

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 11 năm 2018

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
1. Khảo sát tình hình mắc Sốt xuất huyết tại huyện Chợ Mới trong 5 năm từ 2014 đến 2018. <i>Võ Minh Tánh, Nguyễn Hùng Niên, Nguyễn Đoàn Tuyết Hạnh</i>	3
2. Khảo sát tỷ lệ phụ nữ thừa cân và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân ở nông thôn huyện Chợ Mới. <i>Tôn Phước Thuận, Nguyễn Trọng Toàn, Nguyễn Thị Minh Lý</i>	11
3. Đánh giá công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe thông qua người bệnh tại các khoa lâm sàng của TTYT Chợ Mới năm 2018. <i>Phạm Việt Phong, Ngô Văn Minh, Lê Thị Lua</i>	16
4. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhi từ 6-60 tháng tuổi tại khoa Nhi, TTYT Chợ Mới năm 2018. <i>Phạm Quang Hưng, Lê Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Chinh</i>	23
5. Khảo sát tuân thủ vệ sinh tay thường quy của các nhân viên y tế tại TTYT Chợ Mới năm 2018. <i>Phạm Thành Tại, Nguyễn Đỗ Thị Châu Trinh, Phan Tấn Mỹ Duyên</i>	28
6. Khảo sát đặc điểm bệnh tật người bệnh nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, TTYT Chợ Mới. <i>Mai Thanh Bình, Lê Thị Kim Cúc, Nguyễn Thị Bích</i>	36
7. Khảo sát tình hình bệnh Cushing tại khoa Nội, TTYT Chợ Mới. <i>Nguyễn Văn Phúc, Nguyễn Thị Thủy, Trần Trọng Yêm</i>	41
8. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại TTYT Chợ Mới. <i>Cao Phát Nhân, Trịnh Bảo Ngọc</i>	45
9. Khảo sát sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại TTYT Chợ Mới. <i>Mai Thị Ngọc Lang, Bùi Nguyễn Thùy Lam</i>	53

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TÌNH HÌNH SỐT XUẤT HUYẾT CỦA HUYỆN CHỢ MỚI TRONG 5 NĂM TỪ 2014 ĐẾN 2018

BS.Võ Minh Tánh, Nguyễn Hùng Niên, Nguyễn Đoàn Tuyết Hạnh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt Dengue/ sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi Dengue gây nên. Virus truyền từ người bệnh sang người lành qua trung gian truyền bệnh là muỗi *Aedes aegypti*. Trước đây, bệnh tập trung chủ yếu tại các khu vực đông dân cư, vệ sinh môi trường kém hoặc những vùng dân cư dọc theo các trục giao thông lớn, nhưng hiện nay bệnh không còn khu trú mà có khuynh hướng lan rộng từ thành phố lớn đến thành phố nhỏ, từ thành thị ra nông thôn. Bệnh thường xảy ra quanh năm nhưng dịch thường diễn ra vào cuối mùa hè đầu mùa mưa (từ tháng 5 đến tháng 10 hằng năm). Bệnh đặc trưng bởi sốt, xuất huyết và thoát huyết tương dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn và rối loạn đông máu, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

Ở nước ta, bệnh sốt xuất huyết Dengue được xem là vấn đề y tế quan trọng của cả nước, bệnh có thể gây thành dịch lớn và lưu hành rộng rãi ở vùng châu thổ sông Hồng, sông Cửu Long và dọc theo bờ biển miền Trung nhưng ở những vùng như: vùng núi, cao nguyên, biên giới phía bắc... thì ít thấy xuất hiện bệnh, kể cả những năm có dịch lớn xảy ra. Trong những năm gần đây, số ca mắc trung bình hằng năm trên 100.000 ca và có khoảng 240 ca tử vong.

Sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue chưa có vắc xin phòng bệnh và thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ có thể làm giảm lây truyền bằng cách phòng, chống véc-tơ truyền bệnh mà chủ yếu là diệt muỗi, diệt lăng quăng. Nhưng diệt muỗi bằng hóa chất chỉ là biện pháp tạm thời, tốn kém, lại gây ô nhiễm môi trường. Biện pháp được xem hiệu quả và diệt tận gốc là diệt lăng quăng.

Trong nhiều năm nay, ngành Y tế tỉnh An Giang nói chung, huyện Chợ Mới nói riêng đã đề ra nhiều giải pháp như: tăng cường giám sát, phát hiện những trường hợp mắc, không chế các ổ dịch không để dịch lớn xảy ra, tổ chức nhiều đợt chiến dịch vệ sinh môi trường, diệt lăng quăng, đẩy mạnh tuyên truyền giáo dục sức khỏe đến từng hộ gia đình, đặc biệt là thực hiện mô hình xã điểm cộng tác viên. Nhưng tình hình vẫn chưa được cải thiện, vì lẽ đó chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Khảo sát tình hình mắc sốt xuất huyết tại huyện Chợ Mới trong 5 năm từ 2014 đến 2018”*** với các mục tiêu cụ thể sau:

