm trên 50%, tỷ lệ này tăng cao hơn ở năm 2020 và 2021 (55%). Tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi (trên 60 tuổi) mắc bệnh chiếm tỷ lệ trung bình 37%.

Bảng 5.1 Tỷ lệ phân bố nhóm tuổi theo từng năm từ 2017 – 2021. Ngoại trú

	2017 (n)	Tỷ lệ %	2018 (n)	Tỷ lệ %	2019 (n)	Tỷ lệ %	2020 (n)	Tỷ lệ %	2021 (n)	Tỷ lệ %
≤ 12 tháng	1.980	0,8524	1.466	0,70	1.345	0,57	916	0,40	422	0,28
1 - 5 tuổi	11.572	4,9820	7.041	3,37	6.515	2,74	4.152	1,82	2.002	1,31
5 - 15 tuổi	14.731	6,3421	13.606	6,50	17.052	7,17	9.838	4,31	5.261	3,45
15 - 59 tuổi	117.869	50,7455	110.428	52,78	125.996	52,98	126.804	55,59	84.628	55,44
≥ 60 tuổi	86.123	37,0780	76.687	36,65	86.899	36,54	86.383	37,87	60.327	39,52
Tổng cộng N = 1.060.043	232.275	100	209.228	100	237.807	100	228.093	100	152.640	100

b. Nội trú



Biểu đồ 2. Biểu đồ nhóm tuổi – Nội trú

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh phải điều trị nội trú chiếm cao nhất là độ tuổi 15 – 59, chiếm 44%. Kế đến người cao tuổi (trên 60), chiếm 35%; trẻ em từ 5 – 15 tuổi chiếm 13%.

Bảng 5.2 Tỷ lệ phân bố nhóm tuổi theo từng năm từ 2017 – 2021: Nội trú.

	2017 (n)	Tỷ lệ %	2018 (n)	Tỷ lệ %	2019 (n)	Tỷ lệ %	2020 (n)	Tỷ lệ %	2021 (n)	Tỷ lệ %
≤ 12 tháng	0	0	0	0	0	0	0	0	95	0,9
1 - 5 tuổi	1.728	14,8	2.008	16,2	2.029	15,5	1.212	11,0	793	7,3
5 - 15 tuổi	885	7,6	958	7,7	1.349	10,3	542	4,9	766	7,1
15 - 59 tuổi	4.820	41,4	4.953	39,8	5.451	41,5	4.990	45,4	5.631	52,0
≥ 60 tuổi	4.217	36,2	4.513	36,3	4.293	32,7	4.251	38,7	3.546	32,7
Tổng cộng N = 59.030	11.650	100	12.432	100	13.122	100	10.995	100	10.831	100,0

5.1.2 Giới tính

Bảng 5.3 Phân bố tỷ lệ giới tính – ngoại trú

	2017 (n)	Tỷ lệ %	2018 (n)	Tỷ lệ %	2019 (n)	Tỷ lệ %	2020 (n)	Tỷ lệ %	2021 (n)	Tỷ lệ %	5 năm (n)	Tỷ lệ %
nữ	132.525	57	117.850	56	132.266	56	127.777	56	84.139	55	594.557	56
nam	99.750	43	91.378	44	105.541	44	100.316	44	68.501	44	465.486	44
Tổng cộng	232.275		209.228		237.807		228.093		152.640		1.060.043	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới, trung bình nữ 56%; nữ 44%. Tỷ lệ này tương đương ở các năm trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 5.4 Phân bố giới tính theo nhóm tuổi – Ngoại trú

	0 - 5 tuổi	Tỷ lệ %	6 - 15 tuổi	Tỷ lệ %	15 tuổi	Tỷ lệ %	16 - 59 tuổi	Tỷ lệ %	≥ 60 tuổi	Tỷ lệ %
Nữ	975	41,35	6231	46,24	13000	45,18	70172	60,31	52795	57,60
Nam	1383	58,65	7243	53,76	15774	54,82	46175	39,69	38861	42,40
	2358	100	13474	100	28774	100	116347	100	91656	100

Nhận xét: nhận thấy rằng, ở độ tuổi trẻ em dưới 16 tuổi tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. khi độ tuổi càng lớn hơn thì tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam giới.

Bảng 5.5 Phân bố tỷ lệ giới tính – Nội trú

	2017 (n)	Tỷ lệ %	2018 (n)	Tỷ lệ %	2019 (n)	Tỷ lệ %	2020 (n)	Tỷ lệ %	2021 (n)	Tỷ lệ %	5 năm (n)	Tỷ lệ %
nữ	6.763	58	7.200	57	7.464	56	6.421	58	6.255	57	34.103	57,48
nam	4.887	42	5.327	43	5.767	44	4.574	42	4.671	43	25.226	42,52
Tổng cộng	11.650	100	12.527	100	13.23	100	10.99	100	10.92	100	59.329	100

				1		5		6		
--	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--

Bảng 5.6 Phân bố giới tính theo nhóm tuổi – Nội trú

Nhóm bệnh theo giới	≤ 12 tháng	Tỷ lệ %	1 - 5 tuổi	Tỷ lệ %	5 - 15 tuổi	Tỷ lệ %	15 - 59 tuổi	Tỷ lệ %	≥ 60 tuổi	Tỷ lệ %
nữ	43	45,3	3369	42,8	2007	44,6	15470	59,5	13214	63,3
nam	52	54,7	4496	57,2	2495	55,4	10510	40,5	7673	36,7
Tổng cộng	95	100	7865	100	4502	100	25980	100	20887	100

Nhận xét: nhận thấy rằng, ở độ tuổi trẻ em dưới 16 tuổi tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. khi độ tuổi càng lớn hơn thì tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam giới. Điều này rõ nét hơn khi đối tượng nội trú.

5.1.4 Đặc điểm địa chỉ bệnh ngoại trú

Bảng 5.9 Phân bố bệnh ngoại trú theo địa chỉ

Địa chỉ	2017	Tỷ lệ %	2018	Tỷ lệ %	2019	Tỷ lệ %	2020	Tỷ lệ %	2021	Tỷ lệ %	Tổng cộng	Tỷ lệ %
TT Chợ Mới	18.305	7,88	17.483	8,36	19.996	8,41	25.214	11,05	18.913	12,39	99.911	9,43
TT Mỹ Luông	1.238	0,53	3.991	1,91	5.620	2,36	8.286	3,63	5.820	3,81	24.955	2,35
Kiến An	47.392	20,40	45.007	21,51	42.928	18,05	43.040	18,87	27.254	17,86	205.621	19,40
Kiến Thành	29.601	12,74	28.755	13,74	26.905	11,31	27.918	12,24	15.953	10,45	129.132	12,18
Mỹ Hội Đông	15.761	6,79	16.076	7,68	15.355	6,46	16.689	7,32	10.861	7,12	74.742	7,05
Nhơn Mỹ	4.635	2,00	5.409	2,59	5.610	2,36	6.115	2,68	4.038	2,65	25.807	2,43
Long Giang	7.348	3,16	7.941	3,80	9.700	4,08	11.399	5,00	6.877	4,51	43.265	4,08
Long Điền A	18.947	8,16	18.865	9,02	18.486	7,77	20.712	9,08	13.739	9,00	90.749	8,56
Long Điền B	28.453	12,25	28.659	13,70	27.698	11,65	30.219	13,25	19.230	12,60	134.259	12,67
Long Kiên	7.712	3,32	7.853	3,75	7.619	3,20	8.919	3,91	5.891	3,86	37.994	3,58
Tân Mỹ	4.676	2,01	5.898	2,82	5.758	2,42	6.226	2,73	4.297	2,82	26.855	2,53
Mỹ Hiệp	3.263	1,40	2.858	1,37	2.857	1,20	3.357	1,47	2.747	1,80	15.082	1,42
Bình Phước Xuân	1.444	0,62	1.647	0,79	1.686	0,71	1.986	0,87	1.415	0,93	8.178	0,77
Mỹ An	3.670	1,58	4.748	2,27	5.679	2,39	6.597	2,89	4.485	2,94	25.179	2,38
An Thạnh	1.234	0,53	1.455	0,70	1.716	0,72	2.134	0,94	1.800	1,18	8.339	0,79

Trung												
Hội An	1.116	0,48	1.395	0,67	1.472	0,62	1.667	0,73	1.377	0,90	7.027	0,66
Hoà Bình	2.139	0,92	2.282	1,09	2.278	0,96	2.412	1,06	1.807	1,18	10.918	1,03
Hoà An	93	0,04	216	0,10	322	0,14	422	0,19	560	0,37	1.613	0,15
Nơi khác	35.248	15,18	8.690	4,15	36.122	15,19	4.781	2,10	5.576	3,65	90.417	8,53
Tổng cộng	232.275	100,00	209.228	100,00	237.807	100,00	228.093	100,00	152.640	100,00	1.060.043	100,00

Nhận xét: bệnh nhân ngoại trú đăng kí khám ban đầu gần địa phương thường trú. Các xã có người dân đến khám tại TTYT nhiều nhất là Kiến An; Long Điền B; Kiến Thành tương ứng là 19,8%; 12,76%; 12,18%. Do đó tỷ lệ các xã xa Trung tâm Y tế huyện ít tiếp cận khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế gồm: Mỹ Hiệp, Bình Phước Xuân, Hòa An, Hòa Bình, Hội An, An Thạnh Trung chiếm tỷ lệ thấp.

5.2 Mô hình bệnh tật

5.2.1 Mùa nhập viện trong năm

Bảng 5.7 Phân bố khám bệnh theo mùa – ngoại trú

Ngoại trú	2017	Tỷ lệ %	2018	Tỷ lệ %	2019	Tỷ lệ %	2020	Tỷ lệ %	2021	Tỷ lệ %	Tổng cộng	Tỷ lệ
mùa xuân (tháng 1 - 3)	54.924	24	44.543	21	53.820	23	52.240	23	56.111	37	261.638	24,68
mùa hạ (tháng 4 - 6)	61.236	26	50.114	24	54.123	23	54.335	24	46.048	30	265.856	25,08
mùa thu (tháng 7 - 9)	58.176	25	57.143	27	65.004	27	59.307	26	38.318	25	277.948	26,22
mùa đông (tháng 10 - 12)	57.939	25	57.428	27	64.860	27	62.211	27	12.163	8	254.601	24,02

Nhận xét: Nhìn chung bệnh ngoại trú đến khám phân bố đồng đều theo các mùa trong năm, tuy nhiên 6 tháng cuối năm bệnh có xu hướng tăng hơn so với 6 tháng đầu năm. Riêng năm 2021 là năm đối phó dịch Covid - 19 thực hiện giãn cách xã hội hạn chế bệnh nhân đi khám ngoại trú do đó lượng bệnh giảm đáng kể chỉ 8%.

Bảng 5.8 Phân bố nhập viện theo mùa

Nội trú	2017	Tỷ lệ %	2018	Tỷ lệ %	2019	Tỷ lệ %	2020	Tỷ lệ %	2021	Tỷ lệ %	Tổng cộng	Tỷ lệ
mùa xuân (tháng 1 - 3)	2747	22,8	3052	23,7	3097	22,8	2798	24,7	2715	22,0	14409	23,16
mùa hạ (tháng 4 - 6)	3101	25,7	2913	22,6	3307	24,3	2415	21,3	2476	20,1	14212	22,84
mùa thu (tháng 7 - 9)	3088	25,6	3350	26,0	3762	27,7	3054	26,9	3133	25,4	16387	26,33
mùa đông (tháng 10 - 12)	3132	26,0	3577	27,7	3429	25,2	3071	27,1	4009	32,5	17218	27,67

12)												
	12068	100,0	12892	100,0	13595	100,0	11338	100,0	12333	100,0		

Nhận xét: Nhìn chung bệnh ngoại trú đến khám phân bố đồng đều theo các mùa trong năm, tuy nhiên 3 tháng cuối năm 2021 xảy ra dịch covid – 19 nên tỷ lệ bệnh nhân Covid – 19 điều trị làm tăng tỷ lệ nhập viện 32% năm.

5.2.2 Nhóm bệnh thường gặp

5.2.2.1 Nhóm 10 bệnh ngoại trú thường gặp nhất

Bảng 5.10 Nhóm bệnh khám ngoại trú thường gặp

Stt	Tên nhóm ICD	Tên nhóm bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Nhóm IX	(I00-I99) bệnh hệ tuần hoàn	255079	22,4
2	Nhóm X	(J00-J99) bệnh hệ hô hấp	188626	16,5
3	Nhóm XIII	(M00-M99) bệnh hệ cơ - xương - khớp và mô liên kết	158350	13,9
4	Nhóm IV	(E00 – E90) bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	136453	12,0
5	Nhóm I	(A00 – B99) bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng.	85164	7,5
6	Nhóm XI	(K00-K93) bệnh hệ tiêu hóa	80856	7,1
7	Nhóm XIX	(S00-S99), T00-T98) chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài	43038	3,8
8	Nhóm VII	(H05, H06, H11, H13, H17-H19, H30-H59) bệnh mắt và phần phụ	36722	3,2
9	Nhóm XII	(L00-L99) các bệnh da và mô dưới da	33425	2,9
10	Nhóm VIII	(H71-H95) bệnh tai và xương chũm	30082	2,6

Nhận xét: Nhóm bệnh về hệ tuần hoàn; hệ hô hấp; hệ cơ xương khớp và nhóm bệnh nội tiết là 4 nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất tỷ lệ này cũng tương đương với từng năm.

5.2.2.2 Nhóm 10 bệnh nội trú thường gặp nhất

Bảng 5.11 Nhóm bệnh nội trú thường gặp

Stt	Tên nhóm ICD	Tên nhóm bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Nhóm IX	(I00-I99) bệnh hệ tuần hoàn	10307	19,8
2	Nhóm I	(A00 – B99) bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng.	9067	17,4
3	Nhóm XI	(K00-K93) bệnh hệ tiêu hóa	7719	14,8
4	Nhóm X	(J00-J99) bệnh hệ hô hấp	6980	13,4
5	Nhóm khác	(Z00-Z29) các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế	4984	9,6
6	Nhóm XV	(K00-K93) bệnh hệ tiêu hóa	4262	8,2
7	Nhóm IV	(E00 – E90) bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	1868	3,6
8	Nhóm VII	(H05, H06, H11, H13, H17-H19, H30-H59) bệnh mắt và phần phụ	1672	3,2
9	Nhóm XII	(L00-L99) các bệnh da và mô dưới da	33425	2,9
10	Nhóm VIII	(H71-H95) bệnh tai và xương chũm	30082	2,6

Nhận xét: Trong 10 nhóm bệnh thường gặp nhiều nhất thì có 4 nhóm chiếm tỷ lệ cao là nhóm hệ tuần hoàn; nhóm bệnh nhiễm trùng và KST; bệnh hệ tiêu hóa và nhóm hệ hô hấp tương ứng tỷ lệ: 19,85; 17,4%; 14,8%; 13,4%. Đây là các bệnh nội trú thường gặp nhất.

5.2.2.3 Thống kê nhóm bệnh ngoại trú theo ICD – 10

Bảng 5.12 Bảng thống kê các nhóm bệnh ngoại trú theo phân loại ICD - 10

5. Nhóm bệnh ngoại trú theo ICD	2017	Tỷ lệ %	2018	Tỷ lệ %	2019	Tỷ lệ %	2020	Tỷ lệ %	2021	Tỷ lệ %
Nhóm I	10.409	5,07	17.950	7,49	18.065	6,90	20.487	7,89	18.253	10,45
Nhóm II	1.488	0,72	2.034	0,85	2.060	0,79	1.928	0,74	1.093	0,63
Nhóm III	156	0,08	114	0,05	136	0,05	150	0,06	148	0,08
Nhóm IV	22.664	11,04	25.857	10,79	31.301	11,96	33.120	12,76	23.511	13,46
Nhóm V	3.542	1,72	4.673	1,95	6.847	2,62	2.817	1,08	1.604	0,92
Nhóm VI	2.102	1,02	2.062	0,86	2.862	1,09	1.822	0,70	1.495	0,86
Nhóm VII	1.214	0,59	10.915	4,56	10.718	4,09	8.808	3,39	5.067	2,90
Nhóm VIII	9.608	4,68	7.817	3,26	5.584	2,13	3.869	1,49	3.204	1,83
Nhóm IX	33.860	16,49	51.781	21,61	60.643	23,16	61.429	23,66	47.366	27,12
Nhóm X	51.278	24,97	41.864	17,47	45.579	17,41	33.815	13,02	16.090	9,21
Nhóm XI	16.873	8,22	17.695	7,39	15.259	5,83	18.188	7,00	12.841	7,35
Nhóm XII	6.992	3,40	6.193	2,58	7.830	2,99	8.154	3,14	4.256	2,44
Nhóm XIII	30.613	14,91	30.867	12,88	31.927	12,19	41.763	16,08	23.180	13,27
Nhóm XIV	3.256	1,59	4.181	1,75	6.953	2,66	6.762	2,60	4.443	2,54
Nhóm XV	3.557	1,73	3.669	1,53	3.027	1,16	2.814	1,08	2.412	1,38
Nhóm XVI	16	0,01	8	0,00	11	0,00	5	0,00	3	0,00
Nhóm XVII	435	0,21	189	0,08	234	0,09	179	0,07	110	0,06
Nhóm XVIII	1.042	0,51	1.392	0,58	776	0,30	858	0,33	816	0,47
Nhóm XIX	5.735	2,79	9.572	4,00	10.640	4,06	10.111	3,89	6.980	4,00
Nhóm XX	25	0,01	41	0,02	93	0,04	122	0,05	78	0,04
Nhóm XXI	513	0,25	712	0,30	1.277	0,49	2.443	0,94	1.692	0,97
Nhóm XXII		-		-		-		-		-
	205.378	100	239.586	100	261.822	100	259.644	100	174.642	100

5.2.2.4 Thống kê nhóm bệnh nội trú theo ICD – 10 theo từng năm

Bảng 5.13 Bảng thống kê các nhóm bệnh nội trú theo phân loại ICD - 10

5. Nhóm bệnh nội trú theo ICD	2017	Tỷ lệ %	2018	Tỷ lệ %	2019	Tỷ lệ %	2020	Tỷ lệ %	2021	Tỷ lệ %
Nhóm I	1008	10,78	2285	19,41	2435	20,22	1932	17,87	1407	17,32
Nhóm II	85	0,91	93	0,79	118	0,98	101	0,93	78	0,96
Nhóm III	191	2,04	39	0,33	91	0,76	91	0,84	65	0,80
Nhóm IV	329	3,52	345	2,93	360	2,99	437	4,04	397	4,89
Nhóm V	22	0,24	25	0,21	40	0,33	37	0,34	60	0,74
Nhóm VI	65	0,70	69	0,59	111	0,92	90	0,83	96	1,18
Nhóm VII	0	0,00	5	0,04	7	0,06	9	0,08	2	0,02
Nhóm VIII	229	2,45	349	2,96	377	3,13	390	3,61	291	3,58
Nhóm IX	1571	16,80	2372	20,15	2318	19,25	2365	21,87	1681	20,69
Nhóm X	1485	15,88	1787	15,18	1610	13,37	1285	11,88	813	10,01
Nhóm XI	1543	16,50	1645	13,97	1777	14,76	1567	14,49	1187	14,61
Nhóm XII	113	1,21	109	0,93	89	0,74	82	0,76	69	0,85
Nhóm XIII	198	2,12	332	2,82	309	2,57	340	3,14	216	2,66
Nhóm XIV	304	3,25	407	3,46	446	3,70	340	3,14	175	2,15
Nhóm XV	1189	12,72	823	6,99	735	6,10	718	6,64	797	9,81
Nhóm XVI	46	0,49	37	0,31	17	0,14	17	0,16	44	0,54
Nhóm khác	973	10,41	1051	8,93	1202	9,98	1011	9,35	747	9,19
Tổng cộng	9351	100,00	11773	100,00	12042	100,00	10812	100,00	8125	100,00

5.2.3 Bệnh ngoại trú chuyển viện

Bảng 5.14 Tỷ lệ bệnh ngoại trú chuyển viện trong 5 năm

Năm	2017	2018	2019	2020	2021	Tổng cộng	Tỷ lệ CV
Số lượt CV	17.786	20.863	22.452	22.993	16.719	100.813	9,51%
Số lượt KCB	232.275	209.228	237.801	228.093	152.640	1060037	

Nhận xét: tỷ lệ chuyển viện bệnh ngoại trú chiếm khoảng 10 % từng năm. Tổng cộng trung bình 5 năm tỷ lệ chuyển viện khoảng 9,51%.

Bảng 5.15 Bảng thống kê 10 bệnh ngoại trú chuyển viện nhiều nhất

Stt	Tên bệnh	Tần số	Tỷ lệ %
1	- H25-Đục thủy tinh thể người già	3410	3,38
2	- I10-Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát) ; (I25) Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	2891	2,87
3	- B18.1-Viêm gan virus B mạn, không có tác nhân delta	1873	1,86
4	- B18.2-Viêm gan virus C mạn tính	971	0,96
5	- J32-Viêm xoang mạn	945	0,94
6	- C50-Bướu ác vú	674	0,67
7	- E04-Bướu lạnh tính khác	498	0,49
8	- I10-Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)	456	0,45
9	- H65-Viêm tai giữa không nung mủ	374	0,37
10	- K04.8-Nang có cuống	315	0,31
	Tổng các lượt chuyển viện	100.830	100%

Nhận xét: Số bệnh nhân chuyển viện vì bệnh đục thủy tinh thể của người già; bệnh lý hệ tuần hoàn; bệnh viêm gan mạn do siêu vi B và siêu vi C. Đây là các bệnh vượt tuyến

VI. BÀN LUẬN

6.1 Đặc điểm chung

Với dân số được thống kê phòng Dân số huyện Chợ Mới có 440.000 dân. Tỷ lệ người dân

đến khám tại TTYT huyện 1.060.043 lượt/5 năm. Trung bình hằng năm 212.019 lượt. So với chỉ tiêu hằng năm Sở Y tế giao là 350.000 lượt. Đó cũng là thuận lợi so với địa phương khác. Nhưng với quy mô của CSYT 180 giường thì đó là sự quá tải.

6.1.1 Nhóm tuổi

Đối với nhóm bệnh ngoại trú, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 15 – 60 tuổi hơn 56%; nhóm tuổi trên 60 chiếm khá cao 37,4%. Tỷ lệ bệnh người lớn chiếm phần lớn tại TTYT. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm 0,65% so với tổng lượng khám ngoại trú, 6,26% tổng số trẻ dưới 16 tuổi (n=97.899) đáng chú ý đầu tư cho phòng khám nhi cho tương xứng với dân số của huyện. Tỷ lệ này thấp so với nghiên cứu của Bùi Quang Nghĩa (2020) [4] tại Vĩnh Long là 42,2%.

Tại phòng khám Nhi của chúng tôi, nhóm trẻ từ 1 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ 31,95% trong tổng số 97.899 trẻ. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Quang Nghĩa (2020) [4] trong khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em tỉnh Vĩnh Long là 49,2%.

Đối với nhóm bệnh nội trú, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8% (25854/59030); nhóm tuổi trên 60 chiếm 35,3% (20820/59030). Tỷ lệ trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp 0,16%. Tỷ lệ này thấp với bệnh viện tuyến huyện, vì một phần chưa được đầu tư giường bệnh nội trú chuyên sâu về nhi khoa.

6.1.2 Về phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Đối với nhóm bệnh ngoại trú, tỷ lệ nữ giới chiếm 56% cao hơn nam giới. Tuy nhiên, phân bố theo nhóm tuổi ở trẻ dưới 16 tuổi tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ trẻ nam 56,5% cao hơn tỷ lệ trẻ nam của Bùi Quang Nghĩa (2020) [4] là 55,4%. Nghiên cứu của Võ Phương Khanh [7] tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng cho thấy tỷ lệ nam chiếm nhiều hơn nữ (trẻ nam chiếm 60% - 69% trẻ nhập viện). Tương tự nghiên cứu tại khoa cấp cứu, Bệnh viện nhi Trung ương [6] từ năm 2007 - 2011 báo cáo tỷ lệ trẻ nam chiếm ưu thế hơn trẻ nữ (61% so với 39%).

Khi tuổi càng lớn thì tỷ lệ này thay đổi, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi tỷ lệ nữ mắc bệnh chiếm 57,6% cao hơn nam giới.

Đối với nhóm bệnh nội trú, tỷ lệ nữ giới chiếm 57,48% cao hơn nam giới. Tuy nhiên, phân bố theo nhóm tuổi ở trẻ dưới 16 tuổi tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Khi tuổi càng lớn thì tỷ lệ này thay đổi, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi tỷ lệ nữ mắc bệnh chiếm 63,3% cao hơn nam giới.

6.1.3 Về phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa chỉ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đến khám chủ yếu theo đăng ký khám sức khỏe ban đầu với BHYT, vì chính sách thông tuyến huyện của BHXH nên tạo điều kiện cho bệnh nhân di chuyển khám theo yêu cầu cơ bản của người dân thứ nhất là gần nơi sinh sống, kế đến là cung ứng đủ thuốc chữa bệnh và chất lượng của đội ngũ y, bác sĩ của CSYT đó. TTYT huyện có vị trí địa lý không nằm tại trung tâm của các xã, thị trấn do đó phần nào cũng cho thấy số lượng bệnh nhân lân cận và giáp ranh của thị trấn Chợ Mới, bên cạnh có ghi nhận số lượng bệnh nhân của 3 xã cù lao Thanh Bình tỉnh Đồng Tháp giáp ranh với Chợ Mới cũng được ghi nhận là địa phương khác, chiếm 8,53%.

6.2 Mô hình bệnh tật

6.2.1 Phân bố bệnh tật theo mùa

Đối với nhóm bệnh ngoại trú, tỷ lệ này tương đối đồng đều giữa các mùa trong năm. Tuy nhiên nhóm bệnh nội trú thì tỷ lệ này thay đổi tăng dần ở mùa thu và mùa đông của năm. Thời điểm này cũng là thuận tiện cho các bệnh về tuần hoàn, hô hấp và truyền nhiễm gây ảnh hưởng số lượt bệnh tăng hơn các mùa khác.

6.2.2 Nhóm bệnh thường gặp

Theo ghi nhận của chúng tôi, nhóm bệnh về hệ tuần hoàn (nhóm IX) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả ngoại trú lẫn nội trú (bảng 5.10 và bảng 5.11). Đây cũng là nhóm bệnh đặc trưng của người lớn chiếm tỷ lệ cao của cơ sở y tế.

Tại khu vực ngoại trú, nếu được đầu tư về chất lượng KCB thì ưu tiên các bệnh thường gặp

như hệ tuần hoàn, hệ hô hấp, hệ cơ xương khớp và hệ nội tiết rối loạn chuyển hóa vì chiếm tỷ lệ rất cao số lượt khám ngoại trú.

Tại khu vực nội trú, vị trí chiếm tỷ lệ cao thứ hai thứ ba là nhóm bệnh truyền nhiễm và kí sinh trùng; bệnh hệ tiêu hóa là ghi nhận năm viện nhiều hơn các nhóm khác.

6.2.3 Bệnh ngoại trú chuyển viện

Trong 10 bệnh chuyển viện thường gặp thì đáng quan tâm nhất là các bệnh có khả năng triển khai điều trị tại đơn vị tuyến huyện như: Tăng huyết áp vô căn; Bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định; viêm gan mạn B và C. Việc tăng cường mở rộng các dịch vụ kỹ thuật vượt tuyến với nhân lực hiện có là điều CSYT chúng tôi có thể thực hiện.

VII. KẾT LUẬN

7.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của chúng tôi, nhóm tuổi người lớn chiếm đa số; nhóm tuổi trẻ em tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ; nhóm tuổi người lớn nữ giới mắc cao hơn nam. Đa số đối tượng nghiên cứu ở gần CSYT theo vị trí địa lý.

7.2 Mô hình bệnh tật tại TTYT huyện Chợ Mới:

Trong 5 năm, các nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất theo ICD-10 gồm:

Ngoại trú: Bệnh hệ tuần hoàn chiếm 22,4%; bệnh hệ cơ - xương - khớp và mô liên kết chiếm 16,5%; bệnh hệ hô hấp chiếm 13,9% ;bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa chiếm 12%

Nội trú: Bệnh tuần hoàn chiếm 19,8%; Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật chiếm 17,4%; hệ hô hấp chiếm 14,8%; Bệnh hệ tiêu hoá chiếm 13,4%;

VIII. KIẾN NGHỊ

1. Với Ủy ban nhân dân huyện Chợ Mới: Cần có thêm Cơ sở y tế trong huyện vị trí gần trung tâm địa lý của huyện để tạo điều kiện cho người dân KCB.
2. Với Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.
 - Cần có nhiều hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho đối tượng NCT tại huyện, đặc biệt về các bệnh: cao huyết áp, thoái hóa khớp, bệnh nội tiết
 - Tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho NCT của huyện nhằm sớm phát hiện vấn đề sức khỏe, có biện pháp hỗ trợ khi cần thiết.
 - Đầu tư thêm trang thiết bị cho các mặt bệnh chiếm tỷ lệ mắc cao theo mô hình bệnh tật đánh giá tại Trung tâm Y tế huyện
3. Với người dân.
 - Chủ động đi khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ.
 - Rèn luyện những thói quen tốt cho sức khỏe như tập thể dục nhẹ nhàng, ăn nhạt, uống sữa giàu canxi dành cho người già...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Niên giám thống kê năm 2009.
2. Bộ Y tế (2001), Bảng phân loại quốc tế bệnh tật Việt- Anh lần thứ 10, NXB Y học.
3. Bộ Y tế (1997), Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD-10), Anh- Việt, Hướng dẫn sử dụng: biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện- bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD-10), Anh- Việt, NXB Y học.
4. Bùi Quang Nghĩa (2020), Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tỉnh Vĩnh Long.
5. Phạm Song, Đào Ngọc Phong, Ngô Văn Toàn (2001). Nghiên cứu bệnh tật, tử vong trong dân cư. Nghiên cứu hệ thống Y tế- Phương pháp nghiên cứu Y học. NXB Y học Hà Nội.
6. Trần Thị Mai Hồng và Lê Thanh Hải (2012). Mô hình bệnh tật tại khoa cấp cứu. bệnh viện Nhi Trung Ương 2007-2011. Tạp chí Y Học thực hành, 854(12).
7. Võ Phương Khanh, Trịnh Hữu Tùng và Thái Thanh Tùng (2008). Mô hình bệnh tật tại bệnh

viện Nhi Đồng 2 (2005-2007). *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), 92-98.