1. Khảo sát dịch tễ học sốt xuất huyết của huyện Chợ Mới trong 5 năm từ 2014 đến 2018 tại huyện Chợ Mới.
2. Đánh giá hiệu quả của các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng trong 5 năm từ 2014 đến 2018 tại huyện Chợ Mới.
3. Tìm các yếu tố có liên quan đến tỷ lệ mắc sốt xuất huyết dengue trong 5 năm từ 2014 đến 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp mắc sốt xuất huyết thỏa theo các tiêu chí chọn mẫu

3.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tất cả các trường hợp được chẩn đoán sốt xuất huyết trong 5 năm từ 2014 đến tháng 10 năm 2018 bao gồm:
 - + Sốt xuất huyết Dengue.
 - + Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

+ Sốt xuất huyết Dengue nặng.

3.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: tại Trạm Y tế các xã, thị trấn và khoa Kiểm soát bệnh tật của Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.

- Thời gian: Từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp điều tra hồi cứu về tình hình sốt xuất huyết.

3.2.2. Mẫu nghiên cứu:

Tất cả các trường hợp sốt xuất huyết dengue trong 5 năm từ 2014 đến tháng 10 năm 2018.

3.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Điều tra sổ sách.

- Sử dụng bảng kiểm soạn sẵn.

3.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

3.4. Các chỉ số côn trùng:

3.4.1. Chỉ số BI (Breteau)

- Chiến dịch đạt khi $BI \leq 20$.

- Chiến dịch không đạt khi $BI > 20$.

$$\text{Chỉ số BI} = \frac{\text{Số dụng cụ chứa nước có lăng quăng}}{\text{Tổng số nhà điều tra}} \times 100$$

- Chỉ số BI =

3.4.2. Chỉ số dụng cụ chứa nước có lăng quăng (CI)

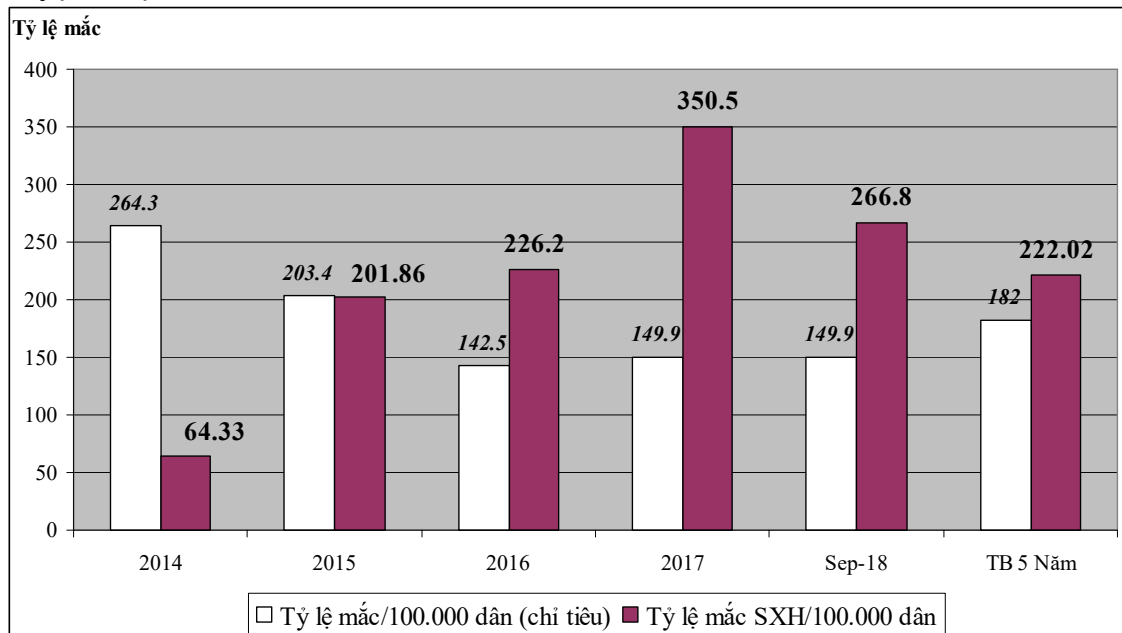
$$\text{Chỉ số CI} = \frac{\text{Số dụng cụ chứa nước có lăng quăng}}{\text{Tổng số dụng cụ chứa nước}} \times 100$$

- Chỉ số CI =

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát dịch tễ học SXH của huyện Chợ Mới trong năm từ 2014 - 2018.