8. WHO (2001). *Hướng dẫn sử dụng bảng phân loại thống kê bệnh tật quốc tế và những vấn đề liên quan đến sức khỏe lần thứ 10*.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan của bệnh nhân covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022

Ths.Bs. Phạm Quang Hưng; Bs. Nguyễn Văn Quốc Vinh ;Bs. Lê Thị Thu Hương; ĐD. Huỳnh Thị Lành

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhiễm COVID-19 là do vi rút SARS-CoV-2 được phát hiện lần đầu tại Vũ Hán, Trung Quốc vào cuối tháng 12 năm 2019, rồi lan rộng ra toàn thế giới. Vi rút SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp và qua đường tiếp xúc với chất tiết chứa vi rút. Phổ bệnh của COVID-19 đa dạng từ người nhiễm không có triệu chứng, có các triệu chứng nhẹ cho tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, hội chứng suy hô hấp cấp tiên triển (ARDS), nhiễm khuẩn huyết, suy chức năng đa cơ quan và tử vong.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy một số yếu tố nguy cơ đã được xác định đối với COVID-19 bao gồm tuổi, béo phì, giới tính và các bệnh đi kèm, đặc biệt trên bệnh nhân không tiêm ngừa vaccin Covid-19.

Bệnh khởi phát đầu tiên ở Việt Nam từ năm 2020, dịch bùng phát đến nay trải qua 4 đợt dịch, số trường hợp mắc bệnh ngày càng tăng và thay đổi từng ngày. Đại dịch COVID-19 được xem là một trong những biến cố lớn nhất trong lịch sử thế giới. Ở Việt Nam thứ 115/230 quốc gia và vùng lãnh thổ (Số ca nhiễm/1 triệu dân; 115.609 ca nhiễm/1 triệu dân), tử vong: xếp thứ 26/230 quốc gia và vùng lãnh thổ, xếp thứ 7/49 Châu Á (xếp thứ 3 ASEAN).



Ở An Giang ghi nhận ca Covid-19 đầu tiên: Người đàn ông 33 tuổi, ở xã Phú Hữu, huyện An Phú, mắc Covid-19 sau khi lái ghe chở "bệnh nhân 12642" vượt biên trái phép từ Campuchia về Việt Nam. Ngày 20/6/2021, Ban chỉ đạo phòng chống Covid-19 tỉnh An Giang xác nhận, đây là ca bệnh trong nước đầu tiên của tỉnh này, được Bộ Y tế trưa nay ghi nhận là

ca 13059. Ca tử vong đầu tiên ở Thị trấn Long Bình (An Phú) ngày 04/07/2021 (52 tuổi, nữ, nhiều bệnh nền) và An Giang áp dụng giãn cách xã hội toàn tỉnh theo chỉ thị 15 từ 0h ngày 11/7/2021.

Trước tình hình đó, tại Chợ Mới, khu điều trị Covid-19 - Phòng khám khu vực Mỹ Luông được thành lập và trang bị đầy đủ cơ sở vật chất hoạt động từ ngày 30/07/2021, đội ngũ Y bác sĩ và nhân viên y tế TTYT.H Chợ Mới tiếp nhận, chăm sóc và điều trị bệnh nhân Covid-19 với ca đầu tiên là bệnh nhân 45 tuổi quê quán TP.Hồ Chí Minh, nghề nghiệp tài xế.

Hiện chưa có các nghiên cứu cụ thể về Covid-19, nhằm giúp các Bác sĩ lâm sàng có cái nhìn bao quát hơn với những số liệu thống kê thực tế, và để tăng tỉ lệ phát hiện, chẩn đoán bệnh Covid-19, mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022*”.

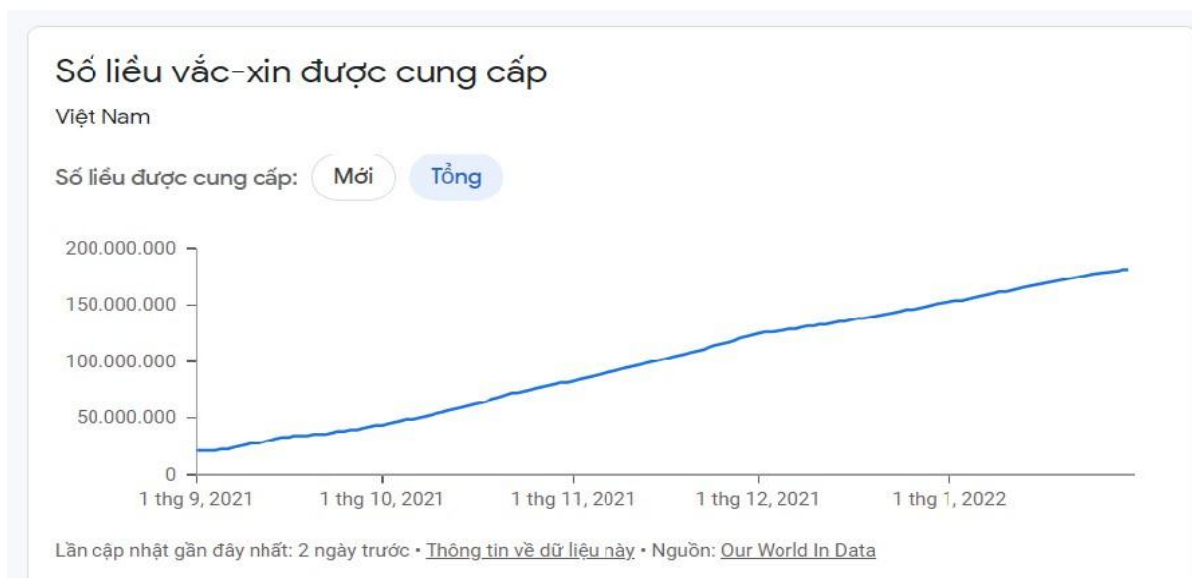
Nghiên cứu chúng tôi có hai mục tiêu cụ thể như sau:

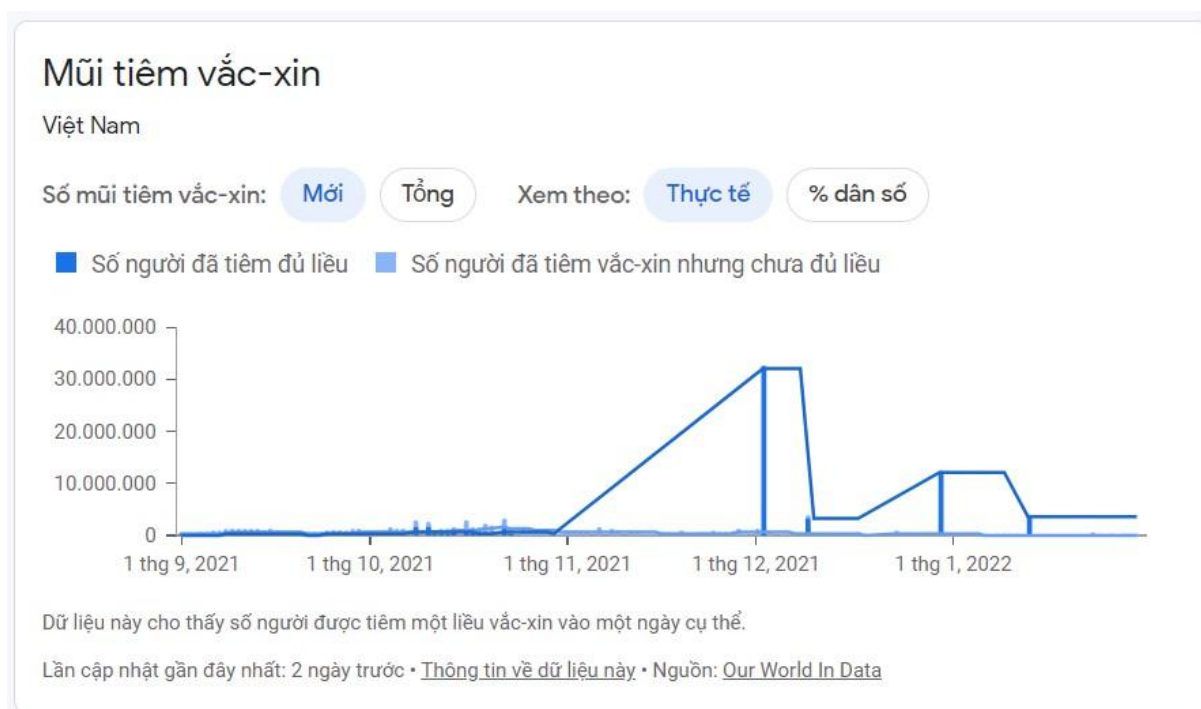
1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.
2. Khảo sát một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.

I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (qua giọt bắn là chủ yếu) và qua tiếp xúc với các vật dụng bị ô nhiễm. SARS-CoV-2 cũng có khả năng lây truyền qua khí dung ở trong những không gian kín, đông người và thông gió hạn chế hoặc nơi có nhiều thao tác tạo khí dung như trong các cơ sở điều trị. Người bệnh COVID-19 có thể phát tán vi rút từ 2 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên và phát tán mạnh nhất trong 3 ngày đầu từ khi biểu hiện các triệu chứng. Thời gian phát tán vi rút gây lây nhiễm khoảng 8 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng, nhưng có thể dài hơn ở những người bệnh có suy giảm miễn dịch. Tuy vậy, những người bệnh không triệu chứng vẫn có thể phát tán vi rút gây lây nhiễm.

Cơ chế bệnh sinh của bệnh có vai trò của “cơn bão cytokine” và huyết khối mao mạch phổi trong các ca bệnh có SHH nặng và nguy kịch. Hiện nay chưa có thuốc đặc hiệu nên chủ yếu là điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Các biện pháp phòng bệnh chính là tiêm phòng vắc xin, phát hiện sớm và cách ly ca bệnh.





1.1 Các trường hợp chẩn đoán bệnh Covid-19

1.1.1 Trường hợp bệnh nghi ngờ

a) Là người tiếp xúc gần hoặc là người có yếu tố dịch tễ và có ít nhất 2 trong số các biểu hiện lâm sàng sau đây: sốt; ho; đau họng; chảy nước mũi, nghẹt mũi; đau người, mệt mỏi, ớn lạnh; giảm hoặc mất vị giác; khứu giác; đau, nhức đầu; tiêu chảy; khó thở; viêm đường hô hấp.

b) Là người có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2

1.1.2 Trường hợp bệnh xác định

a) Là người có kết quả xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng phương pháp phát hiện vật liệu di truyền của vi rút (PCR).

b) Là người tiếp xúc gần và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2.

c) Là người có yếu tố dịch tễ, có biểu hiện lâm sàng nghi mắc COVID-19 và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2.

d) Là người có yếu tố dịch tễ và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính 2 lần liên tiếp (xét nghiệm lần 2 trong vòng 8 giờ kể từ khi có kết quả xét nghiệm lần 1) với vi rút SARS-CoV-2. Trong trường hợp xét nghiệm nhanh kháng nguyên lần thứ 2 âm tính thì cần phải có xét nghiệm Real-time RT-PCR để khẳng định

1.2 Triệu chứng lâm sàng bệnh Covid-19

1.2.1 Giai đoạn khởi phát

- **Thời gian ủ bệnh:** từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày, chủng delta có thời gian ủ bệnh ngắn hơn.

1.2.2 Giai đoạn toàn phát

Sau 4-5 ngày.

Hô hấp

Ho nhiều hơn, đau ngực, cảm giác ngạt thở, sợ hãi, tùy mức độ người bệnh, thở sâu, phổi thường không ral, mạch thường không nhanh.

Tuần hoàn

- Các triệu chứng thường không đặc hiệu: đau ngực, mệt mỏi, khó thở, ho.
- Sốc tim: huyết áp tụt, mạch nhanh, rối loạn nhịp, da, đầu chi lạnh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.
- Rối loạn nhịp chậm hoặc nhanh, suy tim cấp và sốc tim do suy tim trái (như Hội chứng trái tim vỡ, viêm cơ tim) hoặc suy tim phải cấp, thuyên tắc động mạch phổi, tràn dịch màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim cấp, sốc nhiễm khuẩn thứ phát do COVID-19, tâm phế cấp (Acute cor pulmonary).

Thận

- Cơ chế bệnh sinh: 4 nhóm nguyên nhân đã được đưa ra:
 - + Do tổn thương trực tiếp tế bào, cầu thận, ống thận do vi rút.
 - + Do cơn bão cytokine, rối loạn huyết động trong thận.
 - + Do huyết khối - tắc mạch thận.
- Lâm sàng: Người bệnh có thể thiếu niệu hoặc đái nhiều, nước tiểu có protein, đái máu vi thể hoặc đại thể, các biểu hiện của hội chứng ure máu cao ít gặp, nhưng thường nặng trên người bệnh đã có suy thận từ trước.

Thần kinh

- Nhồi máu não: liên quan đông máu do “bão cytokin”, hoặc do cục máu đông nguồn gốc từ tim, hoặc tĩnh mạch phổi, đặc biệt trên những người có yếu tố nguy cơ: tuổi cao, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, thuốc lá, béo phì, kháng thể kháng phospholipid.
- Lâm sàng xuất hiện đột ngột:
 - + Rối loạn ý thức theo các mức độ: nhẹ thì còn tỉnh, nặng nhất là hôn mê.
 - + Hội chứng liệt nửa người: liệt vận động có hoặc không tê bì, dị cảm.
 - + Thất ngôn.
 - + Mất thị lực, bán manh, góc manh.
 - + Liệt dây thần kinh sọ.
 - + Rối loạn cơ tròn.
 - + Giảm hoặc mất khứu giác
 - + Viêm não màng não, thoái hoá não, viêm đa rễ và dây thần kinh như hội chứng Guillain Barre, bệnh não do COVID-19.

Dạ dày-ruột

Vi rút xâm nhập vào tế bào dẫn tới viêm tế bào biểu mô làm giảm hấp thu, mất cân bằng bài tiết ở ruột và hoạt hóa hệ thống thần kinh của ruột, dẫn tới ỉa chảy.

Gan mật

Có thể có vàng da, suy gan, tăng men gan, suy gan cấp, hôn mê gan.

Nội tiết

Tăng đường máu ở người bệnh có đái tháo đường từ trước, hoặc tăng đường máu liên quan sử dụng corticoid có thể biến chứng: đái tháo đường mất bù, toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu...

Huyết học

- Huyết học: Tăng đông, rối loạn đông máu do nhiễm trùng (SIC) và đông máu nội mạch (DIC), hội chứng thực bào máu/hội chứng hoạt hoá đại thực bào, bệnh vi mạch huyết khối (TMA) với ban giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) và hội chứng tăng ure huyết tán huyết (HUS), giảm tiểu cầu do heparin (HIT) do điều trị thuốc chống đông (heparin tiêu chuẩn, heparin trọng lượng phân tử thấp).

- Mạch máu: có thể gặp huyết khối gây tắc động mạch hoặc tĩnh mạch chi 2 bên.

Da

Biểu hiện với ngứa, đau/bỏng rát ở da với hình thái bao gồm các ban dạng mề đay, các ban dạng hồng ban, phát ban dạng mụn nước mụn mủ, phát ban giống dạng cước ở đầu ngón tay chân, ít gặp hơn phát ban dạng lưới (chỉ điểm bệnh diễn tiến nặng), giống tổn thương xuất huyết chủ yếu ở chi, ban đỏ đa hình thái ở tay chân niêm mạc, kết mạc miệng, viêm kết mạc ở trẻ em.

1.2.3 Giai đoạn hồi phục

- Đối với trường hợp nhẹ và trung bình, sau 7-10 ngày, người bệnh hết sốt, toàn trạng khá lên, tổn thương phổi tự hồi phục, có thể gặp mệt mỏi kéo dài.

1.3 Cận lâm sàng:

1.3.1 Huyết học

- Tế bào máu ngoại vi: số lượng Hồng cầu bình thường hoặc tăng (do mất nước), bạch cầu bình thường hoặc giảm, Bạch cầu Lympho giảm nhiều, số lượng tiểu cầu bình thường sau đó giảm.

- Tăng đông và tắc mạch: các xét nghiệm biểu hiện tăng đông, D-dimer thường tăng cao trên 4-5 lần, Tiểu cầu < 150.000, DIC hoặc SIC (sepsis induced coagulopathy).

1.3.2 Các xét nghiệm bilan viêm

- Bạch cầu giảm, đặc biệt Bạch cầu Lympho (< 800). Giảm CD4, CD8, Th17, Tiểu cầu.

- Cytokin tăng cao: TNF α tăng, IL-1 β , IL6, IFNs, GCSF, IP-10.

- Ferritin, CRP, LDH tăng.

1.3.3 Các rối loạn thường gặp khác

- Điện giải: rối loạn natri máu và kali máu.

- Thận: Tiểu đạm, tiểu máu, tổn thương thận cấp (đa niệu, thiểu niệu, tăng Ure, creatinin), gặp một số trường hợp đái tháo nhạt.

- Gan: Tăng SGPT, Bilirubin tăng.

- Tổn thương tim: Tăng troponin T và Pro-BNP tăng.

- Suy đa tạng (MOF).

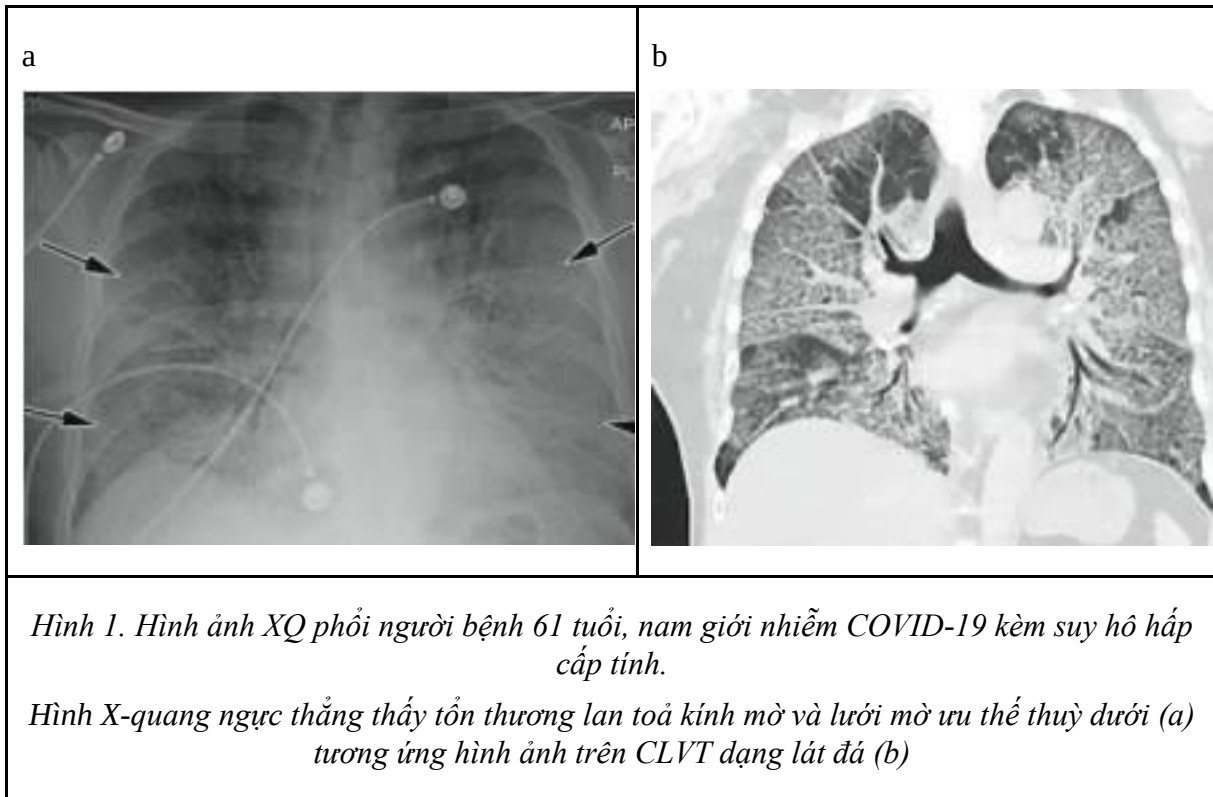
- Bội nhiễm thứ phát: Tăng Procalcitonin, Bạch cầu và CRP.

1.3.4 X-quang phổi

- Ở giai đoạn sớm hoặc chỉ viêm đường hô hấp trên, hình ảnh X-quang bình thường.

- Giai đoạn sau các tổn thương thường gặp: Tổn thương dạng kính mờ, nhiều đám mờ. Dày các tổ chức kẽ. Tổn thương đông đặc.

- Gặp chủ yếu ở hai bên phổi, ngoại vi và vùng thấp của phổi ở giai đoạn đầu của COVID-19.
- Tổn thương có thể tiến triển nhanh trong ARDS. Ít khi gặp dấu hiệu tạo hang hay tràn dịch, tràn khí màng phổi.



1.3.5 Siêu âm

Siêu âm phổi

Siêu âm tim

Siêu âm mạch máu

1.3.6 Xét nghiệm Vi sinh

Các trường hợp nghi ngờ, cần làm xét nghiệm khẳng định nhiễm SARS- CoV-2.

1.3.7 Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

a) Xét nghiệm Realtime RT-PCR

b) Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên

Chẩn đoán phân biệt

- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác:
 - + Vi rút cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), rhinovirus, myxovirus, adenovirus.
 - + Hội chứng cảm cúm do các chủng coronavirus thông thường.
 - + Các căn nguyên gây nhiễm khuẩn hay gặp, bao gồm các vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumoniae*...
 - + Các căn nguyên khác có thể gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng như cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, A/H5N6, SARS-CoV và MERS-CoV.

- Cần chẩn đoán phân biệt các tình trạng nặng của người bệnh (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan...) do các căn nguyên khác hoặc do tình trạng nặng của các bệnh lý mạn tính kèm theo.

1.4 PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ

1.4.1 Người nhiễm không triệu chứng

- Người bệnh không có triệu chứng lâm sàng.
- Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO₂ > 96% khi thở khí trời.

1.4.2 Mức độ nhẹ

- Người bệnh COVID-19 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, mất vị giác, khứu giác, tiêu chảy...
- Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO₂ > 96% khi thở khí trời.
- Tỉnh táo, người bệnh tự phục vụ được.
- X-quang phổi bình thường hoặc có nhưng tổn thương ít.

1.4.3 Mức độ trung bình

Lâm sàng

- Toàn trạng: Người bệnh có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như mức độ nhẹ.
- Hô hấp: Có dấu hiệu viêm phổi với khó thở, thở nhanh 20-25 lần/phút, phổi có ran nổ và không có dấu hiệu suy hô hấp nặng, SpO₂ 94-96% khi thở khí phòng. Người bệnh có thể khó thở khi gắng sức (đi lại trong nhà, lên cầu thang).
- Tuần hoàn: mạch nhanh hoặc chậm, da khô, nhịp tim nhanh, huyết áp bình thường.
- Ý thức: tỉnh táo.

Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương dưới 50%.
- Siêu âm: hình ảnh sóng B.
- Khí máu động mạch: PaO₂/FiO₂ > 300.

1.4.4 Mức độ nặng

Lâm sàng

- Hô hấp: Có dấu hiệu viêm phổi kèm theo bất kỳ một trong các dấu hiệu sau: nhịp thở > 25 lần/phút; khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ; SpO₂ < 94% khi thở khí phòng.
- Tuần hoàn: nhịp tim nhanh hoặc có thể nhịp tim chậm, HA bình thường hay tăng.
- Thần kinh: người bệnh có thể bứt rứt hoặc đờ, mệt.

Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương trên 50%.
- Khí máu động mạch: PaO₂/FiO₂ khoảng 200 - 300
- Siêu âm: hình ảnh sóng B nhiều.

1.4.5 Mức độ nguy kịch

Lâm sàng

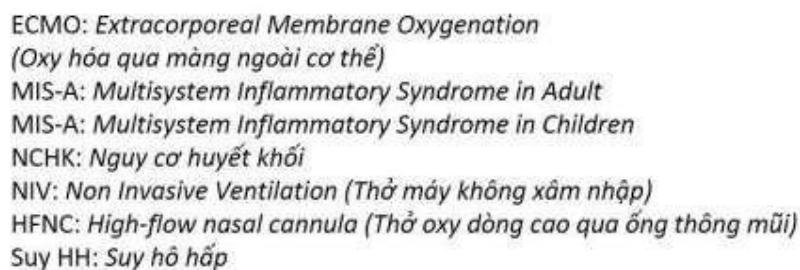
- Hô hấp: thở nhanh > 30 lần/phút hoặc < 10 lần/phút, có dấu hiệu suy hô hấp nặng với thở gắng sức nhiều, thở bất thường hoặc cần hỗ trợ hô hấp bằng thở ô xy dòng cao (HFNC), CPAP, thở máy.
- Thần kinh: ý thức giảm hoặc hôn mê.
- Tuần hoàn: nhịp tim nhanh, có thể nhịp tim chậm, huyết áp tụt.
- Thận: tiểu ít hoặc vô niệu.

Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương trên 50%.
- Khí máu động mạch: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, toan hô hấp, lactat máu > 2 mmol/L.
- Siêu âm: hình ảnh sóng B nhiều.

1.5 ĐIỀU TRỊ

- Phân tầng điều trị
- Điều trị nguyên nhân
- Điều trị suy hô hấp: thở oxy, CPAP, BiPAP, HFNC, nằm sấp, thở máy xâm nhập, ECMO
- Điều trị suy tuần hoàn, điều trị bội nhiễm
- Điều trị chống cơn bão cytokin: corticoid, lọc máu, ức chế sản xuất hoặc đối kháng IL receptor
- Điều trị chống đông:
- Điều trị hỗ trợ khác: dinh dưỡng, vật lý trị liệu, sức khỏe tâm thần
- Điều trị triệu chứng: giảm ho, giảm đau.
- Điều trị bệnh nền (nếu có).
- Tâm lý liệu pháp.



II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng điều trị tại phòng khám khu vực Mỹ Lương và khoa Nhiễm TTYT H. Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.

2.1.2 Tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ

- Tiêu chí chọn mẫu: tất cả những bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022 có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV2.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: phòng khám khu vực Mỹ Lương và khoa Nhiễm TTYT H. Chợ Mới.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang và hồi cứu.

2.2.2 Cỡ mẫu

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

Trong đó:

P = 0,9 (Theo nghiên cứu của Dong và cs năm 2020 thấy > 90% tỷ lệ bệnh nhân nhiễm Covid-19 là không triệu chứng, nhẹ và vừa.)

Z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy mong muốn Chọn $Z_{1-\alpha/2}$: 1,96

d: sai số cho phép, d=0,04

Tính được $n \geq 216$ mẫu

Chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 216, chúng tôi nhận thấy từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022 có 484 bệnh án hợp lệ phục vụ cho nghiên cứu vì thế chúng tôi chọn cỡ mẫu 484 mẫu.

2.2.3 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu có hệ thống, chọn 484 mẫu, là tất cả bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng điều trị tại phòng khám khu vực Mỹ Lương và khoa Nhiễm TTYT H. Chợ Mới điều trị từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2021.

2.2.4 Nội dung nghiên cứu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT huyện Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022.

2.2.5 Phương pháp thu thập dữ kiện và các bước tiến hành

- B1: Xác định các bệnh án Covid-19 tại phòng khám khu vực Mỹ Luông và khoa Nhiễm TTYT H.Chợ Mới thoả điều kiện chọn mẫu.
- B2: Tổng hợp triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng và thu thập số liệu.
- B3: Xử lý số liệu.

2.2.6 Phương pháp xử lý dữ kiện và phân tích dữ kiện

Xử lý dữ liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.2.7 Phương pháp kiểm soát yếu tố gây nhiễu

- Để kiểm soát sai số đo lường ở nghiên cứu này chúng ta cần tính cỡ mẫu tối thiểu, chọn mẫu và các nhóm nghiên cứu đủ, đúng chỉ tiêu, có kế hoạch phân tích số liệu đúng đắn.
- Sử dụng bộ câu hỏi thống nhất trong nghiên cứu.
- Trong bộ câu hỏi, đặc câu hỏi đơn giản, dễ hiểu, bám sát mục tiêu nghiên cứu cũng như nhu cầu về số liệu. Thảo luận, thống nhất và chỉnh sửa, thử nghiệm, hoàn thiện.
- Tập huấn kĩ cho các điều tra viên về bộ câu hỏi để các cộng sự hiểu đúng và thực hành giống nhau.
- Kiểm tra bộ số liệu trước khi nhập vào phần mềm xử lý số liệu.
- Việc nhập số liệu được thực hiện 2 lần, độc lập để kiểm tra chéo. Tham khảo ý kiến chuyên gia trong việc phân tích và phiên giải kết quả.

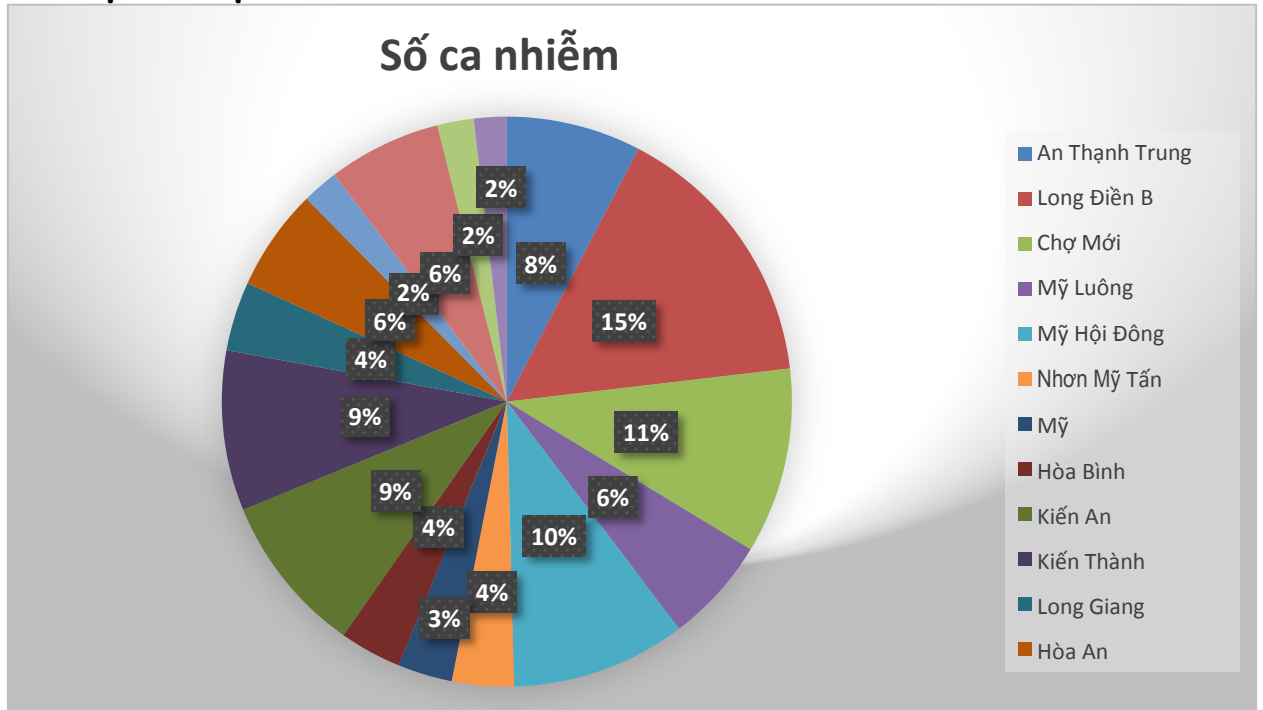
2.3 Vấn đề y đức trong nghiên cứu

- Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
- Nghiên cứu này không có bất cứ ảnh hưởng nào đến phong tục, tập quán, truyền thống văn hoá, sức khoẻ của bệnh nhân Covid-19.

III.KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng

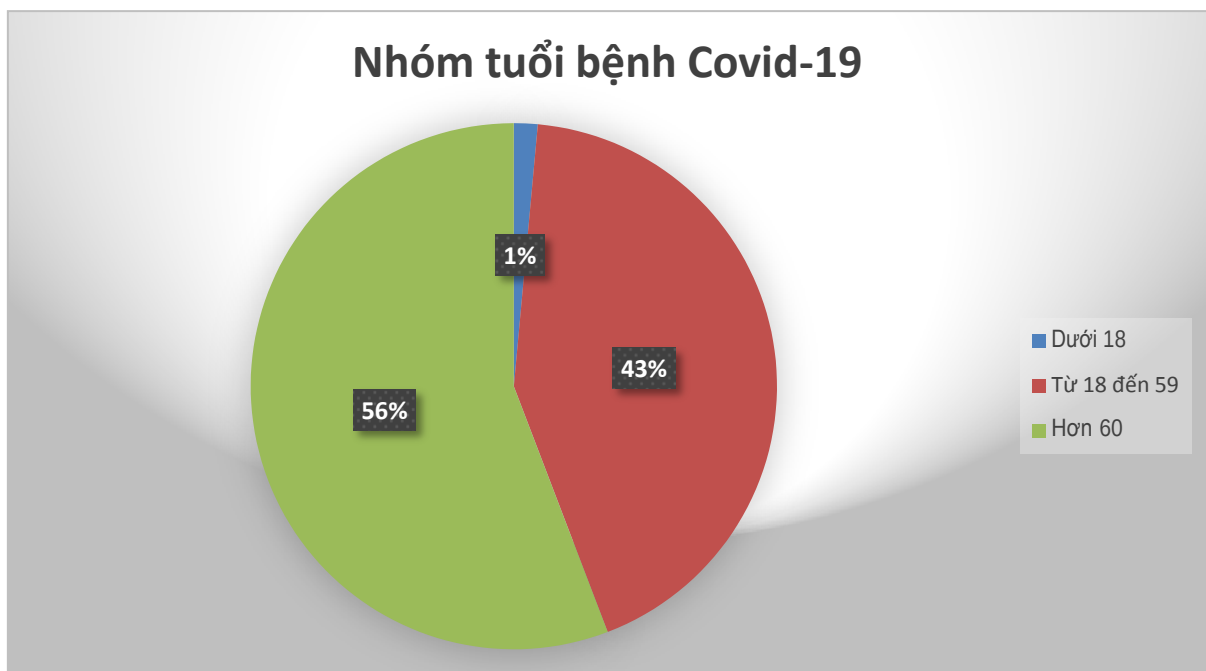
3.1.1 Đặc điểm dịch tễ



Biểu đồ 3.1.1.1 Dịch tễ bệnh Covid-19 trên địa bàn huyện Chợ Mới, An Giang

Nhận xét:

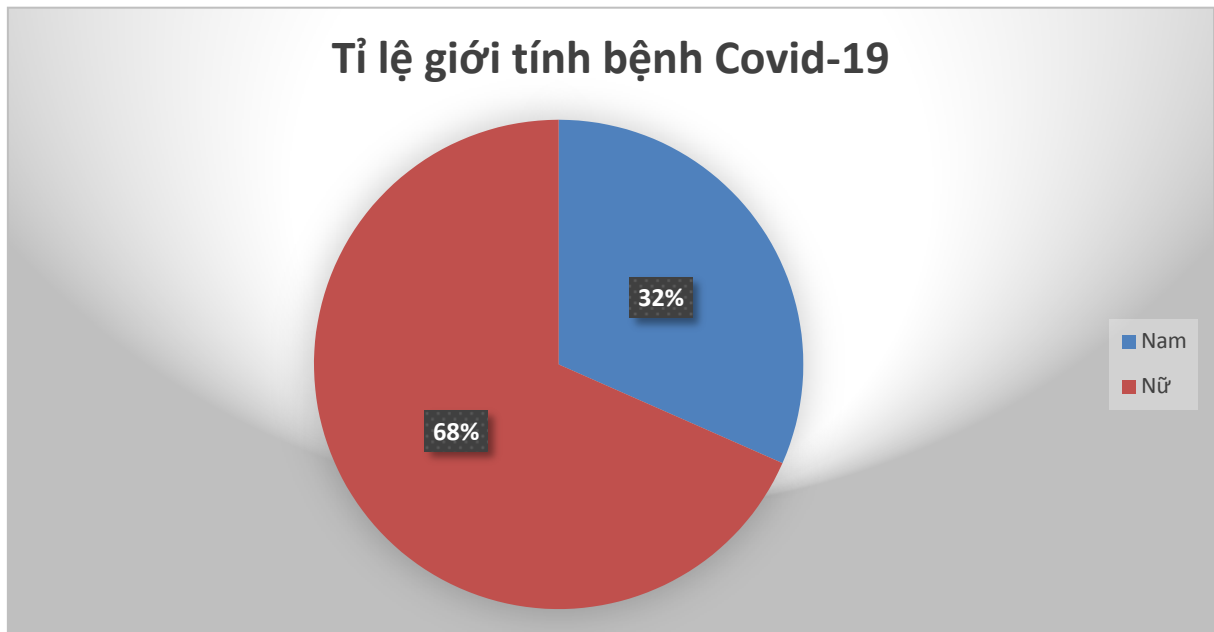
-Trong các xã thuộc địa bàn huyện Chợ Mới ghi nhận những bệnh nhân nhiễm Covid-19, xã Long Điền B chiếm tỉ lệ cao nhất với 15%. Kế tiếp là xã Mỹ Hội Đông với tỉ lệ là 10%. Các xã ít ghi nhận các ca nhiễm nhất là Bình Phước Xuân và An Thạnh Trung. Các địa bàn khác cũng chiếm tỉ lệ thấp khoảng 2%.



Biểu đồ 3.1.1.2 Nhóm tuổi bệnh Covid-19

Nhận xét:

-Nhóm tuổi mắc bệnh không đồng đều, nhóm tuổi càng cao dễ bị nhiễm bệnh hơn so, nhóm tuổi ngoài 60 chiếm hơn một nửa số ca mắc khoảng 56%. Nhóm tuổi từ 18 đến 59 tuổi chiếm tỉ lệ 43%, dưới 18 chiếm tỉ lệ rất nhỏ.

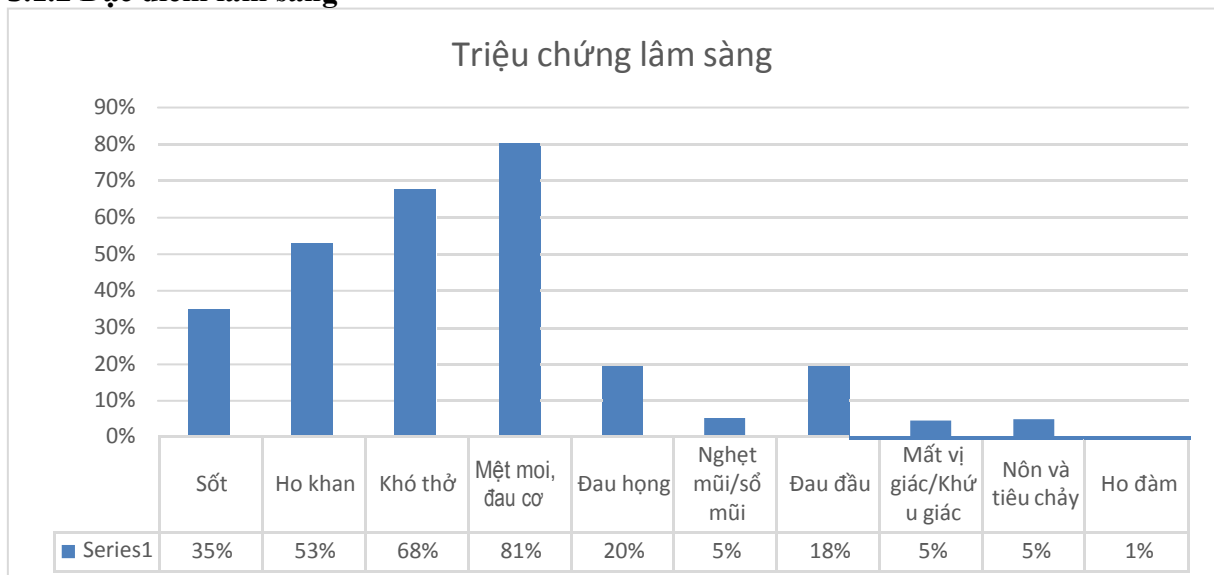


Biểu đồ 3.1.1.3 Tỉ lệ giới tính bệnh Covid-19

Nhận xét:

-Tỉ lệ mắc bệnh ở nữ cao gấp đôi so với nam #2,1/1.

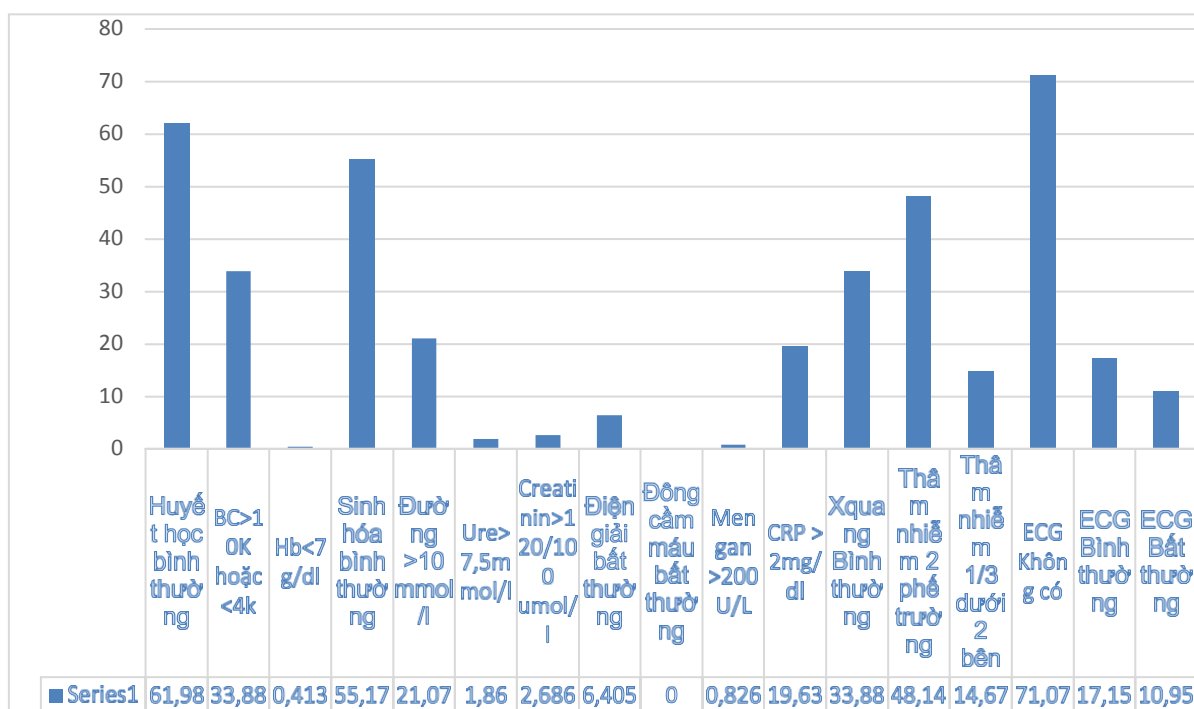
3.1.2 Đặc điểm lâm sàng



Bảng 3.1.2 Triệu chứng lâm sàng BN Covid-19

Nhận xét: Các triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân Covid-19 rất đa dạng. Thường gặp đứng đầu là tình trạng mệt mỏi đau cơ chiếm đến 81%. Tiếp theo là tình trạng khó thở 68 % và ho khan 53%. Triệu chứng sốt và đau họng, đau đầu cũng hay gặp ở một nhóm bệnh nhân với tỉ lệ 35 % và khoảng 20%. Các triệu chứng kèm theo như nghẹt mũi/ sổ mũi, mất vị giác khứu giác hay là nôn ói, tiêu chảy ho đàm chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ không đáng kể.

3.1.3 Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 3.1.3 Tỷ lệ cận lâm sàng của bệnh nhân Covid-19

Nhận xét:

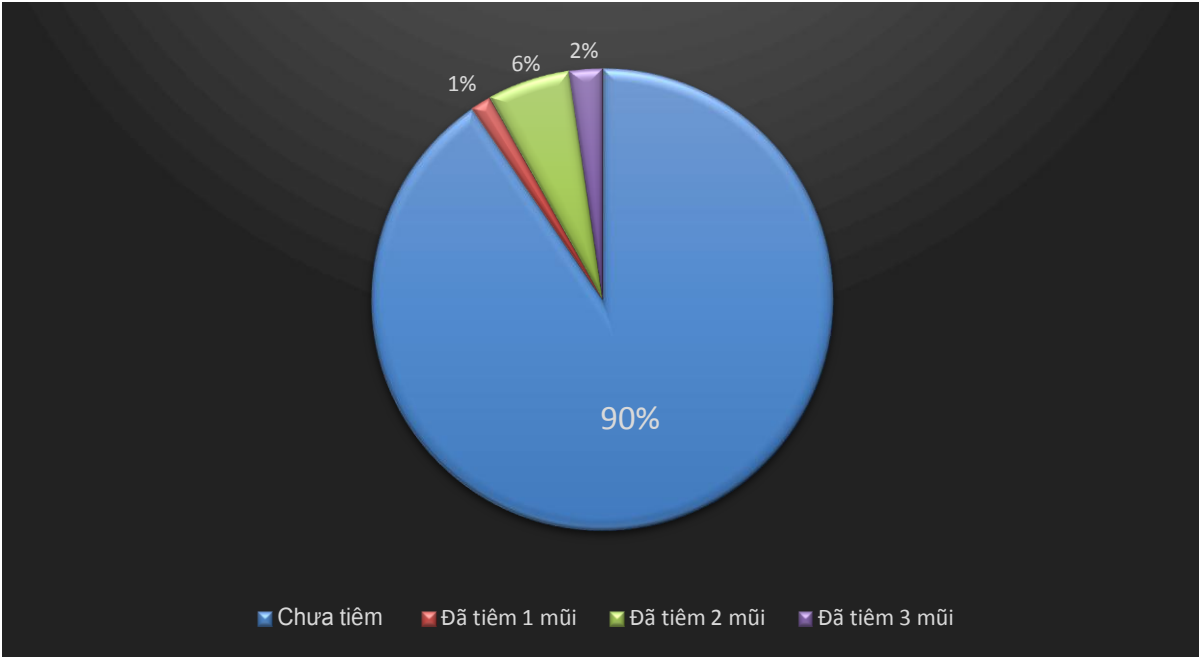
- Công thức máu (CTM) được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân (BN) Covid-19 có triệu chứng đang điều trị. CTM trong giới hạn bình thường chiếm 61,98%. CTM có số lượng bạch cầu bất thường chiếm tỉ lệ 33,88%, tuy nhiên những bệnh nhân Covid-19 thiếu máu nặng thì chiếm tỉ lệ rất thấp.

-Các XN sinh hóa của BN Covid-19 trong giới hạn bình thường chiếm 55.17%. Với 2 XN bất thường chiếm tỉ lệ cao gồm glucose > 10 mmol/l và CRP > 2mg/dl, chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau khoảng 20%. Kèm theo rối loạn điện giải chiếm 6,4%. Các kết quả XN bất thường khác như ure, creatinine và men gan chiếm tỉ lệ nhỏ.

-X-Quang phổi được thực hiện hầu hết đối với BN Covid-19. Tình trạng thâm nhiễm 2 phế trường xuất hiện phần lớn các bệnh nhân với tỉ lệ gần 50% và thâm nhiễm phổi 1/3 dưới 2 bên xuất hiện ít chỉ với 15 %, khó quan sát hoặc tổn thương chưa phát hiện trên Xquang phổi chiếm 37%.

-Điện tâm đồ không được thực hiện ở các BN Covid-19 chiếm tỉ lệ rất cao đến 71%. Điều này không thể loại trừ cơn khó thở hay cơn đau thắt ngực trên BN Covid-19, dẫn đến kết quả điều trị không hiệu quả. Ở BN Covid-19 có đo điện tâm đồ thì khả năng phát hiện bất thường chiếm gần 11% (bệnh tim thiếu cục bộ, rối loạn điện giải, nhồi máu cơ tim cũ, nhồi máu cơ tim cấp, bán cấp,...)

3.2 Tỷ lệ tiêm vaccin Covid-19 trên bệnh Covid-19



Biểu đồ 3.2 Tỷ lệ tiêm vaccin Covid-19

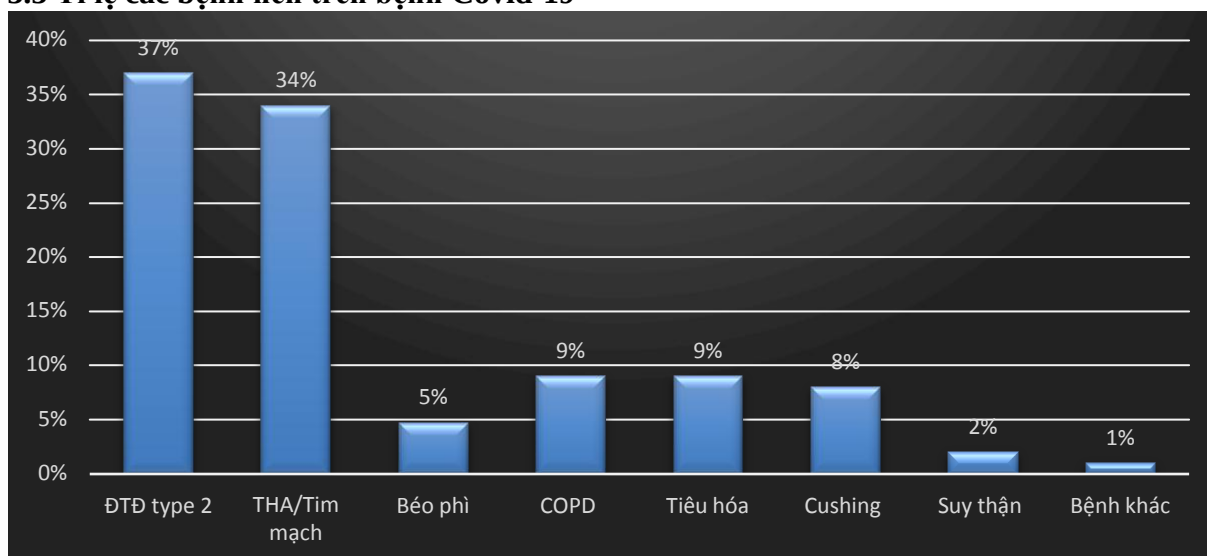
Nhận xét: Bệnh nhân Covid-19 chưa tiêm ngừa vaccin chiếm tỉ lệ lên đến 90%. Chỉ một phần ít được tiêm vaccin với tỉ lệ mũi 1 là 1%, mũi 2 là 6% và mũi 3 là 2%.

Số mũi tiêm vaccin	Nặng	Tỉ lệ số mũi tiêm/bệnh nặng
Chưa tiêm	145	80%
Đã tiêm 1 mũi	4	2%
Đã tiêm 2 mũi	21	12%
Đã tiêm 3 mũi	11	6%
Tổng	181	100%

Bảng 3.2 Tỷ lệ giữa tiêm vaccin Covid-19 và mức độ nặng trên BN Covid-19

Nhận xét: Những bệnh nhân chưa tiêm vaccin Covid-19 thì tỉ bệnh nặng chiếm 80%, tiêm 1 mũi vaccin tỉ lệ bị bệnh nặng chiếm 2%, tiêm 2 mũi tỉ lệ bệnh nặng chiếm 12%, tiêm 3 mũi thì bị nặng chiếm 6%.

3.3 Tỷ lệ các bệnh nền trên bệnh Covid-19



Biểu đồ 3.3 Bệnh nền kèm theo trên BN Covid-19

Nhận xét: Bệnh nền nhiều nhất là đái tháo đường type 2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 37%, theo sau là các bệnh lý về tăng huyết áp/tim mạch chiếm tỉ 34%. Các bệnh nền còn lại là COPD, béo phì, bệnh đường tiêu hóa, hội chứng Cushing chiếm tỉ lệ ít xấp xỉ 9%. Và suy thận ít nhất với 2%. Các bệnh lý khác chiếm tỉ lệ nhỏ.

	ĐTĐ type 2	THA/Tim mạch
BN Nặng/Nguy kịch	55/181 (30%)	51/181 (28%)
BN Nhẹ/Trung bình	75/303 (25%)	81/303 (26%)

Bảng 3.3 Tỷ lệ bệnh ĐTĐ type 2, THA/TM trên BN Covid-19

Nhận xét: Bệnh đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp/tim mạch chiếm tỉ lệ cao ở BN Covid-19. Đối với bệnh Covid-19 mức độ nặng, bệnh đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp/tim mạch chiếm #30%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng

4.1.1 Đặc điểm dịch tễ

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 484 bệnh nhân có 32% là nam và 68% là nữ, trong đó tỷ lệ nam nữ #1/2,1 tương đồng với nghiên cứu của BV điều trị dã chiến số 2, BV quân y 103 thì tỷ lệ BN nữ cao hơn nam ở cả 2 nhóm có bệnh lý nền và không có bệnh lý nền (64,6% và 73,6% so với 35,4% và 26,4%), tương đồng nghiên cứu của hội thầy thuốc trẻ Việt Nam năm 2021 (nữ #65%, nam #35%, tỷ lệ 1,8/1), khác so với nghiên cứu nghiên cứu của Vibhu Parcha năm 2021 và của Dong Y và cộng sự năm 2020 tỉ lệ nam nữ tương đương nhau.

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi hơn 60 (56%), từ 18 đến 59 tuổi (43%), dưới 18 chiếm 1%. Bộ Y Tế ghi nhận, BN hơn 60 tuổi có nguy cơ diễn tiến nặng.

4.1.2 Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng như sau: mệt mỏi, đau cơ (81%), khó thở (68%), ho khan (53%), sốt (35%) và đau họng (20%),... Tỷ lệ này ở các nghiên cứu khác ghi nhận:

Tên tác giả	Năm công bố/ Nơi nghiên cứu	Số lượng mẫu	% không triệu chứng	Triệu chứng hay gặp			
				Hô hấp	Sốt	Tiêu hoá	Nặng
CDC [3]	2020/ Mỹ	19500	17%	54%	65%	45%	---
Dong [14]	2020/ Trung Quốc	2143	12,9%	----	----	----	---
Liguoro [15]	2020/Trung Quốc	7480	14%	47,3%	51,6%	---	2%
Lu [7]	2020/Trung Quốc	171	16%	52%	41%	15%	1,8%
Yasuhara [16]	2020/Nhật Bản	114	18%	35%	64%	16%	---
Tezer [8]	2020/ Thổ Nhĩ Kỳ	117	49,6%	----	----	----	---
Parri [6]	2020/ Ý	2005	21%	44%	54%	----	1,9%
Tiago [17]	2020/ Brazil	1124	14,2%	41,5	47,5%	8,1%	3,6%

ĐẶC ĐIỂM	Vũ Hán	Ý	Hoa Kỳ	Ấn độ	VN (BV BNĐTW)
Sốt	98%	87,9%	43,1%	41,8%	48,4%
Ho	76%	67,7%	50,3%	58,1%	77,4%
Khó thở	25%	18,6%	28,5%	16,5%	6,5%
Đau rát họng		13,9%	20,0%	19,6%	22,6%
Đau mỗi cơ	44%	38,1%	36,1%	6,4%	9,7%
Nhức đầu	08%	13,6%	34,4%		19,4%
Nghẹt, chảy mũi		4,8%	6,1%	1,0%	6,5%
Tiêu chảy	3%	3,7%	19,3%	2,3%	16,1%
Đau bụng			7,6%	4,4%	
Buồn nôn/nôn			11,5%	6,0%	
Mất khứu/vị giác			8,3%		

Wu. [JAMA](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648). 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648 *từ nhóm bệnh nhân đầu tiên tại Vũ Hán: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Mức độ nặng: nghiên cứu chúng tôi chỉ thấy 181 ca có mức độ nặng và nguy kịch trong tổng số 484 ca nghiên cứu (37%), trong đó bệnh mức độ nhẹ và trung bình thì tỷ lệ 303/484 (63%) phù hợp với kết quả nghiên cứu của Dong và cộng sự năm 2020 với > 65% số ca không có triệu chứng, nhẹ hoặc trung bình.

4.1.3 Đặc điểm cận lâm sàng

Chúng tôi nhận thấy bạch cầu tăng #34%, CRP-định lượng tăng #20% trên bệnh nhân Covid-19 tương đồng với nghiên cứu BV BNĐTW cũng ghi nhận CPR tăng #20% và tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lu và cs ở Trung quốc ghi nhận 30% số lượng bạch cầu cao, tác giả Shen và cs thấy 39% bệnh nhân giảm bạch cầu, 55% tăng bạch cầu.

ĐẶC ĐIỂM	VŨ HÁN	Ý	VN (BV BNĐTW)
GIẢM BC LYMPHO	63%	83,2%	12,9%
GIẢM TIỂU CẦU	23,6%	36,2%	9,7%
TĂNG CREATIN KINASE			
TĂNG MEN GAN ALT			
TĂNG MEN GAN AST	37%		37%
TĂNG CRP		4,8%	20%
TĂNG PCT			5%
CREATININ MÁU		3,8%	
D- DIMER			

Bhatraju. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMoa2004500

*từ nhóm bệnh nhân đầu tiên tại Vũ Hán: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Gs Nguyễn Văn Kính- Báo cáo tổng kết- HN tập huấn về COVID-19 của BYT

Đối với BN Covid-19, X quang phổi bình thường lúc nhập viện #34% so với nghiên cứu của Guan 2020 chiếm #41%, tổn thương phổi chiếm #62% trên bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng.

4.2 Tiêm ngừa vaccin Covid-19 trên bệnh Covid-19

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ chưa tiêm vaccin mắc bệnh Covid-19 chiếm #80%, tiêm 1 mũi vaccin tỉ lệ mắc bệnh #2%, tỉ lệ mắc bệnh khi tiêm 2 mũi #12%, tiêm mũi 3 vẫn có khả năng mắc bệnh chiếm #6%. Các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 khẳng định vaccin có khả năng bảo vệ cao chống lại SARS-CoV-2 không chỉ phụ thuộc vào hiệu quả của chính vắc xin mà còn phụ thuộc vào số lượng, tình trạng và loại vaccin được tiêm chủng. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), kháng thể từ việc tiêm vắc xin phòng COVID-19 sẽ giảm dần theo thời gian và cơ thể sẽ mất khả năng bảo vệ. Sau khi tiêm đủ liều cơ bản (mũi 1 và mũi 2) thì khả năng bảo vệ là trên 80%, sau 3-6 tháng hiệu lực bảo vệ giảm dần chỉ còn 50%. Nếu tiêm mũi nhắc lại lần 1 (mũi 3) kháng thể tăng lên được 70%.

Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, kích thước mẫu tương đối nhỏ và sự mất cân bằng giữa các con số trong mỗi nhóm (nhiễm và không nhiễm SARS-CoV- 2) có thể ảnh hưởng đến kết quả. Ngoài ra chúng tôi chưa xác định rõ thời gian sau khi hoàn thành mũi tiêm nhắc lại lần 1 (mũi 3) đến thời điểm mắc Covid cũng như không thể xác định liệu lây nhiễm là trong bệnh viện hay lây truyền từ cộng đồng. Các nghiên cứu tiêm năng lớn hơn nữa là cần thiết để xác nhận các phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi.

V.KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu các bệnh nhân Covid-19 có triệu chứng tại TTYT H.Chợ Mới từ tháng 09/2021 đến tháng 01/2022, chúng tôi ghi nhận như sau:

- Dịch tễ: xã Long Điền B mắc bệnh Covid-19 chiếm tỷ lệ cao nhất 15%, kế tiếp xã Mỹ Hội Đông và TT. Chợ Mới tương đương khoảng 10%. Nhóm tuổi hơn 60 tuổi mắc Covid-19 chiếm 56%. Giới tính nữ/nam # 2,1/1

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là mệt mỏi, đau cơ (81%), khó thở (68%), ho khan (53%), sốt (35%) và đau họng (20%),...
- Huyết học trong giới hạn bình thường chiếm 62%, bạch cầu bất thường chiếm 34%. Sinh hoá trong giới hạn bình thường chiếm 55%, đường huyết và CRP cao chiếm #20%. Xquang phổi trong giới hạn bình thường #33%, thâm nhiễm #62%. Điện tâm đồ không thực hiện #71%, bất thường #10%, bình thường #17%.
- Bệnh nền Đái tháo đường type 2 (37%) và tăng huyết áp/tim mạch (34%) trên BN Covid-19. Tỷ lệ bệnh Covid-19 mức độ nặng kèm bệnh ĐTĐ type 2 và tăng huyết áp/tim mạch chiếm khoảng 30%.
- Những bệnh nhân chưa tiêm vaccin Covid-19 thì tỷ lệ bệnh nặng chiếm #80%.

VI. KIẾN NGHỊ

- Cần có thêm nhiều nghiên cứu về yếu tố nguy cơ nặng, tử vong trên BN Covid-19.
- Quản lý, điều trị bệnh nền như đái tháo đường type 2, tăng huyết áp/tim mạch, béo phì,... và các bệnh lý kèm theo chặt chẽ trên BN Covid-19.
- Đo điện tim thường quy đối với nhóm tuổi từ 40 trở lên, đặc biệt nhóm tuổi từ 60 để phát hiện các bệnh lý tim mạch cấp.
- Lên kế hoạch, lập thực đơn dinh dưỡng, khẩu phần ăn cho bệnh nhân Covid-19 theo từng mức độ bệnh. Phối hợp với bác sĩ dinh dưỡng và khoa dinh dưỡng lập thực đơn cụ thể từng ngày, từng tuần,...
- Tuyên truyền, vận động người dân chủ động cho tiêm ngừa Covid-19 theo hướng dẫn của Bộ Y Tế để giảm tỷ lệ mắc bệnh và giảm mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định 3416/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 về Ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV2), 2021.
2. Bộ Y tế (2021), "*Quyết định số 3464/QĐ-BYT ngày 31/7/2021 về Ban hành tiêu chí phân loại nguy cơ người nhiễm SARS-CoV2*".
3. Bộ Y Tế (2021), "*Quyết định số 3739/QĐ-BYT ngày 05/8/2021*".
4. Bộ Y tế (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022.
5. Sổ tay quản lý và điều trị COVID-19-Nhà xuất bản ĐH Cần Thơ-2021.
6. Hội thầy thuốc trẻ Việt Nam, năm 2021
7. Bệnh viện dã chiến truyền nhiễm số 2, bệnh viện quân Y 103-Tạp chí Y dược học quân sự số đặc biệt chuyên đề về Covid-19
8. Bài giảng PGS.TS.BS Phạm Thị Ngọc Thảo, Trưởng bộ môn HSCCĐ-ĐH Y dược TP.HCM, PGĐ BV Chợ Rẫy "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Covid-19*"
9. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 41 bệnh nhân nhiễm 2019-nCoV đầu tiên được chẩn đoán và điều trị tại Vũ Hán, Trung Quốc
10. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 among in China. Pediatrics 2020, Mar 16 : e20200702, doi: 10.1542/peds. 2020.0702. Epub ahead of print.
11. Alhazzani W et al. (2020), "*Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19)*". Intensive Care Med, 46 (5), pp. 854-887.

12. American Association for the Study of Liver Diseases (2021), "*Clinical Best Practice Advice for Hepatology and Liver Transplant Providers During the COVID-19 Pandemic: AASLD Expert Panel Consensus Statement*".
13. World Health Organization (2020), "*Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected*". 2019.
14. World Health Organization (2021), "*In the Wake of the Pandemic: Preparing for Long COVID*". pp. 9-11.
15. World Health Organization (2021), "*Clinical management of COVID-19: living guidance*".
16. The ROMANOV study found impaired humoral and cellular immune responses to SARS-CoV-2 mRNA vaccine in virus-unexposed patients receiving maintenance hemodialysis
17. Kidney International, 18 July 2021, Volume 100, Issue 4, Pages 928-936
18. Maxime Espi, Xavier Charmetant, Olivier Thaumat

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHÔNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI DÂN BỊ TĂNG HUYẾT ÁP TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI HUYỆN CHỢ MỚI, TỈNH AN GIANG NĂM 2022

Trần Phước Sang*, Nguyễn Phước Bình, Nguyễn Văn Sơn

Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới

*Email: bs.sangcmaq@gamil.com

TÓM TẮT :

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một trong những vấn đề sức khỏe quan trọng trong cộng đồng. Theo điều tra của Bộ Y tế năm 2015 (lứa tuổi từ 18-69) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 18,9%. Tăng huyết áp cần điều trị suốt đời, do đó việc thay đổi lối sống và tuân thủ điều trị dùng thuốc để kiểm soát huyết áp tốt, ngăn ngừa biến chứng nặng nề của tăng huyết áp là hết sức cần thiết. Tuy nhiên, hiện nay chưa có một công trình nghiên cứu nào về tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng trên địa bàn huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị và xác định một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang. Đối tượng nghiên cứu là người tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên đang được quản lý, điều trị tại Trạm Y tế xã, thị trấn. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích với số mẫu 291 người và phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc gồm không hút thuốc lá/thuốc láo: 74,2%; hạn chế uống rượu/bia: 71,8%; vận động thể lực: 50,2%; giảm ăn mặn: 62,2%; ăn nhiều rau xanh, trái cây: 46,4%; theo dõi huyết áp và tái khám định kỳ: 36,8%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp là 69,4%. Một số yếu tố được xác định có liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc ($p < 0,05$) là tuổi, nghề nghiệp, quan điểm bệnh tăng huyết áp nguy hiểm đến tính mạng, tái khám định kỳ, kiến thức bệnh tăng huyết áp và kiểm soát huyết áp. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị thay đổi lối sống và dùng thuốc hạ áp còn chưa thực sự cao. Nghiên cứu tiếp tục về tuân thủ điều trị tăng huyết áp, trọng tâm nhất là mối liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp, đồng thời cần có giải pháp can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ở người bệnh.

Từ khóa: tăng huyết áp, tuân thủ điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe quan trọng trong cộng đồng và là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây nên gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu, mỗi năm có khoảng 9,4 triệu người bị tăng huyết áp đã tử vong [26]. Theo điều tra quốc gia của Bộ Y tế năm 2015 (lứa tuổi từ 18-69) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 18,9% [1]. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các biến cố tim mạch và được xem là “kẻ giết người thầm lặng” do tăng huyết áp hiếm khi có triệu chứng rõ ràng. Theo một số nghiên cứu, nếu chúng ta làm tốt công tác dự phòng và tuân thủ điều trị sẽ giúp làm giảm tử vong do bệnh mạch vành 10 – 12% và giảm nguy cơ tổng biến cố đột quỵ tới 37%, giảm 36% nguy cơ đối với đột quỵ gây tử vong [1,2]. Tăng huyết áp là một bệnh lý mạn tính, cần điều trị suốt đời, do đó việc thay đổi lối sống và tuân thủ điều trị dùng thuốc để kiểm soát huyết áp tốt, ngăn ngừa biến chứng nặng nề của tăng huyết áp là hết sức cần thiết. Tuy nhiên, theo kết quả của một số nghiên cứu, tỷ lệ không tuân thủ điều trị tăng huyết áp khá cao, chiếm khoảng 24-70% [27] [28] [29]. Nguyên nhân làm giảm sự tuân thủ dùng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp là nhận thức của bệnh nhân, quên sử dụng thuốc, tác dụng không mong muốn, giá thành ... [30],[31],[32]. Tại Việt Nam, tình hình tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp hiện nay tại các địa phương trên cả nước đã có nhiều nghiên cứu và can thiệp. Cụ thể, theo nghiên cứu của Phạm Phương Liên, Trần Công Trường (2018) tại Quận 2, TP.Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp là 41,2% [3]. Nghiên cứu của Dương Hữu Nghị (2020) tại Thanh Bình, Đồng Tháp cho thấy tuân thủ điều trị chung chiếm tỷ lệ 31%, trong đó tuân thủ dùng thuốc (49,5%), tuân thủ thay đổi lối sống (72,4%), tuân thủ khám định kỳ (98,6%) [5]. Nghiên cứu của Ngô Vương Hoàng Giang (2020) tại Thoại Sơn, An Giang cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị chung thấp chiếm tỷ lệ 15,2%, trong đó tuân thủ sử dụng thuốc đạt 49,5% và tuân thủ thay đổi lối sống chỉ đạt 40,5% [6]. Theo báo cáo năm 2021 vừa qua, tỷ lệ phát hiện người bệnh tăng huyết áp trên địa bàn huyện Chợ Mới, An Giang là 7,7% (tăng gấp 2 lần so với năm 2020), trong khi đó tổng số quản lý người bệnh tăng huyết áp chỉ đạt rất thấp 32,6%. Hiện tại, cũng chưa có một công trình nghiên cứu nào về tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng trên địa bàn huyện. Do đó, để hiểu hơn tình hình tuân thủ điều trị, từ đó làm cơ sở cho việc đề xuất các biện pháp, xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe thích hợp cho bệnh nhân, góp phần vào việc dự phòng biến chứng và điều trị tăng huyết áp được tối ưu ở địa phương, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “*Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến*

không tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người dân bị tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người dân từ 18 tuổi trở lên có bệnh tăng huyết áp đang được quản lý, điều trị tại các Trạm y tế trên địa bàn huyện Chợ Mới, An Giang.

- Tiêu chí chọn mẫu

Người bệnh THA không phân biệt nam, nữ, đang được quản lý tại các trạm y tế và thường trú tại địa bàn huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang từ 6 tháng trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ

Người không có khả năng trả lời phỏng vấn như: câm, điếc bẩm sinh, nghe kém và người bệnh tâm thần, người bị bệnh nặng, nghiện rượu,...

Người không thể thu thập được các chỉ số nhân trắc như:

- Người mất chỉ không thể đo huyết áp hoặc ảnh hưởng số đo chiều cao.
- Người rời địa phương đi nơi khác sinh sống và làm việc trong thời gian nghiên cứu
- Phụ nữ có thai, người bệnh cấp tính nặng đang nằm viện
- Người không đồng ý hợp tác nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu bắt đầu từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022, tại 10 Trạm Y tế xã/thị trấn thuộc huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỉ lệ

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

Trong đó: $Z_{0,975}=1,96$; α : là mức ý nghĩa thống kê (0,05).; Chọn $p=0,31$ [5]; d : là sai số cho phép của nghiên cứu, chọn $d = 6\%$; Thay vào công thức ta được $n = 228$ đối tượng; Cộng thêm 15% sai số, hao hụt trong nghiên cứu và làm tròn, cỡ mẫu sau cùng là 262 đối tượng. Thực tế, chúng tôi khảo sát được 291 đối tượng.

- **Áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn gồm:** Chọn ngẫu nhiên 10/18 Trạm Y tế xã, thị trấn. Sau đó, mỗi TYT chọn khoảng 26-27 đối tượng. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian từ 7 giờ đến 11 giờ, 13 giờ đến 17 giờ từ thứ 2 đến thứ 6, người khám thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chọn vào nghiên cứu, đảm bảo không có sự trùng lặp người bệnh tới khám lại trong thời gian thu thập số liệu. Thu thập số liệu đến khi đủ số mẫu ở từng trạm y tế.

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuân thủ điều trị dùng thuốc dựa vào thang đo Morisky-8 [22], trong đó không tuân thủ khi ≥ 3 nội dung thực hành không đúng. Một số nội dung không tuân thủ điều trị thay đổi lối sống bao gồm hút thuốc lá/thuốc lào; sử dụng rượu >2 cốc tiêu chuẩn/ngày đối với nam, >1 cốc tiêu chuẩn/ngày đối với nữ (1 cốc tiêu chuẩn = 360ml bia = 150ml rượu vang = 30ml rượu nặng); ít hoặc không vận động thể lực (< 30 phút/ngày và < 5 ngày/tuần); ăn mặn (ăn thức ăn chứa nhiều muối mỗi ngày hoặc mỗi ngày ăn ≥ 5 gram muối tương đương từ 1 muỗng café muối hoặc được thành viên trong gia đình nhận xét khẩu vị mặn); ăn ít rau trái cây là khi đối tượng ăn < 400 gram rau, quả và < 4 ngày/tuần; không theo dõi HA và tái khám định kỳ (có tái khám nhưng không đều hoặc không tái khám và chỉ đo HA khi có biểu hiện THA hoặc đo không thường xuyên hoặc không đo HA). Người bệnh có kiến thức chung đúng khi trả lời đúng 8/14 câu hỏi. Đánh giá đối tượng có kiểm soát HA (JNC VIII) [33] khi người từ 60 tuổi trở lên HA $< 150/90$ mmHg hoặc dưới 60 tuổi $< 140/90$ mmHg.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập liệu bằng Excel 2016, xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 26.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

	Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	132	45,4
	Nam	159	54,6
	Mù chữ	5	1,7
Trình độ học vấn	Cấp 1	140	48,1
	Cấp 2	97	33,3

	Từ cấp 3 trở lên	49	16,8
	Lao động chân tay	183	62,9
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	25	8,6
	Hết khả năng lao động	83	28,5
	Nghèo/cận nghèo	12	4,1
Kinh tế gia đình	Không nghèo	279	95,9
	Không	8	2,7
Bảo hiểm y tế	Có	283	97,3
	Không	10	3,4
Khả năng chi trả	Có	281	96,6

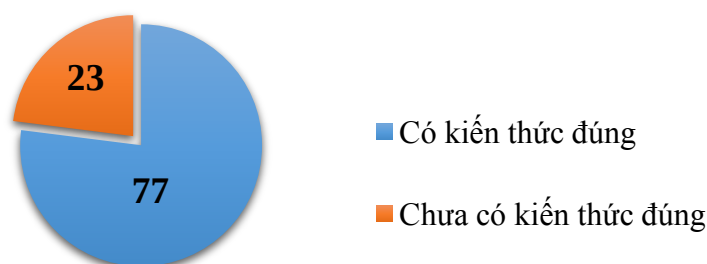
***Nhận xét:** Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới; Đối tượng có trình độ học vấn cấp 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,1%); Có 62,9% đối tượng có nghề nghiệp lao động chân tay (chiếm tỷ lệ cao nhất); Đa số đối tượng thuộc diện không nghèo (95,9%); Có 97,3% đối tượng có bảo hiểm y tế. Đa số đối tượng có thời gian mắc THA và điều trị THA từ 2-5 năm; Đa số đối tượng được khảo sát có khả năng chi trả thuốc men (96,6%).

Bảng 3.2. Đặc điểm về phân loại tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Nữ n(%)	Nam n(%)	Tổng n(%)
18-39	2 (1,5)	8 (5)	10 (3,4)
40-59	61 (46,2)	68 (42,8)	129 (44,3)
≥60	69 (52,3)	83 (52,2)	152 (52,2)

***Nhận xét:** Đa số đối tượng thuộc độ tuổi ≥60 tuổi (chiếm tỷ lệ 52,2%). Thấp nhất là độ tuổi 18-49 (3,4%).

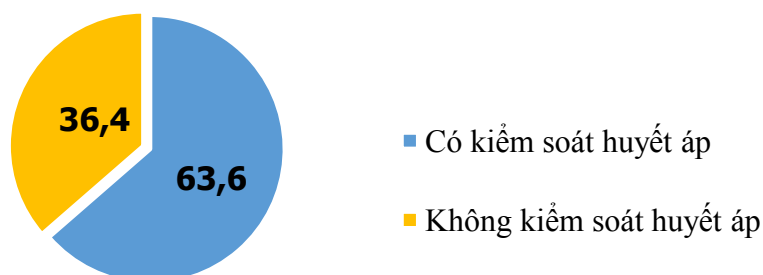
3.2. Kiến thức bệnh tăng huyết áp



Biểu đồ 3.1. Kiến thức về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

***Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung đúng là 77%.

3.3. Kiểm soát huyết áp:



Biểu đồ 3.2. Tình hình kiểm soát huyết áp của đối tượng nghiên cứu

***Nhận xét:** Tỷ lệ đối tượng có KSHA trong nghiên cứu là 63,6%.

3.4. Tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Bảng 3.3. Tuân thủ điều trị không dùng thuốc hạ áp

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TTĐT không hút thuốc lá/thuốc láo	216	74,2
TTĐT hạn chế uống rượu/bia	209	71,8
TTĐT vận động thể lực	146	50,2
TTĐT giảm ăn mặn	181	62,2
TTĐT ăn nhiều rau xanh, trái cây	135	46,4
TTĐT theo dõi HA và tái khám định kỳ	107	36,8

***Nhận xét:** Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ TTĐT không hút thuốc/ thuốc láo là 74,2%; hạn chế rượu bia chiếm 71,8%; Vận động thể lực là 50,2%; giảm ăn mặn chiếm 62,2%; ăn nhiều rau, trái cây là 46,4%; theo dõi HA và tái khám định kỳ là 36,8%.

3.5. Tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp



Biểu đồ 3.3. Tình hình tuân thủ điều trị dùng thuốc ở đối tượng nghiên cứu

***Nhận xét:** Tỷ lệ có tuân thủ điều trị dùng thuốc chung ở người bị tăng huyết áp là 69,4%.

3.6. Một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc:

Bảng 3.4. Mỗi tương quan giữa tuổi với không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Tuổi	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
	Không n(%)	Có n(%)		
18-39	6 (60)	4 (40%)	1	-
40-59	51 (39,5)	78 (60,5)	2,294 (0,617-8,532)	0,317*
≥60	32 (21,1)	120 (78,9)	5,625 (1,497-21,139)	0,005

**Fisher's Exact Test*

***Nhận xét:** Những người ở nhóm tuổi 40-59 không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,294 lần so với những người ở nhóm tuổi 18-49 với KTC 95%=0,617-8,532 và $p>0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Những người ở nhóm tuổi ≥60 không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 5,625 lần so với những người ở nhóm tuổi 18-49 với KTC 95%=1,497-21,139 và $p<0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Mỗi tương quan giữa giới tính với không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Giới tính	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
	Không n(%)	Có n(%)		
Nam	49 (30,8)	110 (69,2)	1,025 (0,621-1,691)	0,924
Nữ	40 (30,3)	92 (69,7)		

***Nhận xét:** Tỷ lệ không tuân thủ điều trị ở nữ giới là 30,3%, nam giới là 30,8%. Nam giới không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 1,025 lần so với nữ giới với KTC 95%=0,621-1,691 $p>0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Mỗi tương quan giữa trình độ học vấn, kinh tế gia đình, nghề nghiệp, bảo hiểm y tế với không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị dùng thuốc	OR (KTC 95%)	P
----------	---------------------------------	-----------------	---

		Không n(%)	Có n(%)		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	76 (31,4)	166 (68,6)	1,268 (0,636-2,527)	0,499
	Từ THPT trở lên	13 (26,5)	36 (73,5)		
Kinh tế gia đình	Nghèo	3 (25)	9 (75)	0,784 (0,198-2,832)	1*
	Không nghèo	86 (30,8)	193 (69,2)		
Nghề nghiệp	Có việc làm	71 (34,1)	137 (65,9)	1,871 (1,032-3,395)	0,037
	Không có việc làm	18 (21,7)	65 (78,3)		
Bảo hiểm y tế	Không	3 (37,5)	5 (62,5)	1,374 (0,321-5,880)	0,704*
	Có	86 (30,4)	197 (69,6)		

*Fisher's Exact Test.

***Nhận xét:**

- Người có trình độ học vấn dưới THPT không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 1,268 lần người có học vấn từ THPT trở lên với KTC 95%=0,636-2,527 và $p>0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.
- Người nghèo/cận nghèo không tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp bằng 0,784 lần so với người không nghèo với KTC 95%= 0,198-2,832 và $p>0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.
- Người có việc làm (lao động chân tay và lao động trí óc) thì không tuân thủ điều trị cao gấp 1,871 lần so với người không có việc làm với OR=1,032-3,395 và $p<0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.
- Người không có BHYT không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 1,374 lần người có BHYT với KTC 95% = 0,321-5,880 và $p>0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Mối tương quan giữa kiến thức bệnh với không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Kiến thức bệnh tăng huyết áp	Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
	Không n(%)	Có n(%)		
Chưa tốt	32 (47,8)	35 (52,2)	2,679 (1,521-4,717)	0,001
Tốt	57 (25,4)	167 (74,6)		
Tổng	89 (30,6)	202 (69,4)		

***Nhận xét:** Tỷ lệ người có kiến thức bệnh THA chưa tốt thì không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,679 lần so với người có kiến thức tốt với KTC 95% = 1,521-4,717 và $p<0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa không tuân thủ điều trị dùng thuốc với kiểm soát huyết áp

Tuân thủ điều trị dùng thuốc	Kiểm soát huyết áp		OR (KTC 95%)	P
	Không n(%)	Có n(%)		
Không	54 (60,7)	35 (39,3)	4,451 (2,621-7,557)	<0,001
Có	52 (25,7)	150 (74,3)		
Tổng	106 (36,4)	185 (63,6)		

***Nhận xét:** Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị dùng thuốc thì không kiểm soát HA cao gấp 4,451 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc với KTC 95% là 2,621-7,557 và $p<0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa khả năng chi trả, quan điểm tăng huyết áp là nguy hiểm, tái khám định kỳ với không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Đặc điểm		Tuân thủ điều trị dùng thuốc		OR (KTC 95%)	P
		Không n(%)	Có n(%)		
Khả năng chi trả	Không	5 (50)	5 (50)	2,345	0,181*

	Có	84 (29,9)	197 (70,1)	(0,662-8.315)	
Quan điểm bệnh THA nguy hiểm, đe dọa tính mạng	Không	19 (44,2)	24 (55,8)	2,013 (1,038-3,904)	0,036
	Có	70 (28,2)	178 (71,8)		
Tái khám định kỳ	Không	70 (54,7)	58 (45,3)	9,147 (5,062-16,527)	<0,001
	Có	19 (11,7)	144 (88,3)		

**Fisher's Exact Test*

***Nhận xét:**

- Người không có khả năng chi trả chi phí điều trị không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,345 lần so với người có khả năng chi trả với KTC 95% = 0,662-8.315 và $p > 0,05$. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

- Người không có quan điểm bệnh THA nguy hiểm, đe dọa tính mạng thì không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,013 lần so với người có quan điểm với KTC 95% = 1,038-3,904 và $p < 0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Người không tái khám định kỳ thì không tuân thủ điều trị cao gấp 9,147 lần so với người có đi tái khám định kỳ với KTC 95% = 5,062-16,527 và $p < 0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Về giới tính: Trong 291 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam giới (54,6%) cao hơn nữ giới (45,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lê Trung Hiếu (2021) [10], Dương Hữu Nghị (2020) [5] tuy nhiên, sự khác biệt chênh lệch không nhiều. **Về độ tuổi:** Đối tượng thuộc độ tuổi ≥ 60 tuổi (chiếm cao nhất với tỷ lệ 52,2%), kế tiếp là 40-59 với tỷ lệ 44,3%, thấp nhất là độ tuổi 18-49 (3,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Tuấn An, Phạm Thị Tâm (2020) [11] và nghiên cứu cắt ngang tại Bamenda, Cameroon [23]. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra và phù hợp với một số tài liệu y văn, tỷ lệ mắc THA tỷ lệ thuận với sự gia tăng của độ tuổi. **Về trình độ học vấn:** nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trình độ cấp 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1% và thấp nhất là mù chữ (1,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Trung Hiếu (2021) [10] và nghiên cứu Nguyễn Bá Nam (2018) [12]. Có kết quả này là do Chợ Mới còn là vùng nông thôn nên điều kiện học tập cũng như kinh tế còn nhiều khó khăn; người dân đặc biệt là độ tuổi trung niên chiếm tỉ lệ cao nên họ chủ yếu biết đọc, biết viết nên trình độ cấp 1 chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến là cấp 2 và trình độ từ THPT trở lên thấp là hợp lý. **Về nghề nghiệp:** đa số là lao động chân tay (62,9%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bá Nam (2018) [12] với tỷ lệ lao động chân tay chiếm 58,1%. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm địa lý của dân số chung tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long với nguồn thu nhập chủ yếu dựa vào làm ruộng, làm rẫy làm vườn, làm phụ hồ hoặc công nhân. **Về kinh tế hộ gia đình:** Tỷ lệ hộ nghèo/cận nghèo trong nghiên cứu là 4,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bá Nam (2018) tại huyện Phong Điền, Cần Thơ với tỉ lệ hộ nghèo/ cận nghèo chỉ 12,7% [12]. Lý giải cho điều này có thể địa bàn thuộc vùng nông thôn nhưng cách trung tâm thành phố Long Xuyên không xa, cùng với đó tại đây cũng có các khu du lịch, các nhà máy, xí nghiệp giúp cải thiện kinh tế, việc làm của người dân. **Về bảo hiểm y tế:** Phần lớn những người được phỏng vấn đều có BHYT chiếm 97,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Trung Hiếu (2021) với tỷ lệ tham gia BHYT 95,7% [10]. Như vậy, với tỷ lệ tham gia BHYT cao cho thấy người dân tại đây rất quan tâm đến tình hình sức khỏe của mình và biết được lợi ích của việc sử dụng BHYT trong khám, chữa bệnh. **Về kiến thức bệnh THA:** Trong số đối tượng được nghiên cứu, các đối tượng có kiến thức trung bình chiếm cao nhất với 47,1%, tiếp đến kiến thức đầy đủ chiếm 29,9% và thấp nhất kiến thức kém chiếm 23%. Nhìn chung, tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung đúng là 77%. Đa số người dân nắm được những thông tin cơ bản về bệnh như: Không hút thuốc lá, ăn giảm chất béo, giảm cân, tập thể dục thường xuyên, thay đổi lối sống, giảm ăn thịt đỏ, tăng huyết áp dẫn đến đe dọa tính mạng. Kiến thức về hạn chế các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp như: giảm muối, phối hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống thì người dân trả lời chưa đúng chiếm tỷ lệ cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Dương Hữu Nghị (2020) [5] nghiên cứu của Nguyễn Tiến Khương và cs (2021) [13] với tỷ lệ kiến thức chung đúng lần lượt là 80% và 81,4%. Việc người bệnh có kiến thức đúng về bệnh THA góp phần giúp kiểm soát huyết áp và thực hành tuân thủ điều trị tốt hơn. **Về kiểm soát huyết áp:** Kết quả về tình hình KSHA trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,6% đối tượng có KSHA cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lê Minh Hữu (2018) [8] là 55,7%, Nguyễn Tấn Đạt (2016) là 47,5% [14]. Các nghiên cứu của những năm trước thì bệnh THA chưa phải là vấn đề sức khỏe được chú trọng nhiều. Tuy nhiên, từ năm 2000 đến nay, các vấn đề sức khỏe được quan tâm không chỉ là các bệnh truyền nhiễm, mà còn là những bệnh mạn tính như Tăng huyết áp. Đồng

thời, hiện nay nhờ các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe, cũng như sự phát triển của công nghệ thông tin như mạng xã hội, báo chí,... mà đa số người dân có cái nhìn mới và toàn diện hơn về bệnh tăng huyết áp nói riêng và bệnh mạn tính nói chung đang là vấn đề sức khỏe chủ yếu được quan tâm hàng đầu trong thực hiện các biện pháp phòng bệnh nhằm hạn chế các biến chứng của chúng.

4.2. Tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Tuân thủ điều trị không hút thuốc lá: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TTĐT không hút thuốc/thuốc lá là 74,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Trung Hiếu (2021) [10], Hoàng Đức Thái (2021) [4] và Phạm Phương Liên (2018) [3] lần lượt là 83,9%, 81,36% và 79,4%. Kết quả cho thấy một phần hiệu quả của các chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại thuốc lá trong thời gian qua. Nhiều tài liệu y văn đã chỉ ra rằng hút thuốc lá/thuốc lá là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng gây nên các bệnh lý về tim mạch. Người bệnh hút thuốc lá/thuốc lá nhiều sẽ dễ gây co mạch, tăng huyết áp và làm nặng thêm tình trạng bệnh. Vì vậy, không hút thuốc là một yếu tố quan trọng trong tuân thủ điều trị.

Tuân thủ điều trị hạn chế rượu/bia: Tỷ lệ TTĐT hạn chế rượu bia của chúng tôi là 71,8%. Kết quả chúng tôi tương đồng nghiên cứu Nguyễn Bá Nam (2018) [12], Lê Trung Hiếu (2021) [10], Hoàng Đức Thái (2021) [4] 78,1%; 83,5%; 83,6%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thơm khi có 47,2% không uống rượu bia. Các tác giả Trần Thị Loan nghiên cứu thấy có 67,6% không sử dụng rượu bia, Nguyễn Minh Phương có 66,4% hạn chế uống rượu, bia, cũng thấp hơn tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Giải thích cho sự khác biệt trong nghiên cứu này với các nghiên cứu khác, có thể là do nghiên cứu này tiến hành có tỷ lệ nam giới cao hơn nghiên cứu của một số nghiên cứu của tác giả khác. Việc lạm dụng rượu bia là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong bệnh THA nói riêng và bệnh lý tim mạch nói chung.

Tuân thủ điều trị thường xuyên vận động thể lực: Có 50,2% người bệnh có vận động thể lực theo khuyến cáo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu Nguyễn Bá Nam (2018) [12] với tỷ lệ 52,5%, đồng thời cao hơn nghiên cứu Lê Trung Hiếu (2021) [10], Phạm Phương Liên [3] với tỷ lệ lần lượt là 33,1%, 41,7% và thấp hơn điều trị quốc gia 2015 và nghiên cứu Phạm Thị Tâm (2018) với tỷ lệ lần lượt là 71,9% và 74,15%. Lí giải sự khác biệt là do đối tượng nghiên cứu độ tuổi tương đối cao, phần lớn là tuổi trung niên trở lên, đặc điểm tuổi tác ảnh hưởng đến thái độ và thời gian vận động thể lực, vì thế có sự chênh lệch. Hoạt động thể lực có thể ngăn ngừa, phòng tránh các bệnh lý tim mạch. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa phân tích kỹ hoạt động thể lực chi tiết của từng đối tượng bệnh nhân một cách toàn diện. Tuy nhiên, đối tượng khảo sát được đa phần là tuổi trung niên trở lên nên cũng rất hạn chế trong một số hoạt động thể lực nhất định.

Tuân thủ điều trị giảm ăn mặn: Có 62,2% người bệnh THA tuân thủ giảm ăn mặn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu Lê Trung Hiếu (2021) [10] với tỷ lệ là 78,7% và cao hơn nghiên cứu Nguyễn Bá Nam (2018) [12] với tỷ lệ là 44,5%. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về nhóm tuổi nghiên cứu. Nhìn chung, nhiều bệnh nhân THA ở mức độ nhẹ chỉ cần ăn chế độ giảm muối là có thể điều trị được bệnh. Chế độ ăn giảm muối là một biện pháp quan trọng để điều trị cũng như phòng bệnh THA.

Tuân thủ điều trị ăn nhiều rau xanh, trái cây: Có 46,4% người bệnh TTĐT ăn nhiều rau xanh và trái cây. Kết quả chúng tôi cao hơn nghiên cứu Lê Trung Hiếu (2021) [10] và Nguyễn Bá Nam (2018) [12] lần lượt là 23,3% và 20,5%. Tuy vậy, vẫn còn hơn 50% đối tượng nghiên cứu không ăn đủ rau xanh, trái cây. Do đó, cần tuyên truyền và tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh hiểu rõ vai trò, lợi ích của việc thường xuyên bổ sung đủ rau xanh, trái cây theo khuyến cáo.

Tuân thủ theo dõi huyết áp và tái khám định kỳ: không chỉ giúp người bệnh TTĐT dùng thuốc mà còn giúp họ phát hiện sớm các biến chứng do bệnh THA gây ra. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 36,8% người bệnh theo dõi HA và tái khám định kỳ đúng hẹn thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Nam (2018) [12] với tỷ lệ là 48,8%. Lí giải cho sự khác biệt này là do trong nghiên cứu chúng tôi, người bệnh có máy đo HA chỉ có 30,6% và đa phần người bệnh chỉ đo khi khám sức khỏe hoặc có biểu hiện THA, đồng thời tái khám không đều chiếm tỷ lệ 44%. Vì vậy, cần truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh hiểu đúng tầm quan trọng của việc theo dõi HA thường xuyên và tái khám đều đặn, song song đó, y bác sĩ điều trị cần tích cực hơn nữa trong việc tư vấn cho bệnh nhân.

4.3. Tình hình tuân thủ điều trị có dùng thuốc hạ áp

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc chung của chúng tôi theo thang đo Morisky khá cao (69,4%) phù hợp với nghiên cứu thực hiện tại Washington (Mỹ) của tác giả Gatti [24]. Kết quả cũng tương tự khi so sánh với nghiên cứu của Huỳnh Tuấn An, Phạm Thị Tâm (2020) thực hiện trên 416 người bệnh THA tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang là 64,4% có đối tượng gần giống với nghiên cứu của chúng tôi (các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, thông tin về nhân trắc và xã hội học) thì kết quả gần tương đồng [17]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn so với nghiên cứu tác giả Thạch Thị Mỹ (2019) có 34,4% đối tượng có

tuân thủ thuốc dùng thuốc hạ áp [7]. Nguyên nhân của sự khác biệt trên có thể được giải thích do tất cả những bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu của tác giả Thạch Thị Mỹ 100% là đồng bào dân tộc thiểu số, học vấn thấp, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, có thu nhập thấp nên phải chịu nhiều áp lực từ công việc cũng như gánh nặng kinh tế cho gia đình, địa bàn sinh sống của họ tập trung chủ yếu ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa của tỉnh, đường xá giao thông còn gặp nhiều khó khăn, hạn chế tiếp cận truyền thông đại chúng và công nghệ thông tin cũng như chăm sóc y tế nên đây có thể là một số nguyên nhân bệnh nhân chưa quan tâm nhiều đến việc điều trị bệnh của mình. Đồng thời, kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Mai Trinh tại TP.Hồ Chí Minh, nghiên cứu của Nguyễn Trần Phương Thảo lần lượt cho kết quả nghiên cứu tuân thủ điều trị chung là 25% [18], 29,5% [16] thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau: nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu ở độ tuổi từ 18 trở lên, còn hai nghiên cứu này chỉ nghiên cứu trên các bệnh nhân lớn tuổi vì vậy khả năng ghi nhớ và tuân thủ dùng thuốc có thể kém và hạn chế hơn so với các bệnh nhân ở các nhóm tuổi khác. Tương tự như vậy, khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Phạm Phương Liên, Trần Công Trường (2018) thì tỷ lệ tuân thủ điều trị là 42,1% [3] thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do có sự khác nhau về cỡ mẫu (nghiên cứu này thực hiện trên 199 người), khác biệt về tuổi tác (khảo sát từ 25-60 tuổi) và tỷ lệ người bệnh không tái khám đúng hẹn rất cao (76,4%) là một trong những lý do làm cho tỷ lệ tuân thủ điều trị nghiên cứu này thấp. Tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi cũng khác biệt so với các đề tài khác như của Nguyễn Thu Hằng (2018) là 87,53% [9] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (2017) [19] là 75% người bệnh có tuân thủ điều trị dùng thuốc cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau có thể lý giải do trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng có sự khác biệt về cỡ mẫu (nghiên cứu này thực hiện trên 409 mẫu cao hơn số mẫu chúng tôi), trình độ học vấn là đa phần người tham gia nghiên cứu này đều có trình độ học vấn từ THPT trở lên nên họ có kiến thức về bệnh tốt hơn và 100% bệnh nhân có bảo hiểm xã hội chi trả chi phí khám bệnh và thuốc điều trị là yếu tố dẫn đến mức độ tuân thủ cao ở nhóm đối tượng nghiên cứu này nên thuốc và chi phí điều trị được miễn phí hoặc chi trả với tỷ lệ thấp thì bệnh nhân có thể dễ dàng tiếp cận với thuốc điều trị, tạo động lực cho bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc tốt hơn. Còn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm khảo sát ở độ tuổi từ 45 trở lên, trình độ học vấn từ THPT chiếm tỷ lệ cao hơn và sử dụng thang đo đánh giá Chunhua Ma 2011 đánh giá khác thang đo MMAS-8 của chúng tôi.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc

Mối liên quan giữa tuổi với không tuân thủ điều trị: Nhóm tuổi 40-59 và ≥ 60 tuổi không tuân thủ điều trị cao gấp 2,294 và 5,625 lần so với nhóm tuổi 18-39. Chúng tôi tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi ≥ 60 tuổi so với 18-39 tuổi. Điều này cũng tương tự với kết quả của các nghiên cứu Bentley Mbekwa Akoko và cộng sự (2017) [23], nghiên cứu của Lê Ngọc Chiêu Ngân, Trương Phi Hùng (2018) tại Bến Tre [20]. Điều này có thể được lý giải do những người trẻ tuổi có quan tâm đến sức khỏe của mình hơn, người trẻ có thể dễ dàng tiếp cận với nhiều nguồn thông tin về sự nguy hiểm của bệnh THA và lợi ích của việc tuân thủ điều trị THA nên họ sẽ có tuân thủ tốt hơn. Mặt khác, có thể do người lớn tuổi hay quên, giảm trí nhớ, mắt kém, những điều này có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ dùng thuốc ở người lớn tuổi. Tuy nhiên, điều này trái ngược so với nghiên cứu của Gohar ở Birmingham và Ross ở Aberdeen [25] thuộc Anh quốc thì nhóm bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 có tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao hơn nhóm độ tuổi còn lại và nghiên cứu của Huỳnh Tuấn An, Phạm Thị Tâm (2020) [11] ghi nhận không tuân thủ điều trị ở nhóm tuổi 40-59 và ≥ 60 thấp hơn so với 18-39 (với OR của 40-59 là 0,3 và của ≥ 60 tuổi là 0,4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê). Lý do là trong 2 nghiên cứu trên, đối tượng thuộc nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao, cũng có thể người ở tuổi lao động bận rộn với công việc nhiều hơn những người cao tuổi, cũng có thể do tác dụng phụ của thuốc ảnh hưởng đến công việc nên người ta dễ tự ý bỏ thuốc.

Mối liên quan giữa nghề nghiệp với không tuân thủ điều trị dùng thuốc: Tỷ lệ người có việc làm không tuân thủ điều trị cao gấp 1,871 lần so với người không có việc làm. Chúng tôi tìm thấy mối tương quan giữa nghề nghiệp với không tuân thủ điều trị thuốc với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Tuấn An, Phạm Thị Tâm (2020) [11] ghi nhận không tuân thủ điều trị chiếm tỷ lệ cao ở người có việc làm. Điều này có thể lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là người lao động chân tay (62,9%) như làm ruộng, làm rẫy, thợ hồ, công nhân... phần lớn thời gian trong ngày của họ đều ở ruộng vườn hoặc công trường... Cho nên bản thân họ ít có thời gian để ý tới việc theo dõi HA và tuân thủ dùng thuốc đúng giờ so với đối tượng còn lại. Vì vậy, cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho các đối tượng này để họ hiểu hơn về bệnh và đạt sự tuân thủ điều trị tốt hơn.

Mối liên quan giữa quan điểm bệnh THA là nguy hiểm với không tuân thủ điều trị dùng thuốc: Người không có quan điểm bệnh THA nguy hiểm, đe dọa tính mạng thì không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,013 lần so với người có quan điểm THA là nguy hiểm. Chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể lý giải do người bệnh có hiểu biết về tính chất nguy hiểm của bệnh có thể gây tử vong nên họ sẽ quan tâm đến sức khỏe mình nhiều hơn, từ đó gia tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng

thuốc nhằm ổn định huyết áp, phòng ngừa biến chứng do THA gây ra.

Mối liên quan giữa kiến thức bệnh THA với không tuân thủ điều trị dùng thuốc: Người bệnh có thêm kiến thức về bệnh tăng huyết áp nói chung sẽ hiểu rõ hơn về căn bệnh này. Vì vậy, họ có nhiều khả năng tuân thủ hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người có kiến thức bệnh THA chưa tốt thì không tuân thủ điều trị dùng thuốc cao gấp 2,679 lần so với người có kiến thức tốt. Chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bentley Mbekwa Akoko và cộng sự (2017) [23], nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh (2017) [15]. Điều này, cũng dễ hiểu vì những người THA có kiến thức bệnh THA tốt thì họ sẽ biết cách phòng ngừa tình hình bệnh, tác hại bệnh gây ra từ đó họ sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn.

Mối liên quan không tuân thủ điều trị dùng thuốc với kiểm soát huyết áp: Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị dùng thì không kiểm soát HA cao gấp 4,451 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc và chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cộng sự (2013) [17] đây cũng là kết quả nghiên cứu của Van Onzenoort thực hiện tại Hà Lan năm 2012 [25] và nghiên cứu của Nguyễn Trần Phương Thảo (2018), những bệnh nhân có tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,68 lần so với những bệnh nhân không tuân thủ ($p < 0,05$) [16]. Theo nghiên cứu mô tả cắt ngang của Sở Cẩm Thu tại khoa khám bệnh bệnh viện An Giang Năm 2012 [21] với độ tuổi trung bình $58,67 \pm 1,19$ cũng cho thấy tuân thủ điều trị huyết áp ổn định hơn gấp 3 lần so với những người không tuân thủ điều trị, $p > 0,05$. Vì vậy, trong quá trình kiểm soát huyết áp vì lợi ích lâu dài, TTĐT dùng thuốc là một yếu tố không thể thiếu.

Mối liên quan giữa tái khám định kỳ với không tuân thủ điều trị dùng thuốc: Qua số liệu ta thấy nhóm tái khám không định kỳ (54,7%) thì không tuân thủ điều trị cao hơn nhóm tái khám đều, đúng hẹn (11,7%) và chúng tôi tìm thấy mối tương quan giữa tái khám định kỳ với không tuân thủ điều trị dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Bentley Mbekwa Akoko (2017) [23]. Vì vậy, chúng ta cần đẩy mạnh tuyên truyền và công tác tư vấn khi khám chữa bệnh. Mối quan hệ thầy thuốc và bệnh nhân đóng vai trò rất quan trọng trong TTĐT của người bệnh, cần có sự hỗ trợ và khuyến khích của y bác sĩ, cũng như sự tin tưởng của người bệnh vào kế hoạch điều trị của y bác sĩ góp phần then chốt giúp người bệnh tuân thủ điều trị bệnh được tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa không giữa giới tính, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, bảo hiểm y tế và khả năng chi trả với không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc gồm không hút thuốc lá/thuốc láo: 74,2%; hạn chế uống rượu/bia: 71,8%; vận động thể lực: 50,2%; giảm ăn mặn: 62,2%; ăn nhiều rau xanh, trái cây: 46,4%; theo dõi huyết áp và tái khám định kỳ: 36,8%.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp là 69,4%. Một số yếu tố được xác định có liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc ($p < 0,05$) là tuổi, nghề nghiệp, quan điểm bệnh tăng huyết áp nguy hiểm đến tính mạng, tái khám định kỳ, kiến thức bệnh tăng huyết áp và kiểm soát huyết áp. Cần mở rộng thêm nghiên cứu về tuân thủ điều trị tăng huyết áp, trọng tâm nhất là mối liên quan đến không tuân thủ điều trị dùng thuốc hạ áp, đồng thời cần có giải pháp can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ở người bệnh, xây dựng các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao tuân thủ điều trị người bệnh THA tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Điều tra quốc gia Yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm - Việt Nam năm 2015.
2. TS. Đỗ Thị Phương Hà - Viện Dinh dưỡng Quốc gia, *Thực trạng và xu hướng tăng huyết áp và bệnh tim mạch trên thế giới và ở Việt Nam*.
3. Phạm Phương Liên, Trần Công Trường (2018), “*Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018*”, Tạp chí Y học cộng đồng, Số 4 (51) - Tháng 07-08/2019.
4. Hoàng Đức Thái và cs (2020), “*Khảo sát tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại Bệnh viện đa khoa Tri Tôn, An Giang năm 2020*”, Tạp chí Y học cộng đồng, Tập 63 - Số 2-2021.
5. Dương Hữu Nghị và cs (2020), “*Nghiên cứu tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp năm 2020*”, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. Ngô Vương Hoàng Giang và cs (2020), “*Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Thoại Sơn, tỉnh An Giang năm 2020*”, Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
7. Thạch Thị Mỹ, Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn La Trí Dũng, Nguyễn Thanh Bình (2019), “*Tỷ lệ tuân thủ*

điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp người dân tộc Khmer tại Bệnh viện đa khoa khu vực Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh”, Tạp chí y học TP.HCM, số 2 (23), trang 224-228.

8. Lê Minh Hữu (2018), “Nghiên cứu tình hình kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2018”, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 19/2019. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

9. Nguyễn Thu Hằng và cộng sự (2018), “Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vĩnh năm 2018”, Tạp chí KHCN Nghệ An, Số 12-2018.

10. Lê Trung Hiếu (2021), “Nghiên cứu tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long năm 2020-2021”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

11. Huỳnh Tuấn An, Phạm Thị Tâm (2020), “Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp, tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại huyện Châu Thành tỉnh Hậu Giang năm 2020”, Tạp chí Y dược Cần Thơ, Số 38/2021.

12. Nguyễn Bá Nam (2018), “Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017-2018”, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

13. Nguyễn Tiến Khương và cộng sự (2021), “Kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý ngoại trú tại khoa khám bệnh, Bệnh viện tim mạch An Giang năm 2021”, Tạp chí Y học cộng đồng, Tập 65 số 1 (2022).

14. Nguyễn Tấn Đạt (2017), “Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2016”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

15. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), “Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình”, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

16. Nguyễn Trần Phương Thảo (2019), *Nghiên cứu về sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên tại phòng khám bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

17. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2013), “Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú”, Y học TP. Hồ Chí Minh:17(4).

18. Bùi Thị Mai Trinh, Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Đỗ Nguyên (2012), “Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp”, Tạp chí y học TP.HCM, số 4 (16), trang 68-72.

19. Nguyễn Thị Thơm (2017), “Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017”, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, số Tập 1-Số 03.

20. Lê Ngọc Chiêu Ngân, Trương Phi Hùng (2018), “Nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại huyện Bình Đại, tỉnh Bến Tre”, Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 22(1): 68-72.

21. Sử Cẩm Thu (2012), “Kiến thức, thái độ và thực hành tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Khám Bệnh viện An Giang”.

22. Morrisky D.E., et al. (2008), “Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting”, The Journal of Clinical Hypertension, 10 (5), pp. 348-354.

23. Bentley Mbekwa Akoko . Peter Nde Fon . Roland Chefor Ngu . Kathleen Blackett Ngu (2017), *Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study*.

24. Gatti ME, Jacobson KL, et al (2009), *Relationships between beliefs about medications and adherence*. AmJ Health - Syst Pharm, 66, 657- 664.

X63. Ha T.P. Do and et al (2015), “National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension Among Vietnamese Adults”, *American Journal of Hypertension* 28(1), pp. 89-97

25. Van Onzenoort HA, Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, Neef C, van der Kuy PH, de Leeuw PW. (2012). Electronic monitoring of adherence, treatment of hypertension, and blood pressure control. *Am J Hypertens*, 25(1), 54- 59.

26. World Health Day (2013), *A global brief on hypertension*, World Health Organization, Geneva.

27. M. J. Martos-Méndez, Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support, *J. Behav. Health Soc. Issues*, vol. 7, no. 2, pp. 19-29, 2015.

28. R. Al-Ramahi, Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients, *J. Epidemiol. Glob. Health*, vol. 5, no. 2, pp. 125–132, 2015.

29. M. Yassine et al., Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients, *J. Epidemiol. Glob. Health*, vol. 6, no. 3, pp. 157–167, 2016.
30. Alhalaiqa F, Deane KH, Nawafleh AH, Clark A, Gray R. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial. *J Hum Hypertens* 2012;26:117–26.
31. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from meta-analysis. *Clin Ther* 2002;24:302–16.
32. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad GA, Atif M, Haq NU, et al. Does treatment adherence correlate with health related quality of life? Findings from a cross sectional study, *BMC Pub Health* 2012;12:318.
33. Treatment of Hypertension: JNC 8 and More (2014).

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở CÁC SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN, ĐẾN
SINH TẠI KHOA CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN – TTYT CHỢ MỚI
NĂM 2021- 2022**

*ThS.BS Nguyễn Ngọc Khuyên, BSCK1 Trần Thị Thu Thi, CNHS. Lê thị Bích Ly,
CNHS. Huỳnh Thị Huỳnh Trang.*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở các sản phụ vị thành niên đến sinh tại TTYT Chợ Mới năm 2021-2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 87/772(11,3%) sản phụ dưới 20 tuổi sinh tại TTYT Chợ Mới tháng 01/ 2021 đến 06/ 2022.

Kết quả: Tuổi thai lúc phát hiện thai < 12 tuần chiếm 69%. Nhóm sản phụ sanh thường chiếm tỉ lệ cao 88,5%, sanh mổ chiếm tỉ lệ 11,5%. Nhóm sản phụ thiếu máu chiếm tỉ lệ 12,7%. Tỉ lệ sản phụ bị viêm gan B chiếm tỉ lệ 1,2%. Tình trạng bé sinh nhẹ cân có cân nặng < 2500 gram chiếm tỉ lệ 6,9%. Tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi nhỏ hơn 18 tuổi chiếm tỉ lệ 20% cao hơn tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi lớn hơn 18 tuổi có tỉ lệ 7 %. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P=0.049$).

Kết luận: Đẩy mạnh giáo dục, tư vấn và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN phù hợp với lứa tuổi. Tăng cường tuyên truyền lợi ích của việc khám thai để tăng tỷ lệ sản phụ VTN đi khám thai càng sớm càng tốt nhất là trong 3 tháng đầu thai kỳ.

**CHARACTERISTICS OF CLINICAL, SUBCLINICAL AN OUTCOMES OF
ADOLESCENT PREGNANT WOMEN
IN CHO MOI HEALTH CENTER**

Nguyen Ngoc Khuyen, Tran Thi Thu thi, Le Thi Bich Ly, Huynh Thi Huynh Trang

Abstract

Objectives: To evaluate adolescent pregnancy clinic characteristics, subclinic characteristics and outcomes of adolescent pregnant women at Cho Moi health center in 2021-2022.

Method: A cross-sectional observational study on 87 adolescent pregnant women in Cho Moi health center from 01/ 2021 to 06/ 2022.

Result: Prevalence of cases knew the pregnancy early at the age under 12 weeks of gestation 84,7%. Prevalence of HBsAg(+) adolescent pregnant women of our study is 1.2%. Prevalence of anaemia adolescent pregnancy is 12,7%. Prevalence of cesarean is 11,5%. Prevalence of infant's birth weight <2500g is 6,9%. Prevalence of cesarean in under 18 year old pregnancy women group is 20% high than 7% cases the 18 year old pregnancy women group. ($P=0.049$).

Conclusion: Adolescent marriage and delivery is really a problem needs to pay attention for both of health, psychosocial patterns. It is not encouraged to get pregnancy and give births in adolescence.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sản phụ dưới 20 tuổi theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) định nghĩa chính là sản phụ vị thành niên (VTN) – những người từ 10 đến dưới 20 tuổi. VTN là giai đoạn chuyển đổi từ thiếu nhi đến tuổi trưởng thành, trải qua những biến đổi lớn không chỉ về thể chất, sinh lý mà cả tâm lý và đời sống xã hội. Những biến đổi này đưa VTN đến nhiều rủi ro về sức khỏe [11].

Tình hình sản phụ tuổi VTN sinh trong năm 2020 trong toàn huyện Chợ Mới 299/3638(8,2%), tại khoa CSSKSS 40/484 (8,3%) những sản phụ hầu như thiếu kiến thức liên quan đến chăm sóc SKSS. Đồng thời TTYT Huyện chưa có nghiên cứu nào liên quan đến tuổi vị thành niên. Đó là lý do chúng tôi tiến hành đề tài: “ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các sản phụ vị thành niên đến sinh tại Khoa chăm sóc SKSS TTYT Huyện Chợ Mới Năm 2021-2022”.

Mục tiêu nghiên cứu

2. Tỷ lệ Vị thành niên sinh tại TTYT Chợ Mới
3. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các sản phụ đến sinh tại khoa CSSKSS.
4. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các sản phụ vị thành niên

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Dân số đích: Sản phụ dưới 20 tuổi.
- Dân số nghiên cứu: Những sản phụ dưới 20 tuổi sinh tại TTYT Chợ Mới tháng 01/ 2021 – 06/ 2022.

2.2 Tiêu chuẩn chọn vào

- Sản phụ <20 tuổi, tuổi thai từ 28 tuần đến sinh tại TTYT Chợ mới tháng 01/2021 đến tháng 6/2022.
- Không bệnh lý nội khoa từ trước khi mang thai: suy tim, bệnh van tim, suy thận, ung thư, hen, đái tháo đường, tăng huyết áp.
- Trạng thái tâm thần kinh ổn định.
- Có khả năng nghe hiểu và nói Tiếng Việt.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Tiêu chuẩn loại trừ

- Những thông tin thu thập từ sản phụ không đầy đủ.
- Hồ sơ bệnh án không ghi đủ những thông tin cần thu thập.
- Sản phụ không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.4 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5 Cỡ mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện: tất cả các sản phụ đến sinh tại TTYT Chợ Mới tháng 01/2021– 06/ 2022, đạt tiêu chuẩn chọn mẫu.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Phân bố tuổi trong nhóm nghiên cứu

Nhóm Tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
15	4	4,6
16	8	9,2
17	18	20,1
18	28	32
19	29	34,1
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ chiếm tỉ lệ cao nhất là ở nhóm tuổi 19 tuổi chiếm tỉ lệ 34,1%; nhóm sản phụ 15 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 4,6%

Bảng 3.2 Phân bố tình trạng học vấn trong nhóm nghiên cứu

Học Vấn	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Cấp 1	36	41,4
Cấp 2	41	47,1
Cấp 3-trên cấp 3	10	11,5
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ có học vấn cấp 3 và trên cấp 3 chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,5%, nhóm sản phụ cấp 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 47,1%, không có sản phụ mù chữ.

Bảng 3.3 Phân bố nghề nghiệp trong nhóm nghiên cứu

Nghề nghiệp	Tần suất	Tỉ lệ
Nội trợ	70	80,5
Làm nông	4	4,5
Công nhân	7	8
Buôn bán	6	9,4
HS-SV	00	0
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ có nghề nghiệp là nội trợ chiếm tỉ lệ cao nhất 80,5%; nhóm sản phụ là làm nông chiếm tỉ lệ thấp nhất 4.5 %. Không có nhóm học sinh sinh viên

Bảng 3.4. Phân bố dân tộc trong nhóm nghiên cứu

Dân tộc	Tần suất	Tỉ lệ
Kinh	87	100
Khơ me	00	00
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Đa số các sản phụ là dân tộc kinh

Bảng 3.5. Phân bố nơi ở trong nhóm nghiên cứu

Nơi ở	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Chợ Mới	85	99,7
Khác	02	0,3
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Đa số các sản phụ sống ở huyện Chợ Mới

Bảng 3.6. Tình trạng hôn nhân

Hôn nhân	Tần suất	Tỉ lệ
Chưa kết hôn	29	33,3
Đã kết hôn	58	66,7
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Tỷ lệ chưa kết hôn là 33.3%

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.7. Tuổi có kinh lần đầu

Có kinh lần đầu	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình	13,05 ± 0.3	
12	38	43,6
13	43	49,4
14	6	7
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ có kinh lần đầu lúc 13 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 49,4%; nhóm sản phụ có kinh lúc 14 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 7%

Bảng 3.8. Tiền thai

Tiền thai	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Con so	79	90,8
Con rạ	8	9,2
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ sanh con so chiếm tỉ lệ cao 90,8% ; nhóm sản phụ sanh con rạ chiếm tỉ lệ thấp 9,2%

Bảng 3.9 Tình trạng phá thai

Phá thai	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Không	85	97,7
Có	02	2,3
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ không phá thai chiếm tỉ lệ cao 97,7% ; nhóm sản phụ phá thai chiếm tỉ lệ thấp 2,3%

Bảng 3.10 Tuổi thai lúc phát hiện thai

Tuổi thai	Tần suất	Tỉ lệ (%)
lúc phát hiện		
≤ 12 tuần	60	69
> 12 tuần	27	31
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ phát hiện có thai lúc thai nhỏ hơn hoặc bằng 12 tuần chiếm tỉ lệ 69%

Bảng 3.11 Số lần khám thai

Số lần khám thai	Tần suất	Tỉ lệ (%)
≥ 3 lần	74	85
< 3 lần	13	15
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ khám thai lớn hơn hoặc bằng 3 lần chiếm tỉ lệ 85%

Bảng 3.12 Kết cục thai kì

Phương pháp	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Sanh thường	77	88,5
Sanh mổ	10	11,5
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ sanh thường chiếm tỉ lệ cao 88,5%, sanh mổ chiếm tỉ lệ 11,5%.

Bảng 3.13 Tình trạng bổ sung sắt

Bổ sung sắt	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Không	04	4,6
Có	83	95,4
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Đa số các sản phụ có bổ sung sắt trong quá trình mang thai chiếm tỉ lệ 95,4%

Bảng 3.14 Nhóm tuổi thai lúc sanh

Nhóm tuổi thai	Tần suất	Tỉ lệ (%)
28- < 32 tuần	01	1,1
32- <37tuần	06	6,9
≥ 37 tuần	80	92
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm tuổi thai ≥ 37 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 92%, nhóm tuổi thai từ 28 tuần đến 32 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất 1,1%.

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.15 Tình trạng thiếu máu

Thiếu máu	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Không	76	87,3
Có	11	12,7
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Đa số các sản phụ không thiếu máu

Bảng 3.16 Tình trạng viêm gan B

HbsAg	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Không	86	98,8
Có	01	1,2
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ không viêm gan B chiếm tỉ lệ cao 98,8% ; nhóm sản phụ Có viêm gan B chiếm tỉ lệ thấp 1,2%

3.4 Đặc điểm bé sơ sinh sau sanh

Bảng 3.17 Nhóm cân nặng bé sơ sinh

Cân nặng sơ sinh	Tần suất	Tỉ lệ (%)
≥ 2500g	81	93,1
< 2500g	06	6,9
Tổng cộng	87	100

Nhận xét: Tình trạng bé sinh nhẹ cân có cân nặng < 2500 gram chiếm tỉ lệ 6,9 %

3.5 Một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản

3.5.1 Mối tương quan giữa nhóm tuổi mẹ và kết cục thai kì

Bảng 3.18 Mối tương quan giữa nhóm tuổi mẹ và kết cục thai kì

	Nhóm tuổi mẹ		Chỉ số p
	< 18 tuổi	≥ 18 tuổi	
Sanh thường	24	53	p = 0,049
	80%	93%	
Sanh mổ	4	6	
	20%	7 %	

Nhận xét: Tỷ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi nhỏ hơn 18 tuổi chiếm tỷ lệ 20 % cao hơn tỷ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi lớn hơn 18 tuổi có tỷ lệ 7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,049)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 87 sản phụ tham gia nghiên cứu thì chủ yếu người kinh, phần lớn nơi sống là ở Chợ Mới (99,7%) số còn lại đến từ các huyện lân cận. 11,5% đối tượng nghiên cứu học hết cấp 3. Không kể các sản phụ dưới 16 tuổi, phần lớn sản phụ từ 16 tuổi trở xuống kết thúc việc học của mình ở mức cấp 2 trở xuống.. Trình độ học vấn thấp là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ mang thai. Hiện nay tại các trường học, việc giáo dục giới tính đã được áp dụng nhưng do kết thúc việc học sớm nên các VTN không được trang bị đầy đủ kiến thức về sức khỏe sinh sản, đặc biệt kiến thức về ngừa thai. Do đó, VTN có trình độ học vấn thấp sẽ dễ dàng mang thai và sinh con hơn. Thêm vào đó, do trình độ học vấn thấp nên VTN phần lớn không đủ kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản, điều này sẽ ảnh hưởng bất lợi đến kết cục thai kỳ của các sản phụ VTN. Kinh tế nghèo nàn là một rào cản để các sản phụ VTN tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc thai sản cũng như là một rào cản cho việc nuôi con sau này của họ.

Chúng tôi cũng ghi nhận: có 2 trường hợp đối tượng mang thai khi còn đi học (chiếm 2,2%). Trong đó, có 1 sản phụ đang học cấp 2 và 1 sản phụ đang học cấp 3. Đối với các sản phụ này việc mang thai hoàn toàn là ngoài ý muốn, mang thai làm cho họ phải ngưng việc học, sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống kinh tế về sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của đối tượng nghiên cứu tập trung nhiều ở độ tuổi 18 trở lên (65,5%) Nhìn chung, tuổi của các sản phụ mang thai thấp do đó cần có những tuyên truyền và tư vấn cho nhóm đối tượng VTN để họ có ý thức trong vấn đề ngừa thai cũng như ý thức trong chăm sóc thai kỳ khi mang thai.

Chúng tôi quy định “tình trạng hôn nhân” bao gồm: có chồng hoặc chưa chồng. Có chồng là khi đối tượng nghiên cứu sống chung với chồng/bạn tình với sự chấp nhận của hai bên gia đình. Theo quy định đó có 66,7% đã có chồng, có 29 trường hợp chưa có chồng, trong đó 1 trường hợp chưa chồng ở tuổi 15 và phải nghỉ học khi phát hiện có thai. Như vậy cho thấy việc mang thai ở tuổi dưới 20 sẽ ảnh hưởng đến vấn đề học tập, các em sẽ bị áp lực và mặc cảm khi đến trường, ảnh hưởng đến cuộc sống hiện tại và tương lai của các em.

Tuổi bắt đầu có kinh trung bình là $13,05 \pm 0,3$. Theo Tổng điều tra về VTN và thanh niên Việt Nam năm 2009, tuổi có kinh lần đầu của nữ là 14,21 tuổi. Tuổi có kinh lần đầu có thể giảm đi 2 - 3 năm do điều kiện kinh tế - xã hội và chế độ dinh dưỡng được cải thiện hơn

[10]. Điều này giúp giải thích tuổi bắt đầu có kinh trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn ghi nhận của cuộc điều tra trên. Như vậy, tuổi bắt đầu có kinh của các sản phụ dưới 20 tuổi khá sớm, thêm vào đó việc kết hôn sớm (hợp pháp hay không hợp pháp) tất yếu sẽ dẫn đến tăng tỷ lệ mang thai ở lứa tuổi này. Đây chính là vấn đề cần được xã hội quan tâm đúng mức, đặc biệt là về lĩnh vực sản phụ khoa

4.2 Một số đặc điểm về thai kỳ

4.2.1 Tiền thai

Các sản phụ có thai lần đầu chiếm 90,8%. Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ có thai lần đầu trong nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hương (81,6%) [3]. Chúng tôi ghi nhận có 8 sản phụ đã từng mang thai trước đây (chiếm 9,2%). Qua ghi nhận về tiền căn sinh đẻ của 8 trường hợp trên,

có 3 trường hợp sản phụ sinh con lần đầu ở tuổi 16 và 5 trường hợp sản phụ sinh con lần đầu ở tuổi 18. Có 2 trường hợp sản phụ đã từng phá thai (hút thai).

Việc mang thai đối với những sản phụ dưới 20 tuổi là một gánh nặng về tâm lý, đặc biệt ở những sản phụ chưa lập gia đình. Đó là nguyên nhân dẫn đến phá thai của lứa tuổi VTN. Để ngăn chặn việc phá thai ở độ tuổi VTN biện pháp tốt nhất là cung cấp cho họ những kiến thức về ngừa thai, tác hại của phá thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 02 trường hợp có tiền sử phá thai. Điều này cho thấy chúng ta cần làm tốt hơn nữa việc tư vấn ngừa thai cho những sản phụ đến phá thai lần đầu. Việc tư vấn ngừa thai cũng như giải thích cho sản phụ hiểu những tác hại của phá thai đến sức khỏe thì phần nào sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn trên đối tượng này trong tương lai.

4.2.2 Tuổi thai lúc phát hiện

Đa số đối tượng nghiên cứu phát hiện có thai ở tuổi thai dưới 12 tuần (69%). So với nghiên cứu của Lương Ngọc Bích, tỷ lệ phát hiện có thai ở tuổi thai dưới 12 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (69%/78,6%) [2]. Nếu sản phụ muốn phá thai thì việc phát hiện thai dưới 12 tuần sẽ giúp việc phá thai dễ dàng hơn và ít biến chứng hơn những trường hợp phá thai to. Nếu sản phụ muốn dưỡng thai thì việc phát hiện thai sớm cũng giúp sản phụ chăm sóc thai sản tốt hơn trong tam cá nguyệt đầu.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phát hiện có thai khi thai dưới 12 tuần của nhóm tuổi 18 - 19 cao hơn nhóm dưới 18 tuổi. Nhưng khi đưa vào phân tích mối liên quan giữa thời điểm phát hiện có thai và nhóm tuổi mẹ, chúng tôi không tìm được mối liên quan.

4.2.3 Số lần khám thai

Trong quá trình mang thai, sức khỏe của người mẹ có liên quan và ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi, cũng như việc sinh đẻ, nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc con sau này. Do vậy, người mẹ cần phải quan tâm và hiểu rõ tầm quan trọng của việc khám thai định kỳ. Theo khuyến cáo của WHO, một phụ nữ mang thai bình thường cần đi khám thai ít nhất 4 lần trong suốt thai kỳ [11]. Ở Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y Tế đề xuất mỗi sản phụ khám thai ít nhất 3 lần. Thời gian được chia làm 3 giai đoạn: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ. Được xem là khám thai đầy đủ nếu sản phụ khám đủ 7 lần (đối với thai phát triển bình thường), cụ thể: 3 tháng đầu khám thai 1 lần, 3 tháng giữa khám 1 lần, tháng thứ 7 và tháng thứ 8 khám 1 lần, tháng thứ 9 khám mỗi 2 tuần 1 lần, 1 tuần cuối trước khi sinh khám 1 lần. Còn đối với những trường hợp thai kỳ có vấn đề như ra huyết, thiếu ối, thai suy dinh dưỡng, mẹ có bệnh lý... sẽ có lịch khám thai thích hợp. Khám thai sẽ giúp bác sĩ tiên lượng các vấn đề của mẹ và thai trong thai kỳ sớm hơn, tiên lượng cuộc chuyển dạ sẽ xảy ra như thế nào, có gì bất lợi cần can thiệp y tế sớm hơn không.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các sản phụ đi khám thai từ 3 lần trở lên chiếm 85%. Trong đó, có 1 trường hợp khám thai 1 lần và 12 trường hợp khám thai 2 lần trong suốt thai kỳ. Trong 79 sản phụ dưới 20 tuổi mang thai lần đầu, có 97% đi khám thai từ 3 lần trở lên. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng VTN tại 2 bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2013 (91,5%) [2]. Một nghiên cứu khác thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ và bệnh viện Hùng Vương năm 2008 ghi nhận tỷ lệ này là 83,3% [7].

Như vậy vấn đề đi khám thai định kỳ ở sản phụ dưới 20 tuổi được thực hiện khá tốt, đặc biệt trong nhóm mang thai lần đầu do họ chưa có kinh nghiệm trong chuyện mang thai và sinh con nên khi có thai họ đã đi khám để được hướng dẫn và chăm sóc thai kỳ tốt.

4.3. Kết cục thai kỳ

4.3.1 Tuổi thai lúc sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 06 trường hợp sinh non, chiếm 6,9%. Nếu phân ra thành những nhóm tuổi nhỏ hơn, chúng tôi có kết quả như sau: 1,1% có tuổi thai từ 28 đến dưới 32 tuần và 6,9% có tuổi thai từ 32 đến dưới 37 tuần.

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu với một số tác giả.

Tác giả	Nơi thực hiện	Tỷ lệ (%)
Lương Ngọc Bích (2013) [1]	Thành phố Cần Thơ	17,7
Phạm Thị Thanh Hương (2014) [5]	Thành phố Hồ Chí Minh	14,6
Nguyễn Hà Ngọc Uyên (2017)	Thành phố Cần Thơ	8,9
Nghiên cứu của chúng tôi	TTYT Huyện Chợ Mới	8

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sinh non thấp hơn trong các nghiên cứu khác, có thể do số lượng đối tượng cần nghiên cứu chưa đủ lớn hoặc do tuyển huyện nên những trường hợp thai kỳ nguy cơ cao, sinh non chúng tôi chuyển tuyến.

Khi xem xét tình trạng sinh non so với tuổi mẹ, chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ sinh non ở nhóm tuổi mẹ dưới 18 tuổi thấp hơn tỷ lệ sinh non ở nhóm tuổi mẹ từ 18 tuổi trở lên. Khi chúng tôi đưa vào phân tích thì không tìm được mối liên quan giữa sinh non với tuổi mẹ.

4.3.2 Cân nặng lúc sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: có 06 trường hợp trẻ sinh ra có cân nặng dưới 2500g (chiếm 6,9%). kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với các nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hương và Lương Ngọc Bích, Nguyễn Hà Ngọc Uyên tỷ lệ trẻ nhẹ cân được ghi nhận lần lượt là 11,8% , 10,6% và 8,1 % [3],[2], [1].

*** Phương thức sinh**

Trong 87 sản phụ dưới 20 tuổi tham gia nghiên cứu có 88,5% sinh ngã âm đạo, 11,5% sinh mổ. Trong 10 trường hợp sinh mổ, chẩn đoán trong hồ sơ bệnh án nguyên nhân đưa đến mổ lấy thai nhiều nhất là chuyển dạ ngưng tiến triển (6 trường hợp, chiếm 60%), kế đến là suy thai (2 trường hợp, chiếm 20%), bất xứng đầu chậu (2 trường hợp, chiếm 20%).

Trong các nguyên nhân làm chuyển dạ kéo dài và ngưng tiến triển có bất xứng đầu chậu do khung chậu nhỏ hoặc kiểu thể thai nhi bất thường, thường thấy ở người sinh con so hoặc sản phụ có vóc người nhỏ nhắn hoặc khung chậu chưa phát triển tốt (như ở các sản phụ VTN nhỏ tuổi) [10]. Mặt khác, những hệ lụy như rách tầng sinh môn sâu có thể xuất hiện ở các sản phụ nhỏ tuổi, có chuyển dạ kéo dài và dẫn đến các tình trạng dò hậu môn nếu không được phục hồi sớm. Tình trạng này thường được các sản phụ âm thầm chịu đựng và làm giảm chất lượng cuộc sống.

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu Lương Ngọc Bích là 30% [2]. Tuy mổ lấy thai rất lợi ích và ngày nay đã trở thành một kỹ thuật phổ biến nhưng vẫn có một số nguy hiểm nhất định và ảnh hưởng đến tương lai sinh đẻ những lần sau. Cho nên cần cân nhắc khi chỉ định mổ lấy thai để có sự an toàn tối đa cho cả mẹ và con.

4.3.3 Tai biến khi sinh

Chúng tôi dựa vào hồ sơ bệnh án ghi lại quá trình chuyển dạ và quan tâm đến các tai biến khi sinh như: nhiễm trùng hậu sản, băng huyết sau sinh, rách tầng sinh môn phức tạp, vỡ tử cung. Tỷ lệ tai biến khi sinh chúng tôi ghi nhận được là 01 trường hợp băng huyết sau sanh chiếm tỉ lệ 1,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu 2 bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương năm 2014 ghi nhận: tỷ lệ băng huyết sau sinh là 1,9%,

4.4. Bàn luận một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản

4.4.1. Bàn luận mối tương quan giữa nhóm tuổi mẹ và kết cục thai kỳ

Tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi nhỏ hơn 18 tuổi chiếm tỉ lệ 20% cao hơn tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi lớn hơn 18 tuổi có tỉ lệ 4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P=0,049$). Vì ở những sản phụ càng nhỏ tuổi thì khung chậu thường chưa phát triển hoàn chỉnh để đảm nhận chức năng sinh đẻ, do vậy sẽ làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai.

4.4.2. Mối tương quan giữa nhóm tuổi mẹ và cân nặng bé sơ sinh

Tỉ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng lúc sanh $<2500g$ ở những bà mẹ ≥ 18 tuổi là 8,3% cao hơn ở nhóm tuổi mẹ <18 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P=0,775$). Trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt về tỉ lệ trẻ sanh ra nhẹ cân ở 2 nhóm tuổi không có

sự khác biệt. Nghiên cứu của chúng tôi có khác so với nghiên cứu của Đỗ Thu Thủy cho thấy tỉ lệ thai nhẹ cân ở nhóm tuổi nhỏ hơn 17 tuổi cao hơn nhóm tuổi ≥ 17 tuổi. Điểm khác biệt này có thể là mốc tuổi so sánh của chúng tôi cao hơn vì vậy khó nhận thấy sự khác biệt trong nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản của 87 sản phụ dưới 20 tuổi đến sinh tại TTYT huyện Chợ Mới từ 01/2021 đến 06/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Nhóm sản phụ chiếm tỉ lệ cao nhất là ở nhóm tuổi 19 tuổi chiếm tỉ lệ 34,1%; nhóm sản phụ 15 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 4,6%.
- Nghề nghiệp nội trợ chiếm đa số với tỷ lệ 80,5%.
- Tuổi có kinh lần đầu của các sản phụ trung bình là $13,05 \pm 0,3$ tuổi.
- Tỷ lệ sản phụ đã có chồng là 66,7%.
- Đa số các sản phụ mang thai con lần đầu và tỉ lệ các sản phụ chưa từng phá thai chiếm tỉ lệ 90,8%
- 12,7% sản phụ mang thai có thiếu máu.
- Tỉ lệ sản phụ bị viêm gan B chiếm tỉ lệ 1,2%.
- Tỉ lệ sản phụ phát hiện có thai lúc thai nhỏ hơn hoặc bằng 12 tuần chiếm tỉ lệ 69%.
- Tỉ lệ sản phụ khám thai lớn hơn hoặc bằng 3 lần chiếm tỉ lệ 85%.
- Tỉ lệ sản phụ sanh thường là 88,5%, sanh mổ chiếm tỉ lệ 11,5%.
- Tỉ lệ sản phụ có bổ sung sắt trong quá trình mang thai chiếm 95,4%
- Tỉ lệ sản phụ mang thai nhóm tuổi thai ≥ 37 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 92%, tuổi thai từ 28 tuần đến 32 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất 1,1%.
- Tỉ lệ bé sinh nhẹ cân có cân nặng < 2500 gram chiếm tỉ lệ 6,9%.

Tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi nhỏ hơn 18 tuổi chiếm tỉ lệ 20% cao hơn tỉ lệ sanh mổ ở nhóm tuổi lớn hơn 18 tuổi có tỉ lệ 7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P = 0.049$)

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hà Ngọc Uyên (2017), nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các sản phụ vị thành niên đến sinh tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016 – 2017.
2. Lương Ngọc Bích (2013), *Khảo sát kết cục cuộc sinh ở trẻ vị thành niên tại thành phố Cần Thơ*, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Phạm Thị Thanh Hương (2014), *Khảo sát kết cục của thai phụ vị thành niên tại BV Từ Dũ - BV Hùng Vương*, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
4. Võ Thị Thu Nguyệt (2008), "Khảo sát tình trạng thiếu máu thiếu sắt trong 3 tháng giữa thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học*, 12(1), tr. 93-117.
5. Nguyễn Duy Tài (2011), "Định tuổi thai", *Sản phụ khoa*, NXB Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 370-376.
6. Nguyễn Duy Tài và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2012), "Xác định tỷ lệ tuổi nữ vị thành niên có thai và các yếu tố nguy cơ tại ba bệnh viện công tại Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học*, 16(1), tr. 218-224.
7. Phạm Ngọc Đoàn Trang (2008), *Khảo sát đặc điểm thai kỳ và kết cục cuộc sanh ở thai phụ vị thành niên tại Bệnh viện Từ Dũ và Bệnh viện Hùng Vương năm 2008*, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Huỳnh Thị Bạch Tuyết (2009), *Khảo sát những nguy cơ trên thai kỳ của sản phụ vị thành niên tại bệnh viện Hùng Vương năm 2009*, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiếng Anh

9. Angela Hawke (2001), "Early Mariage: Child Spouses", *Innocenti Digest*, 7, pp. 6.
10. Areemit R, Thinkhamrop J, et al (2012), "Adolescent pregnancy: Thailand's national agenda", *Journal of the Medical Asociation of Thailand Chotmai het thangphaet*, 95(7), pp. 134-142. (17)
11. Adolescent health in the South-East Asia Region(2021), WHO.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI HUYỆN CHỢ MỚI, TỈNH AN GIANG NĂM 2022

Thạc Sĩ: Phạm Thành Tại, HSTH Nguyễn Đỗ Thị Châu Trinh

DSTH Phan Tấn Mỹ Duyên

ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus SARS- CoV- 2 là một chủng virus corona mới gây ra COVID-19 người mắc COVID-19 có thể bị biến chứng viêm đường hô hấp cấp nặng, nguy cơ tử vong cao, đặc biệt với người cao tuổi, người có bệnh mãn tính, người có hệ miễn dịch yếu. Từ những ca nhiễm đầu tiên Trung Quốc số ca mắc COVID-19 đã tăng nhanh tại đây và lây lan ra hầu hết các quốc gia trên thế giới. Tại Việt Nam đến tháng 4/2020 đã ghi nhận 270 trường hợp mắc tại 13 tỉnh, thành phố. Ngày 11/3/2020 trong báo cáo số 51, WHO đánh giá rằng COVID-19 là một đại dịch toàn cầu, mức cảnh báo cao nhất đối với một dịch bệnh. [13-17] Trường học, là nơi diễn ra các hoạt động giáo dục thường xuyên nên công tác phòng chống dịch bệnh đảm bảo an toàn phòng dịch cho giáo viên và học sinh là nhiệm vụ hàng đầu của tất cả các địa phương. Trên cơ sở hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 914/BYT-MT năm 2020, Bộ giáo dục và Đào tạo có công văn số 696/BGDĐT-GDTC năm 2020 hướng dẫn những việc cần làm để phòng chống dịch bệnh COVID-19 trong trường học, chuẩn bị cho học sinh đi học trở lại sau thời gian nghỉ phòng, chống dịch bệnh COVID-19. Biện pháp phòng chống COVID-19 hàng đầu được khuyến cáo ở trường học là thường xuyên rửa tay bằng nước sạch và xà phòng (hoặc dung dịch nước rửa tay khô, nước sát khuẩn có ít nhất 60% cồn) tại 5 thời điểm. ngoài việc đeo khẩu trang thường xuyên vệ sinh lớp học, ...cũng là biện pháp cần thiết giúp chủ động phòng bệnh trong trường học. [8, 15]

Học sinh THPT trên địa bàn Chợ Mới có thời gian nghỉ học tập trung muộn nên các hoạt động chống dịch tại trường học đã sớm được phổ biến và thực hành ở đối tượng học sinh THPT. Trong hoạt động này kiến thức, thực hành phòng chống dịch của học sinh góp phần không nhỏ vào thành công của công tác chống dịch. Câu hỏi đặt ra là khi trở lại trường, học sinh THPT tại đây có thực hiện tốt các biện pháp chống dịch hay không? kiến thức, thái độ, thực hành phòng ngừa dịch bệnh của các em như thế nào? Theo đó cùng với các hoạt động kiểm tra phòng, chống dịch của cơ quan quản lý tại các cơ sở giáo dục, chúng tôi mong muốn tiến hành nghiên cứu “ **Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống dịch COVID-19 và một số yếu tố liên quan của học sinh Trung học phổ thông tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022**” để tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh THPT về phòng chống dịch bệnh nguy hiểm này cũng như các yếu tố liên quan tới thực hành phòng chống dịch từ đó cung cấp thông tin kịp thời cho các ban ngành địa phương trong chỉ đạo, phòng ngừa đại dịch với các mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống dịch COVID-19 của học sinh Trung học phổ thông huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022.*
2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống dịch COVID-19 của sinh Trung học phổ thông huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2022.*

Chương 1: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là học sinh THPT đang học tại huyện Chợ Mới có độ tuổi từ 16 đến 18 tuổi.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Học sinh THPT có độ tuổi từ 16-18 tuổi

Học sinh có sự đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu của phụ huynh học sinh hoặc người giám hộ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Học sinh ngoài độ tuổi 16-18 tuổi

Học sinh không được sự đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu của phụ huynh học sinh hoặc người giám hộ.

Học sinh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2022.

Đại điểm nghiên cứu tại trường THPT Nguyễn Hữu Cánh, trường THPT Châu Văn Liêm & THPT Huỳnh Thị Hường của huyện Chợ Mới.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang, sử dụng phiếu trả lời phát vấn đối với học sinh THPT đồng ý tham gia nhằm mục đích đánh giá kiến thức của học sinh về phòng chống dịch bệnh COVID-19.

4. Trình bày phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

- Trong đó:

- + **n**: cỡ mẫu;
- + **Z**: giá trị phân bố chuẩn với độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$;
- + **p**: tỷ lệ học sinh có kiến thức, thái độ, hành vi, thực hành đúng về phòng, chống dịch bệnh COVID-19 do chưa có nghiên cứu nào thực hiện tương tự nên ước tính bằng 50%, $p = 0,5$;
- + **d**: độ chính xác mong muốn được chọn là 0,05.

Thay thế các giá trị vào ta được $n = 384$ ta làm tròn cỡ mẫu 385.

Giả định rằng số lượng học sinh trung bình từ 40-45 học sinh, ở từng khối lớp sẽ lựa chọn toàn bộ học sinh trong 3 khối lớp: khối lớp 10, khối lớp 11, khối lớp 12 tham gia nghiên cứu, mỗi trường chọn 3 lớp. Như vậy có tất cả 9 lớp địa diện cho 3 trường THPT tham gia vào nghiên cứu này.

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm, đảm bảo tiêu chí lấy mẫu đa dạng giữa các nhóm học sinh thuộc 3 khối lớp (lớp 10, lớp 11, lớp 12) nhóm học sinh thuộc các khu vực trên địa bàn huyện.

Bước 1 lập danh sách học sinh ở các trường THPT của huyện.

Bước 2 chọn ngẫu nhiên 3 lớp trong 1 trường THPT.

Bước 3 chọn ngẫu nhiên 1 lớp 10, 1 lớp 11, 1 lớp 12 của một trường THPT để tham gia nghiên cứu.

Phương pháp phân tích số liệu

* Xử lý số liệu: Làm sạch và xử lý thông tin trên các phiếu phỏng vấn trước khi nhập liệu. Nhập liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0, khi nhập liệu xong xem xét lại toàn bộ số liệu và hiệu chỉnh lại nếu có sai sót khi nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu theo phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

* Phân tích số liệu: Các thông tin được thể hiện dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%); Thống kê phân tích: sử dụng kiểm định khi bình phương (χ^2) so sánh các tỷ lệ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (KTC 95%) để xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống dịch bệnh COVID-19. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng số liệu.

Chương 2: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2.1. Phân bố về nhóm tuổi

Tuổi	16	17	18	Tổng
n	133	132	119	384

Tỷ lệ %	34,6	34,4	31,0	100
----------------	-------------	-------------	-------------	------------

Nhận xét: Tỷ lệ học sinh có độ tuổi 16 tuổi là cao nhất 34,6%, các nhóm tuổi còn lại là 17 tuổi 34,4% và 18 tuổi 31,0%.

Bảng 2.2. Phân bố về giới tính

Giới tính	Nam	Nữ	Tổng
n	169	215	384
Tỷ lệ %	44	56	100

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới trong trường THPT là 56% và nam chiếm 44%.

Bảng 2.3. Phân bố về trường học

Trường học	THPT Huỳnh Thị Hưởng	THPT Châu Văn Liêm	THPT Nguyễn Hữu Cảnh	Tổng
n	134	122	128	384
Tỷ lệ %	34,9	31,8	33,3	100

Nhận xét: Học sinh trường THPT Huỳnh Thị Hưởng 34,9%, học sinh trường THPT Nguyễn Hữu Cảnh 33,3% và học sinh trường THPT Châu Văn Liêm 31,8%.

2. Kiến thức, thái độ, hành vi thực hành phòng, chống dịch bệnh COVID-19

2.1. Kiến thức phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Bảng 2.4. Kiến thức và các dấu hiệu về cách phòng, chống dịch bệnh COVID-19

TT	Nội dung biến	Đúng n (%)	Sai n (%)	Không biết n (%)
1	Các triệu chứng thông thường của bệnh COVID-19 là: Ho, sốt, mệt mỏi, đau cơ	378 (98,4%)	3 (0,8%)	3 (0,8%)
2	Các triệu chứng ít gặp hơn của bệnh COVID-19 là: nghẹt mũi, sổ mũi, hắt hơi, tiêu chảy	289 (75,3%)	75 (19,5%)	20 (5,2%)
3	Trẻ em và thanh thiếu niên cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa COVID-19	45 (11,7%)	312 (81,3%)	27 (7%)
4	Người già, người mắc bệnh mạn tính và có hệ miễn dịch yếu khi mắc COVID-19 có nhiều khả năng chuyển biến nặng, có thể tử vong	265 (69%)	3 (0,8%)	116 (30,2%)

5	Ăn hoặc tiếp xúc với động vật hoang dã có thể bị nhiễm COVID-19	44 (11,5%)	246 (64,1%)	84 (24,5%)
6	Những người mắc COVID-19 không thể truyền virus cho người khi chưa có biểu hiện ho, sốt, khó thở, hắt hơi.	27 (7%)	346 (90,1%)	11 (2,9%)
7	COVID-19 lây lan qua các giọt bắn đường hô hấp của người bệnh	375 (97,7%)	3 (8%)	6 (1,6%)
	Kiến thức đạt chung	65,9%		

Nhận xét: Kiến thức chung đạt 65,9%. Trong khi đó biết được triệu chứng thông thường của bệnh COVID-19 sốt, ho, mệt mỏi, đau cơ cao nhất 98,4%

Bảng 2.5. Kiến thức ngăn ngừa và cách phòng, chống dịch bệnh COVID-19

TT	Nội dung biến	Đúng n (%)	Sai n (%)	Không biết n (%)
1	Đeo khẩu trang đúng cách giúp ngăn ngừa sự lây nhiễm của virus COVID-19	256 (66,7%)	87 (22,7%)	41 (10,7%)
2	Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng và nước sạch hoặc nước sát khuẩn giúp ngăn ngừa sự lây nhiễm COVID-19	241 (62,8%)	112 (29,2%)	31 (8,1%)
3	Để ngăn ngừa sự lây nhiễm của COVID-19 mọi người hạn chế đến những nơi đông người như: bến xe, khu vui chơi...	267 (69,5%)	106 (27,6%)	11 (2,9%)
4	Cách ly tại nhà và điều trị cho những người bị nhiễm COVID-19 là cách hiệu quả để giảm sự lây lan của virus	136 (35,4%)	206 (53,6%)	42 (10,9%)
5	Những người có tiếp xúc với người bị nhiễm virus COVID-19 (F1) cần được theo dõi sức khỏe ngay lập tức ở các khu cách ly tập trung trong 14 ngày	110 (28,6%)	268 (69,8%)	6 (1,6%)
6	Thực hiện giãn cách xã hội giúp làm giảm và ngăn ngừa dịch bệnh COVID-19 lây lan	147 (38,3%)	201 (52,3%)	36 (9,4%)
7	COVID-19 có thể lây qua đường tiếp xúc với các bề mặt chứa virus	156 (40,6%)	204 (53,1%)	24 (6,3%)
	Kiến thức đạt chung	41,8%		

Nhận xét: Kiến thức đạt chung ngăn ngừa phòng chống dịch COVID-19 đạt 41,8%, Cao nhất là hạn chế đến những nơi đông người như: bến xe, khu vui chơi...69,5%

2.2. Thái độ, phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Bảng 2.6. Thái độ, phòng, chống COVID-19

TT	Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
----	----------	---------------	---------

1	Lo lắng về nguy cơ bản thân có thể bị nhiễm COVID-19 khi đi học tại trường		
1.1	Có lo lắng	187	48,7
1.2	Lo lắng một phần	106	27,6
1.3	Không lo lắng	91	23,7
2	Tin tưởng vào khả năng thành công của công tác chống dịch COVID-19		
2.1	Có hoàn toàn tin tưởng	195	50,8
2.2	Tin tưởng một phần	103	26,8
2.3	Không tin tưởng	86	22,4
3	Sự hài lòng với các biện pháp chống dịch COVID-19		
3.1	Rất hài lòng	201	52,3
3.2	Hài lòng một phần	113	29,4
3.3	Không hài lòng	70	18,2
	Thái độ chung	182	47,4

Nhận xét: Thái độ chung về phòng chống dịch COVID-19 đạt 47,4%, trong đó ở nhóm như hài lòng về các biện pháp chống dịch COVID-19 là cao nhất 52,3%.

2.3. Thực hành phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Bảng 2.7. Thực hành vệ sinh phòng, chống COVID-19

TT	Nội dung thực hành	Thực hành tốt		Thực hành không tốt	
		n	%	n	%
1	Trong thời gian giãn cách xã hội không tập trung đông người	209	54,4	175	45,6
2	Có đeo khẩu trang khi tập trung ở khu vực đông người	245	63,8	139	36,2
3	Rửa tay bằng xà phòng khi che mũi, miệng lúc ho, hắt hơi và khi tháo khẩu trang	213	55,5	171	44,5
4	Thường xuyên rửa tay bằng nước sạch và xà phòng	198	51,6	186	48,4
5	Che mũi, miệng khi ho hoặc hắt hơi bằng khăn giấy sạch, khăn vải, khuỷu tay áo	238	62,0	146	38,0
6	Không đưa tay lên mắt, mũi, miệng	217	56,5	167	43,5

7	Không dùng chung các đồ cá nhân như cốc, bình nước, khăn lau tay	235	61,2	149	38,8
	Thực hành chung	200	52,1	184	47,9

Nhận xét: Thực hành vệ sinh chung phòng chống dịch bệnh COVID-19 của học sinh: Thực hành tốt 52,1%, không tốt 47,9%

Bảng 2.8. Thực hành theo quy định phòng, chống COVID-19

TT	Nội dung thực hành	Thực hành tốt		Thực hành không tốt	
		n	%	n	%
1	Không khạc nhổ bừa bãi	243	63,3	141	36,7
2	Bỏ rác đúng nơi quy định	256	66,7	128	33,3
3	Đeo khẩu trang trên đường đến trường	225	58,6	159	41,4
4	Đeo khẩu trang trên đường về nhà	278	72,4	106	27,6
5	Kiểm tra thân nhiệt tại cổng trước khi vào trường	297	77,3	87	22,7
6	Không tập tụ trong giờ ra chơi	216	56,3	168	43,8
7	Sử dụng quạt, không sử dụng điều hòa	283	73,7	101	26,3
	Thực hành chung	235	61,2	149	38,8

Nhận xét: Thực hành chung về quy định phòng, chống COVID-19: Thực hành tốt đạt 61,2%, không tốt 38,8%.

2.4. Mối liên quan đến thực hành phòng, chống dịch COVID-19

Bảng 2.9. Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ, đến thực hành chung

Biến số	Chỉ số	Thực hành				OR	P (95%CI)
		Không đạt		Đạt			
		n	%	n	%		
Kiến thức chung	Chưa đạt	86	30,4	197	69,6	0,98	0,36
	Đạt	64	21,5	234	78,5	0,40	0,004
Thái độ chung	Chưa tích cực	57	31,5	124	68,5	0,98	0,45-0,96
	Tích cực	49	20,8	187	79,2	0,13	0,32-0,87
Tuổi	16 tuổi	13	12,0	95	88,0	1,2	0,34
	17 tuổi	25	18,7	109	81,3	0,46	0,56

	18 tuổi	17	14,7	99	85,3	0,06	0,003
Khối lớp	lớp 10	19	15,6	103	84,4	1,24	0,08-1,01
	lớp 11	45	31,9	96	68,1	1,34	0,121
	lớp 12	16	12,7	110	87,3	1,02	0,02
Giới tính	Nam	56	28,0	144	72,0	0,36	0,23
	Nữ	68	36,0	121	64,0	1,26	0,08

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu kiến thức chung đạt cao gấp 0,4 lần so với kiến thức không đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,004<0,05$.

- Nhóm đối tượng nghiên cứu tuổi 18 có tỷ lệ thực hành không đạt thấp chỉ bằng 0,06 lần so với nhóm học sinh 16, 17 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003<0,05$.

- Khối học sinh lớp 12 trong nghiên cứu có tỷ lệ thực hành không đạt thấp hơn 1,02 lần so với thực hành, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02<0,05$

Bảng 2.10. Mối liên quan về thực hành không đi tới đông người

Biến số	Chỉ số	Thực hành				OR	P (95%CI)
		Không đạt		Đạt			
		n	%	n	%		
Kiến thức chung	Chưa đạt	96	31,0	214	69,0	1,21	0,09
	Đạt	75	27,7	196	72,3	0,32	0,001
Thái độ chung	Chưa tích cực	65	29,4	156	70,6	1,01	1,21-1,98
	Tích cực	65	24,7	198	75,3	0,24	0,36
Tuổi	16 tuổi	18	17,3	86	82,7	0,56	0,35-1,36
	17 tuổi	29	20,4	113	79,6	0,39	0,87
	18tuổi	16	13,6	102	86,4	0,37	0,04
Khối lớp	lớp 10	21	18,4	93	81,6	0,46	0,45-0,95
	lớp 11	33	22,3	115	77,7	0,59	0,54-1,08
	lớp 12	13	10,0	117	90,0	0,12	0,001
Giới tính	Nam	46	22,5	158	77,5	0,28	0,58
	Nữ	43	31,0	125	74,4	0,67	0,02

Nhận xét: Nhóm học sinh không đi đến nơi đông người có tỷ lệ đạt chung không thấp hơn 0,32 lần so với tỷ lệ chưa đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,001<0,05$.

- Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu 18 tuổi có tỷ lệ không đạt thấp hơn 0,28 lần so với các nhóm tuổi 16, 17 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,04<0,05$.

- Khối lớp 12 trong kết quả nghiên cứu không thấp hơn 0,12 lần so với các khối 10, khối 11, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,001<0,05$.

- Nhóm nghiên cứu là nữ không thấp hơn 0,67 lần so với nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02<0,05$.

Bảng 2.11. Mối liên quan với thực hành đeo khẩu trang

Biến số	Chỉ số	Thực hành				OR	P (95%CI)
		Không đạt		Đạt			
		n	%	n	%		
Kiến thức chung	Chưa đạt	54	23,3	178	76,7	0,21	0,08
	Đạt	72	26,8	197	73,2	0,16	0,57-1,56
Thái độ chung	Chưa tích cực	43	23,2	142	76,8	0,48	0,68
	Tích cực	45	19,5	186	80,5	0,15	0,18-1,15
Tuổi	16 tuổi	16	13,4	103	86,6	0,19	0,37
	17 tuổi	34	25,2	101	74,8	0,57	0,28
	18tuổi	23	16,8	114	83,2	0,13	0,04
Khối lớp	lớp 10	15	12,1	109	87,9	0,97	0,09-1,2
	lớp 11	39	28,5	98	71,5	0,16	0,57
	lớp 12	18	13,5	115	86,5	0,47	0,64
Giới tính	Nam	52	27,2	139	72,8	0,57	0,24-1,09
	Nữ	58	25,6	123	74,4	0,64	0,02

Nhận xét: Nhóm tuổi trong kết quả nghiên cứu là 18 tuổi không thấp hơn 0,13 lần so với các tuổi 16, 17 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,04<0,05$.

- Giới tính trong nghiên cứu là nữ không thấp hơn 0,64 lần so với là nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02<0,05$.

Bảng 2.12. Mối liên quan đến thực hành rửa tay bằng xà phòng và nước sạch

Biến số	Chỉ số	Thực hành				OR	P (95%CI)
		Không đạt		Đạt			
		n	%	n	%		
Kiến thức chung	Chưa đạt	75	28,6	187	71,4	0,23	0,08
	Đạt	65	22,3	226	77,7	0,14	0,14-1,02
Thái độ chung	Chưa tích cực	54	31,0	120	69,0	0,56	0,45
	Tích cực	46	20,8	175	79,2	0,14	0,87

Tuổi	16 tuổi	12	11,3	94	88,7	0,23	0,003
	17 tuổi	27	20,8	103	79,2	0,58	0,12-1,15
	18 tuổi	23	20,9	87	79,1	0,56	0,68
Khối lớp	lớp 10	28	22,2	98	77,8	0,41	0,47
	lớp 11	43	31,4	94	68,6	0,21	0,56
	lớp 12	14	11,6	107	88,4	0,37	0,004
Giới tính	Nam	49	26,2	138	73,8	0,15	0,45
	Nữ	64	35,0	119	65,0	0,24	0,03

Nhận xét: Nhóm tuổi nghiên cứu 16 tuổi không thấp hơn, 23 lần với các tuổi 17, 18 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003<0,05$.

- Nhóm nghiên cứu khối lớp 12 không thấp hơn 0,37 lần so với các khối lớp 10, 11, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,004<0,05$.

- Nhóm nghiên cứu là nữ giới không thấp hơn 0,24 lần so với nam giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,03<0,05$

Chương 3: BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi 16 tuổi chiếm tỷ lệ 34,6%, độ tuổi 17 tuổi có tỉ lệ 34,4% và độ tuổi 18 tuổi có tỷ lệ thấp nhất 31,0% (bảng 3.1). Từ số liệu ở (bảng 3.2) cho thấy giới nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (56% so với 44%).

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh khối 11 chiếm tỷ lệ cao 33,6, học sinh khối 10 chiếm 33,3% và học sinh khối 12 chiếm tỷ lệ thấp nhất 33,1%. Học sinh trường THPT Huỳnh Thị Hường có số lượng học sinh nhiều với tỷ lệ chiếm 34,9% hơn các trường còn lại trong huyện, trong đó trường Nguyễn Hữu Cảnh 33,3% và trường THPT Châu Văn Liêm 31,8%.

3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống dịch bệnh COVID-19

3.2.1. Kiến thức phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Với kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh biết về cách phòng ngừa COVID-19 như lây lan qua các giọt bắn 97,7%, cũng như không truyền virus cho người chưa có biểu hiện sốt, ho, khó thở chiếm tỷ lệ 7%.

Cũng trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh biết cách phòng dịch COVID-19 nên số lượng học sinh đeo khẩu trang để phòng ngừa sự lây nhiễm virus COVID-19 đạt 66,7%, bên cạnh đó việc rửa tay thường xuyên bằng nước sạch và nước sát khuẩn để ngăn ngừa sự lây nhiễm COVID-19 của học sinh chiếm tỷ lệ 62,8%. [12]

3.2.2. Thái độ, phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Thái độ chung đúng về phòng dịch bệnh COVID-19 đạt được trong nghiên cứu này có tỷ lệ thấp 47,4%. Qua đây, cho thấy việc tuyên truyền phòng chống dịch bệnh COVID-19 của trường chưa hiệu quả và còn thiếu. Do dịch bệnh mới nên công tác hiểu biết của học sinh còn hạn chế để tạo sự an tâm học học sinh nhà trường.

3.2.3. Thực hành phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Thực hành phòng chống dịch bệnh COVID-19 bao gồm các vấn đề là không tập trung đông người, đeo khẩu trang, rửa tay thường xuyên bằng xà phòng hay dung dịch sát khuẩn để phòng ngừa COVID-19. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh đeo khẩu trang 63,8% đây cũng là điều kiện cần thiết để hạn chế sự lây lan COVID-19, khi ho hoặc hắt hơi tỷ lệ học sinh biết cách để hạn chế sự phát tán của giọt bắn như che mũi, miệng khi ho hay hắt hơi bằng khăn giấy, khăn vải, khuỷu tay áo tỷ lệ 62%. [10, 11]

Để ngăn ngừa nhiễm virus, WHO và Bộ Y tế khuyến cáo: rửa tay thường xuyên, che miệng và mũi khi ho và hắt hơi giữ khoảng cách ít nhất là 1 mét với bất kỳ ai có triệu chứng bệnh hô hấp như ho và hắt hơi, tránh đưa tay chạm mắt, mũi, miệng khi tay chưa rửa sạch.

3.2.4. Mối liên quan đến thực hành phòng, chống dịch COVID-19

Những học sinh thuộc nhóm 18 tuổi có tỷ lệ kiến thức đúng là 85,3% cao hơn học sinh có tuổi 16 và 17 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$). Về trình độ học vấn cho ta thấy tỷ lệ học sinh lớp 12 thì thực hành đúng 87,3% cao hơn học sinh lớp 10 và lớp 11 lần lượt 68,1 và 84,4% có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng 69,6% với kết quả nghiên cứu này cho thấy học sinh lớp 12 có tuổi từ 18 tuổi trở lên có thực hành tương đối cao hơn so với học sinh lớp 10, lớp 11 có độ tuổi từ 16 tuổi đến 17 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p=0,004$)

Mối liên quan về thực hành của học sinh không đi đến nơi đông người trong đó học sinh lớp 12 có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên có thực hành rất tốt về công tác phòng chống dịch COVID-19 điều này thể hiện qua mối liên quan có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p=0,04$) và học sinh lớp 12 với ($p=0,001$). Bên cạnh đó học sinh là nữ khi được hỏi về không đi đến nơi đông người để phòng dịch COVID-19 có tỷ lệ 74,4% và có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Điều này thể hiện qua đánh giá thực hành chung với tỷ lệ thực hành đạt 72,3% và có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p=0,001$)

Mối liên quan thực hành đeo khẩu trang để phòng ngừa sự lây lan của dịch bệnh là cần thiết trong đó học sinh lớp 12 chiếm tỷ lệ 86,5% có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p=0,04$) và nữ với có thực hành đạt 74,4% có sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê ($p=0,02$).

Virus xâm nhập vào cơ thể bạn qua mắt, mũi và miệng, vì vậy tránh chạm vào chúng bằng tay chưa rửa với tỷ lệ học sinh 16 tuổi 88,7% điều này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (0,003). Trong đó học sinh lớp 12 có thực hành đạt 88,4% và có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$). Ngoài ra nữ giới có tính sạch sẽ nên việc rửa tay thường xuyên là cần thiết nên chiếm 65% nên có sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p=0,03$).

KẾT LUẬN

1. Kiến thức phòng, chống dịch bệnh COVID

Kiến thức về dấu hiệu chung về phòng chống dịch bệnh COVID-19 của học sinh đạt tỷ lệ 65,9%.

Kiến thức chung ngăn ngừa và cách phòng chống dịch bệnh COVID-19 của học sinh đạt tỷ lệ 41,8%.

2. Thái độ, phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Thái độ hành vi chung của học sinh về phòng chống COVID-19 đạt 47,4%

3. Thực hành phòng, chống dịch bệnh COVID-19

Thực hành chung về vệ sinh của học sinh biết về cách phòng chống dịch bệnh 52,1%,

4. Mối liên quan đến thực hành phòng, chống dịch COVID-19

Khi thực hiện các biện pháp phòng chống dịch bệnh thì học sinh từ 18 tuổi trở lên và học lớp 12 có tỷ lệ đạt cao hơn so với các nhóm tuổi 16 và 17 tuổi cũng như các khối lớp 10, 11.

Thực hành không đi đến chỗ đông người, đeo khẩu trang và rửa tay bằng xà phòng của học sinh có tuổi từ 18 tuổi và học sinh của khối lớp 12 có kiến thức về thực hành tốt hơn các độ tuổi 16, 17 và các khối lớp 10, 11. Trong đó tỷ lệ nữ có tỷ lệ không tập trung khu vực đông người cao hơn so với nam.

KIẾN NGHỊ

Đối với Trung tâm Y tế

Trung tâm Y tế huyện cần phối hợp với các trường THPT tổ chức tập huấn kiến thức về phòng chống dịch COVID-19 cho toàn thể cán bộ và giáo viên toàn trường để biết được cách phòng chống COVID-19.

Trung tâm Y tế huyện phối hợp Trung tâm Văn hóa – Thể thao & Truyền thanh huyện viết các tin bài truyền truyền về phòng chống COVID-19 và tiếp âm xuống các Đài truyền thanh xã, thị trấn.

Hướng dẫn giáo viên và học sinh cài đặt bluzone, ncovi và cập nhật bản đồ COVID-19, người dân có thể theo dõi toàn diện, tổng thể diễn biến tình hình dịch bệnh... Qua đó, giúp người dân biết

và không di chuyển đến các điểm nóng, tránh lây nhiễm dịch.

Đối với trường học

Phối hợp với Trung tâm Y tế huyện tổ chức các buổi tuyên truyền về phòng chống COVID-19 trong các buổi sinh hoạt dưới cờ để biết được cách phòng chống COVID-19 cho bản thân, gia đình và mọi người xung quanh. Nhà trường thực hiện các biện pháp về phòng chống dịch như kiểm tra thân nhiệt cho học sinh khi vào trường, nhắc nhở học sinh thường xuyên đeo khẩu trang và tập trung đông người.

Nghiên cứu Kiến Thức, Thực Hành của bà mẹ có trẻ từ 9 -12 tháng tuổi và các yếu tố liên quan về thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng tại huyện Chợ Mới, năm 2022

BS. Nguyễn Thị Thạch Thảo; Cộng sự: BS. Lý Quốc Tính; YS. Phạm Thị Tú Trinh

TÓM TẮT

*Tiêm chủng là một trong những thành tựu lớn nhất của y học hiện đại. Hàng năm chương trình tiêm chủng mở rộng phải đáp ứng cho khoảng 4.000 trẻ em tại huyện Chợ Mới. Góp phần nâng cao hiệu quả công tác tiêm chủng mở rộng đầy đủ, đặc biệt ở nhóm 9 đến 12 tháng tuổi, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm thực hiện mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến thực hành đưa trẻ đi tiêm ngừa của các bà mẹ có trẻ từ 9 - 12 tháng tuổi trên địa bàn huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang. Nghiên cứu được tiến hành theo **phương pháp mô tả cắt ngang** có phân tích trên 300 đối tượng là bà mẹ có con từ 9 đến 12 tháng tuổi tại thời điểm điều tra thuộc các xã, thị trấn của huyện Chợ Mới. Ghi nhận kết quả bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn và sổ theo dõi tiêm chủng của trẻ. **Kết quả nghiên cứu** cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về chương trình tiêm chủng mở rộng cho trẻ 9-12 tháng chiếm tỷ lệ 79%, 21% có kiến thức chưa đúng. Tỷ lệ bà mẹ thực hành đưa trẻ đi tiêm chủng đúng lịch và đầy đủ chiếm 46%, 54% bà mẹ chưa đưa trẻ tiêm chủng đầy đủ hoặc tiêm chưa đúng lịch. Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp III trở lên cao gấp 4,637 lần so với nhóm bà mẹ có trình độ học vấn dưới cấp III, điều này có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$. Những bà mẹ có kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng cao gấp 1,830 lần so với những bà mẹ có kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm chương trình tiêm chủng mở rộng của huyện Chợ Mới phải đáp ứng cho khoảng 4.000 trẻ em 9-12 tháng thực hiện tiêm chủng với 8 loại vắc xin: Lao, Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván, Viêm gan B, Hib, Bại liệt và Sởi. Năm 2021, tiêm chủng đầy đủ 8 loại vắc xin cho trẻ 9-12 tháng tại huyện Chợ Mới có 3609 trẻ đạt tỷ lệ 77.1%, tỷ lệ này thấp hơn chỉ tiêu của tỉnh là 95%. Trong đó, số trẻ được tiêm vắc xin BCG là 3306 trẻ (70,6%), OPV là 3072 trẻ (65,6%), 5 trong 1 là 3087 trẻ (65,9%), sởi là 3636 trẻ (77,7%). Xuất phát từ vấn đề thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu Kiến Thức, Thực Hành của bà mẹ có trẻ từ 9 -12 tháng tuổi và các yếu tố liên quan về thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng tại huyện Chợ Mới, năm 2022.”** Với mục tiêu:

Mô tả kiến thức, thực hành của bà mẹ có trẻ từ 9 -12 tháng tuổi về tiêm chủng mở rộng tại huyện Chợ Mới năm 2022.

Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến thực hành đưa trẻ đi tiêm ngừa của các bà mẹ có trẻ từ 9 - 12 tháng tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con từ 9 đến 12 tháng tuổi tại thời điểm điều tra thuộc các xã, thị trấn của huyện Chợ Mới

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Chợ Mới

Thời gian: tháng 07 năm 2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

2.4.1. Cơ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỉ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

$z_{\alpha/2} = 1,96$ (mức tin cậy mong muốn là 95%).

$p = 0,5$ (chưa có nghiên cứu nào tại địa phương, nên chúng tôi ước tính Bà mẹ hài lòng với các điểm TCMR là 50% = 0,5)

$d = 0,05$ (độ chính xác mong muốn là 5% = 0,05)

$n = 1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)/0,05^2 \approx 300$. Chọn $n=300$

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu phân tầng ngẫu nhiên

- Lập danh sách bà mẹ có con 9-12 tháng tại mỗi xã (18 xã).
- Ước tính số bà mẹ được chọn vào mẫu nghiên cứu ở mỗi xã, thì trấn tỷ lệ với số trẻ 9-12 tháng ước tính thực hiện tiêm chủng trong năm và đảm bảo phân bố đều ở mỗi ấp.

2.6. Phương tiện và công cụ thu thập thông tin

- Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn.
- Sổ theo dõi tiêm chủng của trẻ.

2.7 Xử lý dữ kiện và phân tích dữ kiện

Thông tin, số liệu được nhập và xử lý bằng Excel, phần mềm thống kê cơ bản SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Phân bố tuổi của bà mẹ

Bảng 3.1.1 Phân bố tuổi của bà mẹ

Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi của bà mẹ	≤ 25 tuổi	29	9.7
	26-30 tuổi	138	46
	≥ 31 tuổi	133	44.3

Nhận xét: Dựa vào bảng 3.1 cho ta thấy tuổi bà mẹ trong nghiên cứu tập trung nhiều ở độ tuổi từ 26 đến 30 tuổi chiếm 46%, trên 30 tuổi chiếm 44.3% và chỉ có 9.7% số bà mẹ dưới 25 tuổi.

3.1.2 Trình độ học vấn và nghề nghiệp của bà mẹ

Bảng 3.1.2 Trình độ học vấn và nghề nghiệp của bà mẹ

Thông tin	Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học	Tiểu học	17	5.7

văn	Trung học cơ sở	131	43.7
	Trung học phổ thông	140	46.7
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	3	1.0
	Không biết chữ	9	3.0
Nghề nghiệp	Nội trợ	181	60.3
	Buôn bán	79	26.3
	Công viên chức	4	1.3
	Nghề khác	36	12

Nhận xét: Trong tổng số 300 bà mẹ nghiên cứu, trình độ học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất là trung học (trung học cơ sở chiếm 43.7%, trung học phổ thông chiếm 46.7%), trình độ tiểu học chiếm 5.7%, trình độ từ trung cấp, cao đẳng, đại học chiếm 1% và không biết chữ chiếm 3%.

3.1.3 Phân bố bà mẹ theo số con

Bảng 3.1.3 Phân bố bà mẹ theo số con

Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số con	1 con	95	31.7
	2 con	158	52.7
	≥3 con	47	15.7

Nhận xét: Hầu hết các bà mẹ trong nghiên cứu có từ 2 con chiếm tỷ lệ cao 52.7%, tiếp theo tỷ lệ bà mẹ có 1 con chiếm 31.7%, và từ 3 con trở lên chiếm 15.7%.

3.1.4 Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế và phương tiện sử dụng

Bảng 3.1.4 Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế và phương tiện sử dụng

Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế	<500m	15	5
	500m – 1km	52	17.3
	1km-10km	233	77.6
	>10km	0	0
Phương tiện sử dụng	Xe đạp	22	7.3
	Xe máy	264	88
	Khác	14	4.7

Nhận xét: Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế của các bà mẹ đa số từ 1km đến 10km chiếm 77.6%, các bà mẹ có gia đình gần từ 500m chiếm 5%, 500m đến 1km chiếm 17.3% và không có gia đình nào ở xa >10km

3.2 Kiến thức của bà mẹ về tiêm chủng và tình trạng tiêm chủng của trẻ

3.2.1 Mục đích của việc đưa trẻ đi tiêm chủng

Bảng 3.2.1 Mục đích của việc đưa trẻ đi tiêm chủng

Mục đích của tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phòng bệnh	292	97.3
Bắt buộc	5	1.7

Không biết	3	1
------------	---	---

Nhận xét: Từ bảng 3.5 nhận thấy đa số bà mẹ đều có kiến thức đúng về mục đích của việc đưa trẻ là để phòng bệnh, chiếm tỷ lệ cao 97.3%. Bên cạnh còn có một số bà mẹ còn hiểu sai mục đích tiêm chủng là bắt buộc chiếm 1.7% và không biết về mục đích của tiêm chủng chiếm 1%.

3.2.2 Kiến thức của bà mẹ về các bệnh có thể phòng ngừa được nhờ tiêm chủng

Bảng 3.2.2 Kiến thức của bà mẹ về các bệnh có thể phòng ngừa được nhờ tiêm chủng

Những bệnh phòng ngừa được nhờ tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lao	1	0,3
Viêm gan B	1	0.3
Bại liệt	2	0.6
Bạch hầu, ho gà, uốn ván	3	0.9
Sởi	1	0.3
Tất cả các ý trên	292	97.3

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về các bệnh có thể phòng ngừa được nhờ tiêm chủng là 7,3%.

3.2.3 Kiến thức của bà mẹ về các loại vắc xin trẻ được tiêm

Bảng 3.2.3 Kiến thức của bà mẹ về các loại vắc xin trẻ được tiêm

Những loại vắc xin trẻ được tiêm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lao (BCG)	2	0.7
Viêm gan B (VGB)	2	0.7
Bại liệt (OPV)	2	0.7
DPT-VGB-Hib(5 trong 1)	7	2.3
Sởi (Mvvac)	4	1.3
Tất cả các ý trên	283	94.3

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về các loại vắc xin trẻ được tiêm chiếm tỷ lệ rất cao 94,3%.

3.2.4 Kiến thức về dấu hiệu thường gặp sau tiêm chủng

Bảng 3.2.4 Kiến thức về dấu hiệu thường gặp sau tiêm chủng

Dấu hiệu thường gặp sau tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt nhẹ	40	13.3
Bỏ bú, chán ăn	5	1.7
Sưng đỏ tại chỗ tiêm	5	1.7
Tất cả các ý trên	250	83.3

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về các dấu hiệu thường gặp sau tiêm chủng chiếm tỷ lệ cao 83,3%. Song, vẫn có các bà mẹ biết được đơn lẻ các triệu chứng: sốt nhẹ (13,3%), bỏ bú chán ăn (1,7%), sưng đỏ tại chỗ tiêm (1,7)

3.2.5. Kiến thức về những phản ứng nặng trẻ có thể gặp sau tiêm chủng cần đưa đến CSYT

Bảng 3.2.5 Kiến thức về những phản ứng nặng trẻ có thể gặp sau tiêm chủng cần đưa đến CSYT

Những phản ứng nặng có thể gặp sau tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt cao trên 38,5°C	8	2.7
Co giật	7	2.3
Khó thở	12	4
Tím tái	3	1
Tất cả các ý trên	270	90

Nhận xét: có 90% bà mẹ có kiến thức về các phản ứng nặng sai tiêm chủng cần đưa đến CSYT, sốt cao trên 38,5 độ C (2,7%), co giật (2,3%), khó thở (4%), tím tái (1%).

3.2.6. Kiến thức về cách xử trí của bà mẹ cho trẻ bị sốt sau khi tiêm vắc xin

Bảng 3.2.6 Kiến thức về cách xử trí của bà mẹ cho trẻ bị sốt sau khi tiêm vắc xin

Cách xử trí khi trẻ bị sốt sau khi tiêm vắc xin	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Uống thuốc hạ sốt	26	8.7
Tất cả các ý trên: (cho trẻ uống nhiều nước, chườm mát, mặc quần áo rộng, uống thuốc hạ sốt)	274	91.3

Nhận xét: bà mẹ có kiến thức đúng về cách xử trí khi trẻ bị sốt sau tiêm chủng chiếm tỷ lệ chiếm tỷ lệ cao 91,3%, bà mẹ nghi chỉ cho trẻ uống thuốc hạ sốt là 8,7%

3.2.7 Kiến thức của bà mẹ về hiệu quả phòng bệnh khi trẻ tiêm chủng đúng lịch

Bảng 3.2.7 Kiến thức của bà mẹ về hiệu quả phòng bệnh khi trẻ tiêm chủng đúng lịch

Kiến thức của bà mẹ về hiệu quả phòng bệnh khi trẻ tiêm chủng đúng lịch	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	270	90
Sai	30	10

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ biết được hiệu quả phòng bệnh giảm nếu không đưa trẻ tiêm đúng lịch là 90% chiếm tỷ lệ cao.

3.2.8 Kiến thức của bà mẹ về những ảnh hưởng khi trẻ tiêm chủng đầy đủ

Bảng 3.2.8 Kiến thức của bà mẹ về những ảnh hưởng khi trẻ tiêm chủng đầy đủ

Trẻ không tiêm chủng đầy đủ sẽ có những ảnh hưởng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	295	98.3
Sai	5	1.7

Nhận xét: bà mẹ có kiến thức đúng về những ảnh hưởng khi trẻ tiêm chủng đầy đủ chiếm tỷ lệ rất cao 98,3%

3.2.9 Khi đưa trẻ đi tiêm chủng bà mẹ cần mang theo sổ tiêm chủng.

Bảng 3.2.9 Khi đưa trẻ đi tiêm chủng bà mẹ cần mang theo sổ tiêm chủng

Khi đi tiêm chủng bà mẹ cần mang theo sổ tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	273	91
Sai	27	9

Nhận xét: có đến 91% bà mẹ biết được khi tiêm ngừa cho trẻ cần mang theo sổ tiêm chủng chiếm tỷ lệ rất cao, tuy nhiên vẫn có 9% bà mẹ không mang theo sổ tiêm chủng.

3.2.10 Tác dụng của sổ tiêm chủng của trẻ.

Bảng 3.2.10 Tác dụng của sổ tiêm chủng của trẻ.

Tác dụng của sổ tiêm chủng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cho biết trẻ đã tiêm vắc xin gì	58	19.4
Lịch tiêm chủng	7	2.3
Thời gian buổi tiêm chủng tiếp theo	19	6.3
Tất cả các ý trên	216	72

Nhận xét: có 19,4% bà mẹ cho rằng sổ tiêm ngừa cho biết trẻ đã tiêm vắc xin gì, chỉ biết lịch tiêm là 2,3%, thời gian tiêm tiếp theo là 6,3% và 72% hiểu được sổ tiêm ngừa cung cấp tất cả các thông tin trên

3.2.11 Nguồn thông tin tiếp cận chương trình TCMR và kiến thức thu nhận được của bà mẹ

Bảng 3.2.11 Nguồn thông tin tiếp cận chương trình TCMR và kiến thức thu nhận được của bà mẹ

Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguồn thông tin	Trạm y tế, nhân viên y tế	58	19.3
	Loa, đài phát thanh	26	8.7
	Tất cả các ý trên	216	72
Kiến thức nhận được	Các loại vắc xin cần tiêm	3	1
	Lợi ích của việc tiêm chủng	2	0.6
	Lịch tiêm chủng	6	2
	Tất cả các ý trên	289	96.3

Nhận xét: có 19,3% bà mẹ biết được chương trình TCMR từ trạm y tế, nhân viên y tế. Loa, đài phát thanh là 8,7% và biết được từ các nguồn trên là 72%

3.2.12 Lịch tiêm chủng mở rộng định kỳ tại địa phương

Bảng 3.2.12 Lịch tiêm chủng mở rộng định kỳ tại địa phương

Lịch tiêm chủng mở rộng tại địa phương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	94	31.3
Sai	206	68.7

Nhận xét: tỷ lệ bà mẹ biết được trạm y tế sẽ tổ chức tiêm 2 lần/ tháng chiếm 68,7% , vẫn còn tỷ lệ tương đối cao các bà mẹ chưa biết điều này chiếm 31,3%.

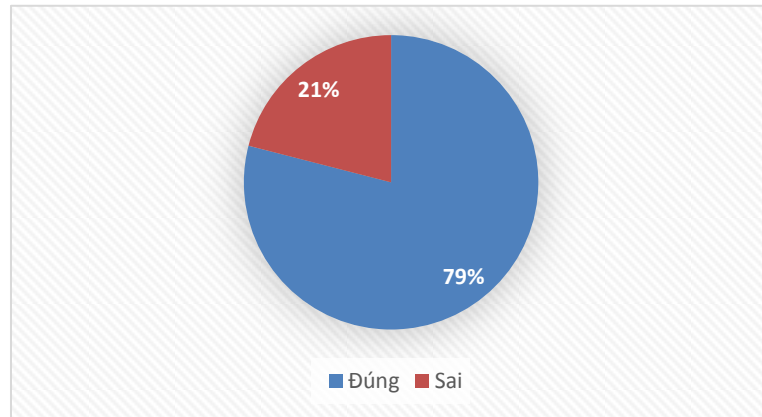
3.2.13 Kiến thức của bà mẹ sau khi tiêm chủng cho trẻ.

Bảng 3.2.13 Kiến thức của bà mẹ sau khi tiêm chủng cho trẻ

Kiến thức sau khi tiêm chủng cho trẻ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	293	97.7
Sai	7	2.3

Nhận xét: qua bảng 3.17 ta có thể thấy tỷ lệ rất cao bà mẹ đều biết được phải theo dõi trẻ 30 phút tại trạm y tế sau khi tiêm ngừa.

3.2.14 Kiến thức đúng về chương trình tiêm chủng mở rộng cho trẻ của bà mẹ

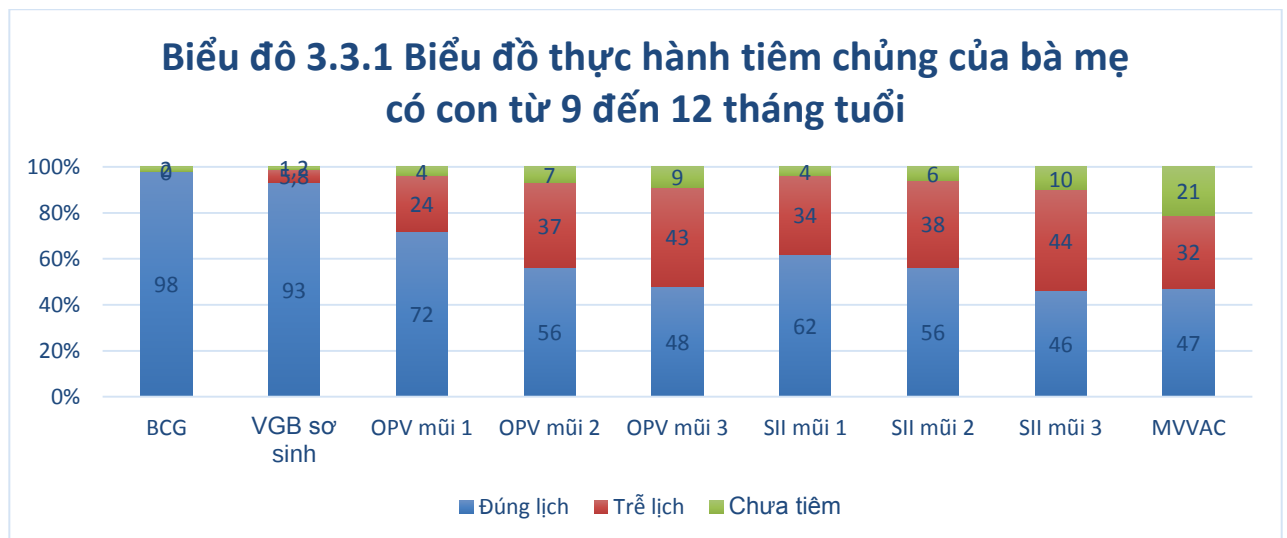


Biểu đồ 3.2.14 Tỷ lệ kiến thức đúng của bà mẹ về chương trình TCMR cho trẻ 9 -12 tháng tuổi

Nhận xét: tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về chương trình tiêm chủng mở rộng cho trẻ 9-12 tháng chiếm tỷ lệ khá cao 79%, vẫn còn 21% có kiến thức chưa đúng.

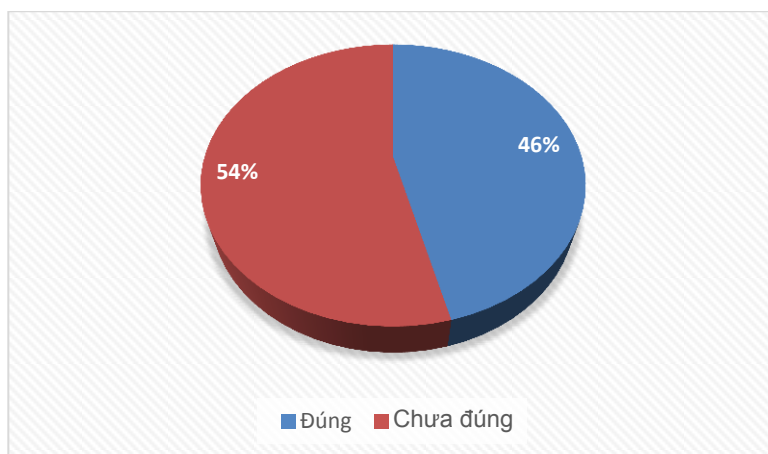
3.3 Thực hành của bà mẹ về tiêm chủng cho trẻ từ 9 đến 12 tháng

Bảng 3.3 Thực hành của bà mẹ về tiêm chủng cho trẻ từ 9 đến 12 tháng



Nhận xét: Thông qua kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ trẻ tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch còn thấp. Cụ thể tỷ lệ trẻ tiêm đúng lịch vắc xin OPV lần 1, 2, 3 lần lượt là 72%, 56%, 48%. Vắc xin 5 trong 1 tỷ lệ trẻ tiêm lần 1,2,3 đúng lịch lần lượt là 62%, 56%, 46%. Vắc xin sởi có tỷ lệ trẻ tiêm đúng lịch là 47%. Bên cạnh đó, một số vắc xin chiếm tỷ lệ cao trẻ tiêm đúng lịch như BCG chiếm 98% và VGB sơ sinh chiếm 93%.

Biểu đồ 3.3.2: tỷ lệ bà mẹ thực hành đúng



Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ thực hành đưa trẻ đi tiêm chủng đúng lịch và đầy đủ chưa cao chiếm 46%, có đến 54% bà mẹ chưa đưa trẻ tiêm chủng đầy đủ hoặc tiêm chưa đúng lịch.

3.4 Mối liên quan ảnh hưởng đến thực hành đưa trẻ đi tiêm ngừa của các bà mẹ có trẻ từ 9 đến 12 tháng.

Bảng 3.4.1 Mối liên quan giữa các đặc điểm của mẹ với thực hành (n=300)

Nội dung		Thực hành chung			
		Đúng (%)	Chưa đúng (%)	OR (KTC 95%)	p
Tuổi mẹ	≤30 tuổi	74 (53,6%)	95 (58,6%)	0,815 (0,124-2,124)	0,465
	>30 tuổi	64 (46,4%)	67 (41,4%)		
Trình độ học vấn	Từ Cấp III trở lên	98 (71%)	56 (34,5%)	4,637 (2,472-8,782)	≈ 0,001
	Dưới cấp III	40 (29%)	106 (65,5%)		
Số con	Từ 2 con trở lên	83 (60%)	67 (41%)	2,139 (1,249-7,284)	0,892
	1 con	55 (40%)	95 (59%)		
Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế	Dưới 1 km	18 (13%)	33 (20%)	0,586 (0,124-2,984)	0,784
	Trên 1 km	120 (87%)	129 (80%)		

Nhận xét:

Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ ≤30 tuổi cao hơn so với nhóm bà mẹ >30 tuổi, điều này không có ý nghĩa thống kê với $P>0,05$.

Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp III trở lên cao gấp 4,637 lần so với nhóm bà mẹ có trình độ học vấn dưới cấp III, điều này có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$.

Tỷ lệ thực hành chung của nhóm bà mẹ có từ 2 con trở lên cao hơn nhóm bà mẹ có 1 con, điều này không có ý nghĩa thống kê với $P>0,05$.

Tỷ lệ thực hành chung của nhóm bà mẹ có khoảng cách từ nhà tới trạm y tế dưới 1km cao hơn nhóm bà mẹ có khoảng cách từ nhà tới trạm y tế trên 1km, điều này không có ý nghĩa thống kê với $P>0,05$.

Bảng 3.4.2 Mối liên quan giữa kiến thức đúng và thực hành (n=300)

Kiến thức	Thực hành chung			
	Đúng (%)	Chưa đúng (%)	OR (KTC 95%)	p
Đúng	82 (59,4%)	72 (44,4%)	1,830 (0,482-5,255)	01 <0,0
Sai	56 (40,6)	90 (55,6%)		
Tổng	138 (46%)	162 (54%)		

Nhận xét: những bà mẹ có kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng cao gấp 1,830 lần so với những bà mẹ có kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi: Qua nghiên cứu cho thấy, tuổi của bà mẹ tập trung nhiều ở nhóm tuổi 26 đến 30 tuổi (chiếm 46%) cao hơn nghiên cứu của Dương Thị Hồng (43,8%)[1] bà mẹ >30 tuổi chiếm 44,3% và ≤25 tuổi chiếm 9.7%.

Trình độ học vấn: Trình độ các bà mẹ tập trung nhiều ở trung học (trung học cơ sở chiếm 43.7%, trung học phổ thông chiếm 46.7%) , thấp ở tiểu học (5.7%) và trung cấp, cao đẳng, đại học (1%). Kết quả này có tương đồng so với nghiên cứu của Dương Thị Hồng (68,1%)[2], Nguyễn Văn Hòa (81,2%)[3].

Do lứa tuổi kết hôn ở phụ nữ hiện tại đang lớn dần. Đa số các bà mẹ ở lứa tuổi này đều trải qua giai đoạn đến trường. Những bà mẹ có trình độ từ cấp III trở lên có tỷ thực hành tiêm chủng đúng cao gấp 4,637 lần so với bà mẹ có trình độ dưới cấp III do được cập nhật kiến thức về tiêm chủng cho trẻ đầy đủ và toàn diện hơn, nhận thức đúng đắn hơn về tầm quan trọng của tiêm chủng đối với trẻ em.

4.2 Kiến thức của bà mẹ về tiêm chủng cho trẻ 9 đến 12 tháng tuổi

Trình độ học vấn là yếu tố quan trọng giúp bà mẹ nắm được thông tin về tiêm chủng, có 79% bà mẹ có kiến thức đúng về tiêm chủng mở rộng, 21% bà mẹ có kiến thức chưa đúng. Cao hơn nghiên cứu của Đào Văn Khuynh với kiến thức đúng (41,81%)[5], Nguyễn Thị Thanh Hương (35,2%)[6]. Nghiên cứu cho thấy bà mẹ hiểu được mục đích của việc tiêm chủng là phòng bệnh chiếm 97,3% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khải (100%)[7], cao hơn của Đào Văn Khuynh (84,24%)[5].

Hiểu biết của bà mẹ có kiến thức đúng về các bệnh có thể phòng ngừa được nhờ tiêm chủng chiếm tỷ lệ cao 97,3% cao hơn nghiên cứu của Trần Danh Huế (30,8%)[8]. 94,3% bà mẹ biết được các vắc xin trẻ cần tiêm trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

Hầu hết bà mẹ đều nắm được kiến thức về dấu hiệu thường gặp sau tiêm chủng (83,3%) và những phản ứng nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế (90%), cũng như cách xử trí khi trẻ bị sốt sau khi tiêm ngừa (91,3%) cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Kiều Nga (53%)[4]. Có 97.7% bà mẹ biết được cần theo dõi 30 phút tại trạm sau khi tiêm ngừa, điều này cũng góp phần củng cố việc an toàn tiêm chủng, kịp thời phát hiện và xử trí các phản ứng sau tiêm khi trẻ gặp phải.

Trong nghiên cứu, có 91% bà mẹ hiểu được việc ảnh hưởng khi trẻ tiêm chủng không đúng lịch và 98,3% bà mẹ hiểu được việc ảnh hưởng khi trẻ tiêm chủng không đầy đủ. Đây là kết quả của quá trình truyền thông, hướng dẫn của nhân viên y tế và các tổ chức cộng đồng đã có hiệu quả.

4.3 Thực hành của bà mẹ về tiêm chủng cho trẻ từ 9 đến 12 tháng tuổi.

Thông qua kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ còn thấp, chiếm tỷ lệ 46%. Thấp nhất là sởi (34%), tiếp đến là OPV mũi 1,2,3 lần lượt là 72%, 56%, 48% và vắc xin 5 trong 1 mũi 1,2,3 lần lượt là 62%, 56%, 46%.

Do ảnh hưởng từ dịch bệnh Covid-19, các trẻ được sinh ra ở giai đoạn bùng phát dịch, còn thực hiện giãn cách xã hội nên các gia đình còn khó khăn trong việc đưa trẻ đến trạm y tế tiêm ngừa, đa số các trẻ được tiêm bù và tiêm vét ở giai đoạn sau đó. Bên cạnh đó, các trẻ được sinh ra và tiêm vắc xin viêm gan sơ sinh trong 24 giờ ngay tại bệnh viện, nên tỷ lệ trẻ được tiêm đúng lịch rất cao 93%, tương tự đối với vắc xin lao (BCG) 98%

4.4 Mỗi liên quan ảnh hưởng đến thực hành đưa trẻ đi tiêm ngừa của các bà mẹ có trẻ từ 9 đến 12 tháng.

Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp III trở lên cao gấp 4,637 lần so với nhóm bà mẹ có trình độ học vấn dưới cấp III, điều này có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$. Ở trình độ từ cấp 3, các bà mẹ hiểu về kiến thức và biết được tầm quan trọng của việc tiêm ngừa đối với trẻ em, từ đó tỷ lệ thực hành ở nhóm này cao hơn nhóm trình độ dưới cấp 3.

Những bà mẹ có kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng cao gấp 1,830 lần so với những bà mẹ có kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Khi có kiến thức đúng, bà mẹ biết được ý nghĩa, mục đích của việc tiêm ngừa và những phản ứng sau tiêm có thể xảy ra. Một số phản ứng thông thường có thể tự xử lý tại nhà như sốt nhẹ, đau chỗ tiêm. Từ đó, các bà mẹ ít ngần ngại trong việc đưa trẻ đến tiêm ngừa.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này ta thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về TCMR cho trẻ 9-12 tháng là (79%) và có kiến thức chưa đúng là (21%).

Tỷ lệ trẻ tiêm đúng lịch là 46%, chưa đúng lịch là 54%. Trong đó tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch cho trẻ trong diện tiêm chủng đến cơ sở y tế tiêm ngừa BCG là (98%), Viêm gan B sơ sinh (93%), vắc xin 5 in 1 đủ 3 lần lần lượt là (lần 1: 62%, lần 2: 56%, lần 3: 46%), OPV đủ 3 lần lần lượt là (lần 1: 72%, lần 2: 56%, lần 3: 48%) và tiêm vắc xin sởi đơn là 47%. Tỷ lệ trẻ 9-12 tháng được tiêm đầy đủ và có mũi tiêm trễ VGB sơ sinh 98,8%, vắc xin 5 in 1 đủ 3 lần lần lượt là (lần 1: 96%, lần 2: 94%, lần 3: 90%), OPV đủ 3 lần lần lượt là (lần 1: 96%, lần 2: 93%, lần 3: 91%) và tiêm vắc xin sởi đơn là 69%.

Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp III trở lên cao gấp 4,637 lần so với nhóm bà mẹ có trình độ học vấn dưới cấp III, điều này có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$

Những bà mẹ có kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng cao gấp 1,830 lần so với những bà mẹ có kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

VI. KIẾN NGHỊ

Tổ chức đào tạo và đào tạo lại về tiêm chủng mở rộng cần thực hiện thường xuyên, tập trung vào kỹ năng thực hành tiêm chủng và tư vấn tiêm chủng cho cán bộ y tế nhằm nâng cao chất lượng tiêm chủng, cung cấp thông tin đầy đủ để các bà mẹ không phải lo lắng về các tác dụng phụ do tiêm chủng, những trường hợp trẻ vẫn có thể tiêm chủng để đảm bảo trẻ được tiêm chủng đúng thời điểm.

Tăng cường nguồn thông tin từ cán bộ y tế, truyền thông tư vấn cho các bà mẹ kiến thức về tiêm chủng đặc biệt về nội dung phản ứng sau tiêm và cách xử trí, lịch tiêm chủng ở nhóm có học thức thấp

Tăng cường truyền thông, vận động tiêm chủng tập trung vào nhóm mà có học vấn cao, làm cán bộ viên chức để có sự tham gia tích hơn trong thực hành tiêm chủng cho trẻ và cung cấp cho các bà mẹ đó những thông tin chính xác nhất về tiêm chủng cho trẻ nhỏ.

Tăng cường sự tham gia chủ động của bà mẹ trong tiêm chủng mở rộng, đặc biệt về an toàn

tiêm chủng. Tận dụng cơ hội từ những buổi tiêm chủng lồng ghép hoạt động truyền thông trực tiếp cho các bà mẹ về tiêm chủng mở rộng.

Trạm y tế phát huy và nâng cao vai trò của y tế phường, cộng tác viên nhằm đẩy mạnh tuyên truyền, vận động, nhắc nhở các gia đình có trẻ tiêm sởi và tiêm không đúng lịch, chú ý các mũi tiêm sởi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dương Thị Hồng (2016), “Thực trạng tiêm chủng đầy đủ cho trẻ 9-12 tháng và một số yếu tố liên quan tại TP. Móng Cái, Quảng Ninh năm 2015”, Tạp chí y học thực hành, 998(3), 15-20.
- [2] Dương Thị Hồng và cộng sự (2005), “Tìm hiểu kiến thức và thực hành trong tiêm chủng của các bà mẹ có con 12-23 tháng tuổi tại 4 huyện tỉnh Hà Tĩnh năm 2004”, Tạp chí y học thực hành, 503(2), 14-15.
- [3] Phạm Minh Khuê và cộng sự (2013), “Xác định tỷ lệ tiêm chủng của trẻ em dưới 5 tuổi trong 5 năm ở huyện Tiên Lãng, Hải Phòng”, Tạp chí y học thực hành, 873(6), 66-69.
- [4] Trần Thị Kiều Nga (2017), “Khảo sát kiến thức thực hành tiêm chủng cho trẻ 9-12 tháng của các bà mẹ tại phường An Phú, quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2016-2017”, tiểu luận tốt nghiệp chuyên ngành điều dưỡng trường Đại học Tây Đô.
- [5] Đào Văn Khuynh và cộng sự (2012), “Nghiên cứu tình hình tiêm chủng ở trẻ em 9-12 tháng và một số yếu tố liên quan tại huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau năm 2009”, Tạp chí y học thực hành, 829(7), 62-64.
- [6] Nguyễn Thị Thanh Hương (2015), “Thực trạng kiến thức, thực hành tiêm chủng đầy đủ cho trẻ 9-12 tháng của các bà mẹ và 1 số yếu tố liên quan tại Móng Cái, Quảng Ninh năm 2015”, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội
- [7] Nguyễn Văn Khải và cộng sự (2016), “Kiến thức – tuân thủ của các bà mẹ về tiêm chủng mở rộng ở trẻ em dưới một tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng”, Tạp chí y học thực hành, 1001(4), 27-30.
- [8] Trần Danh Huế và cộng sự (2015), “Nhận thức của các bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi trong tiêm chủng mở rộng tại bệnh viện đa khoa quốc tế Phúc Lâm năm 2012”, Tạp chí y học thực hành, 971(05), 2-5.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH CUSHING TẠI KHOA NỘI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2022

Bs Nguyễn Văn Phúc; ĐD Trương Thị Yến Nhi; ĐD Bùi Thanh Cường

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Cushing là bệnh xuất hiện sớm nhưng các dấu hiệu lâm sàng thường kín đáo và muộn. Người bệnh thường không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời nên để lại những hậu quả nặng nề về thể chất và tinh thần, gây ra những biến chứng nguy hiểm cho tính mạng người bệnh. Nguyên nhân thường gặp nhất trong lâm sàng nội khoa là hội chứng Cushing do thuốc. Nếu người bệnh không tuân thủ theo sự hướng dẫn của thầy thuốc, thì những biến chứng của bệnh sẽ làm ảnh hưởng đến nhiều lĩnh vực của cuộc sống như: lao động, sức khỏe và gia đình, cuối cùng đe dọa tính mạng.

Suy thượng thận do điều trị glucocorticoid là nguyên nhân thường gặp nhất trong các nguyên nhân suy thượng thận thứ phát, xảy ra do glucocorticoid ức chế vùng hạ đồi tuyến yên làm giảm tiết ACTH

Điều trị và quản lý bệnh Cushing do thuốc tại Khoa nội Trung Tâm y tế huyện Chợ Mới ngày càng đạt được hiệu quả, tuy nhiên vẫn còn một số yếu tố ảnh hưởng làm cho bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bỏ trị... Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài ***“Khảo sát đặc điểm bệnh Cushing do thuốc tại khoa nội Trung Tâm y tế huyện Chợ Mới năm 2022”***

Mục tiêu nghiên cứu

- Xác định tỉ lệ bệnh cushing điều trị tại Khoa nội TTYTH Chợ Mới.
- Xác định tỉ lệ bệnh suy thượng thận mạn trên bệnh nhân cushing có xét nghiệm cortisol.
- Khảo sát đặc điểm bệnh cushing do thuốc.

Chương 1. TỔNG QUAN ĐỀ TÀI

Định nghĩa:Hội chứng Cushing là một bệnh nội tiết do rối loạn sản xuất hormon vỏ thượng thận gây tăng mạn tính hormon glucocorticoids không kìm hãm được. Hội chứng giả Cushing hay Suy thượng thận do điều trị glucocorticoid kéo dài là suy thượng thận thứ phát, xảy ra do glucocorticoid ức chế vùng hạ đồi tuyến yên làm giảm tiết ACTH.

Suy thượng thận do điều trị glucocorticoid là nguyên nhân thường gặp nhất trong các nguyên nhân suy thượng thận thứ phát, xảy ra do glucocorticoid ức chế vùng hạ đồi tuyến yên làm giảm tiết ACTH. Ở giai đoạn sớm, nồng độ ACTH nền và cortisol nền có thể bình thường, tuy nhiên dự trữ của ACTH đã suy giảm. Khi có stress thì đáp ứng tiết cortisol không đủ đáp ứng. Sự thiếu hụt kéo dài ACTH làm vùng lớp vỏ và lưới vỏ thượng thận sẽ teo lại dẫn tới giảm tiết cortisol và androgen thượng thận trong khi đó bài tiết aldosteron bình thường. Tiến triển tiếp theo là toàn bộ trục hạ đồi - yên - thượng thận sẽ bị suy yếu, do đó đáp ứng tiết ACTH khi có kích thích hoặc stress hoặc kích thích bằng ACTH ngoại sinh thì đáp ứng tiết cortisol của vỏ thượng thận cũng giảm. Nguyên nhân do dùng glucocorticoid kéo dài: prednisolon, hydrocortisol, dexamethason... loại glucocorticoid hít, tiêm khớp, tiêm bắp, glucocorticoid được trộn trong thuốc gia truyền...

Phân loại

- + Do thuốc: Điều trị corticoid liều cao hoặc kéo dài.
- + Do cường sản hoặc u vỏ thượng thận (khối u có thể lành hoặc ác tính) .
- + Do cường sản hoặc u tuyến yên (bệnh Cushing).
- + Ung thư nhau thai, khối u buồng trứng, ung thư tế bào nhỏ ở phổi, u đại tràng, u tuyến ức, bản thân các khối u này tăng tiết ACTH.

Lâm sàng:

- Tăng cân, mặt tròn, béo trung tâm, giai đoạn sau sụt cân do teo cơ.
- Rối loạn phân bố mỡ: mỡ vùng cổ, sau gáy, bụng,

- Da mỏng, rạn da, dễ xuất huyết dưới da
- Yếu cơ gốc chi, vết thương khó lành,
- Rối loạn tâm thần...
- Chán ăn, buồn nôn khi ngưng thuốc corticoids

Cận lâm sàng

- Hạ natri huyết, kali huyết không tăng vì không giảm aldosterol,
- Tăng đường huyết do dùng corticoid
- Cortisol sáng < 5mcg / dl thì chẩn đoán là suy thượng thận.(Nếu cortisol sáng > 20mcg / dl thì loại bỏ suy thượng thận).

Chẩn đoán:

Lâm sàng: tiền sử có dùng corticoid, có biểu hiện lâm sàng hội chứng Cushing. Cận lâm sàng: Hạ natri huyết, hạ kali. Cortisol huyết tương giảm.

Điều trị:

Theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30 tháng 09 năm 2014 của BYT.

Phương pháp cai thuốc:

Phương pháp Harrison, Phương pháp William

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả

2.Đối tượng nghiên cứu:

Dân số mục tiêu:

Tất cả bệnh nhân nhập viện tại Khoa nội,TTYTH Chợ Mới từ tháng 3/ 2022 đến hết tháng 9 / 2022

Dân số nghiên cứu:

Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Cushing do thuốc và điều trị tại khoa Nội, TTYTH Chợ Mới.

Tiêu chuẩn chọn bệnh :

Bệnh nhân cushing do thuốc nhập Khoa nội.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân cushing do thuốc đã lấy thông tin lần nhập viện trước.

3.Địa điểm lấy mẫu:

Khoa nội TTYTH Chợ Mới

4.Cỡ mẫu:

Tất cả bệnh Cushing do thuốc được chẩn đoán và điều trị tại Khoa nội TTYTH Chợ Mới từ tháng 3/ 2022 đến hết tháng 9 / 2022.

5. Thu thập số liệu

Khi bệnh nhân nhập Khoa nội đều được khám, khai thác tiền sử và cho xét nghiệm để chẩn đoán xác định Bệnh cushing do thuốc. Sau đó tiến hành các xét nghiệm điện giải đồ, Glucose máu. Khi có kết quả (sau nhập viện 6 giờ), nếu không rơi vào tiêu chuẩn loại trừ, tiến hành phỏng vấn bệnh nhân và cập nhật các số liệu vào phiếu.

6. Nhập số liệu và phân tích số liệu

Sau khi hoàn tất bảng thu thập số liệu, tiến hành kiểm tra tất cả các thông tin đã nhập vào biểu mẫu nếu đầy đủ thông tin và không có sai sót thì xem như bảng hợp lệ. Thiếu thông tin trên bảng hoặc thông tin không chuẩn thì như bảng đó không được tính vào cỡ mẫu.

Nhập số liệu và phân tích phần mềm Spss16.0, excel

Kết quả được xử lý và trình bày dưới dạng bảng.

Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ % theo từng nguyên nhân

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua quá trình nghiên cứu 180 bệnh nhân Cushing được chẩn đoán và điều trị tại Khoa nội Trung Tâm Y Tế Huyện Chợ Mới trong 1478 cas nhập Khoa nội từ tháng 3/2022 đến 9/2022 chúng tôi thu thập được kết quả như sau:

1. Nhóm tuổi : Từ 49 đến 86 tuổi, trung bình: 64 tuổi.

2. Giới tính: Nam: 14 ca, chiếm: 8%

Nữ: 166 ca, chiếm: 92 %.

3. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Công chức, viên chức	1	0,5
Công nhân, nông dân	59	32,7
Khác	120	66,8

Phần lớn bệnh nhân không có nghề nghiệp ổn định chiếm 66,8 %

4. Trình độ văn hóa

Trình độ văn hóa	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Mù chữ	10	5,5
Dưới lớp 9	167	92,7
Trên lớp 10	3	1,8

Bệnh nhân có trình độ văn hóa từ biết chữ đến cấp 2 là 92,7%

1. Tỷ lệ bệnh Cushing :

2.

Bệnh nhập Khoa nội	Số lượng	Tỷ lệ(%)
BN được chẩn đoán Cushing	180	12,2
Tổng số nhập	1478	

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán Cushing tại khoa Nội trong thời gian nghiên cứu là 12,2% tổng số bệnh nhân được nhập viện điều trị tại khoa.

6. Tỷ lệ Bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận mạn bằng xét nghiệm định lượng Cortisol máu trong tổng 40 bệnh nhân đồng ý tham gia xét nghiệm.

Xét nghiệm Cortisol	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Cortisol < 5mcg/l	36	90
Cortisol bình thường	4	10
Tổng	40	100

Suy thượng thận mạn/ Cushing chiếm tỷ lệ 90 %.

Nhận xét:

– Cortisol bình thường buổi sáng từ : 5-20mcg/dl hoặc 138 – 690nmol/l sáng. Nếu dưới 5mcg / dl chẩn đoán là suy thượng thận.

– Nếu cortisol sáng > 20mcg / dl loại bỏ suy thượng thận. Trong số 40 bệnh nhân được chẩn đoán cushing về lâm sàng có 36 cas có cortisol < 5mcg%.

7. Khảo sát sử dụng thuốc :

Tiền sử sử dụng thuốc	Số lượng	Tỷ lệ(%)
TS dùng thuốc đông y	73	40,5

TS dùng thuốc ngoài da	2	1,1
Không rõ TS sử dụng thuốc	105	58,3

Sử dụng thuốc không rõ ràng chiếm tỷ lệ 58,3 %. Sử dụng thuốc đông y 40,5%

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân chưa có kiến thức về sử dụng thuốc đúng, chưa biết rõ về tác dụng của thuốc. Sử dụng liều lượng và thời gian không phù hợp nên dẫn đến kết quả bệnh nhân mắc thêm bệnh Cushing do thuốc.

8. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Teo cơ	116	64,4
Xuất huyết dưới da	100	55,6
Rối loạn phân bố mỡ	85	47,2
Chán ăn, buồn nôn	81	45

Trong 180 bệnh nhân có biểu hiện teo cơ 64,4%. Xuất huyết dưới da 55,6%. Rối loạn phân bố mỡ 47,2%. Ăn kém, buồn nôn 45%.

9. Cận lâm sàng

Cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Hạ natri máu	33	18,3
Hạ kali máu	46	25,5
Thiếu cortisol	40	22,2
Tăng đường huyết	84	46,6

Trong 180 bệnh nhân có hạ natri máu 18,3%. Hạ kali máu 25,5%. Tăng đường huyết 46,6%

10. Khảo sát tiền sử bệnh lý:

Tiền sử bệnh	Tần suất	Tỷ lệ(%)
Dị ứng	8	4,4
Cơ xương khớp	87	48,3
Hô hấp có khò khè	9	5,0

Sử dụng Corticoide cho bệnh nhân Cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 48,3 %.

Nhận xét:

Bệnh nhân Cơ xương khớp mạn do không có kiến thức về thuốc nên sử dụng thuốc không theo kê đơn của bác sỹ. Mặt khác do quan niệm “trị dứt căn” nên nhiều bệnh nhân điều trị theo các chế phẩm đông dược có nguồn gốc không rõ ràng.

Chương 4. BÀN LUẬN & GHI NHẬN

Trong 1478 ca được khảo sát nhập viện tại Khoa nội, tỷ lệ bệnh cushing **12,2%**. Tỷ lệ bệnh nhân suy thượng thận mạn 90% trong tổng số bệnh 40 bệnh nhân tham gia xét nghiệm.

Đặc điểm bệnh nhân cushing trong nghiên cứu: Về lâm sàng bệnh nhân có biểu hiện teo cơ 64,4%, Xuất huyết dưới da 55,6%, Rối loạn phân bố mỡ 47,2%, Ăn kém, buồn nôn 45%. Cận lâm sàng ghi nhận hạ natri máu 18,3%. Hạ kali máu 25,5%. Tăng đường huyết 46,6%. Sử dụng corticoid trên bệnh lý mạn thì nhóm bệnh Cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 48,3%.

Các yếu tố liên quan ghi nhận: Nữ chiếm 92%. Phần lớn bệnh nhân không có nghề nghiệp ổn định (66,8 %). Trình độ văn hóa thấp (92,7%). Sử dụng thuốc liều bán tại các tiệm tạp hóa chiếm tỷ lệ 58,3 %. Sử dụng thuốc đông y 40,5% chủ yếu thuốc Tầu, ghi nhận 3 bệnh nhân cushing do sử dụng kéo dài kem dưỡng da sau tắm trắng

Kiến nghị

- Truyền thông giáo dục sức khỏe tác dụng của corticoide cũng như khuyến cáo người dân sử dụng thuốc theo kê đơn của bác sỹ. Không nên trị bệnh bằng thuốc Tàu,
- Tích cực hơn nữa trong điều trị cai nghiện corticoid