4.1.1. Xác định tỷ lệ mắc SXHD/ 100.000 dân trong 5 năm từ 2014 – 2018 tại huyện Chợ Mới

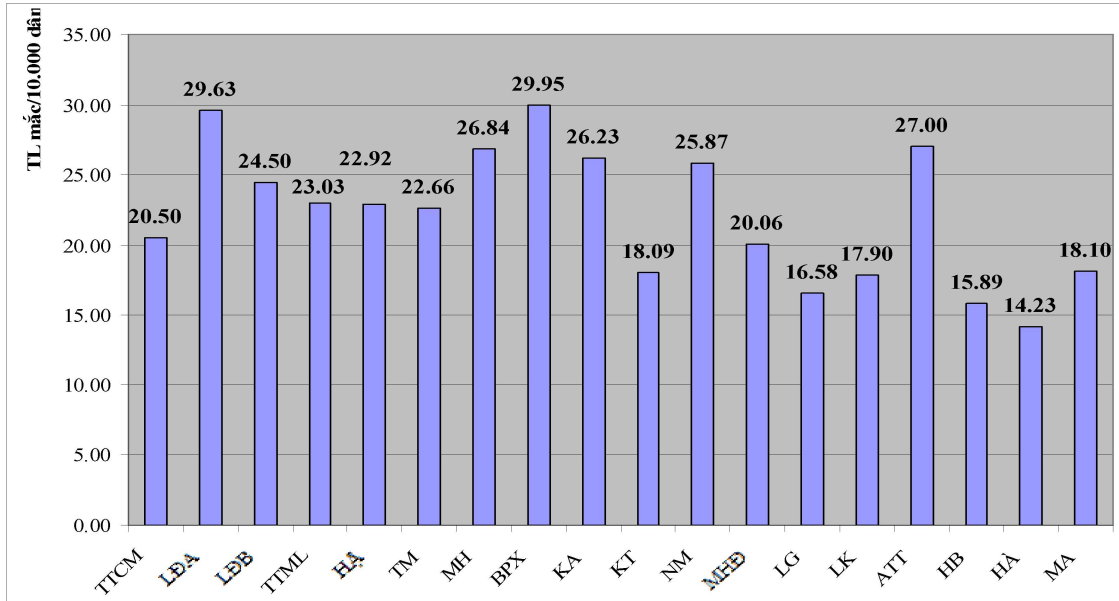


Nhận xét:

Từ kết quả nêu trên nhận thấy tỷ lệ mắc SXHD ở các năm 2016, 2017 và 2018 luôn cao ở mức cao hơn rất nhiều so với chỉ tiêu cho phép, riêng chỉ có năm 2014 số ca mắc thấp hơn so với chỉ tiêu và năm 2015 số ca mắc gần tương đương với chỉ tiêu cho phép.

Tỷ lệ mắc SXHD/100.000 dân trung bình 5 năm từ 2014 - 2018 đạt 222.02, so với chỉ tiêu cho phép tăng 21.98%.

4.1.2. Xác định tỷ lệ mắc SXHD/10.000 dân trung bình 5 năm tại các xã, thị trấn từ 2014 – 2018

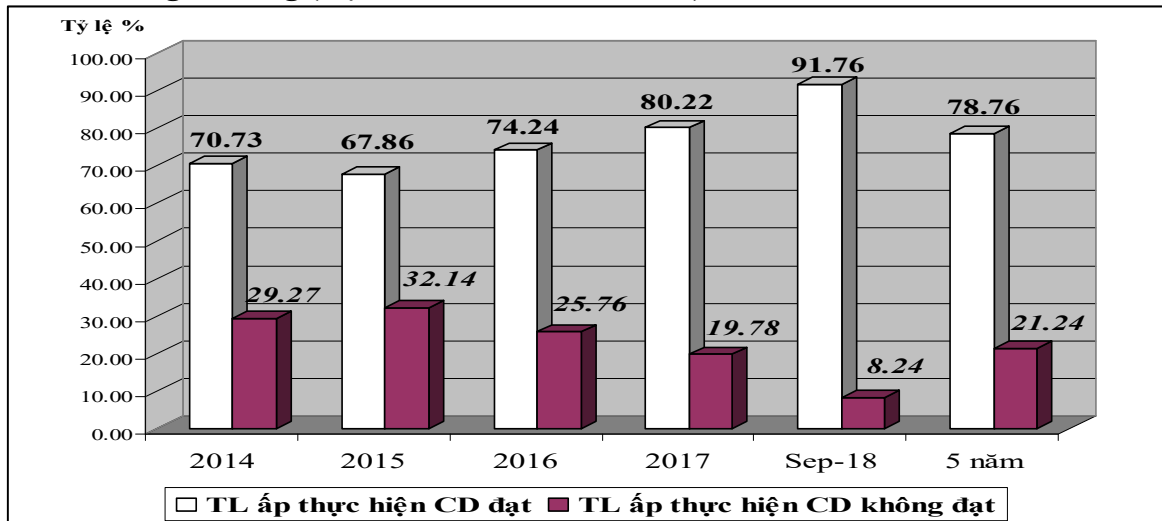


Nhận xét :

Từ kết quả nêu trên nhận thấy trên 60% các xã có tỷ lệ mắc/10.000 dân trung bình 5 năm cao hơn so với chỉ tiêu mắc cho phép (cho phép 18.2). Các xã có tỷ lệ mắc chiếm tỷ lệ cao như: Bình Phước Xuân, Long Điền A, An Thạnh Trung có tỷ lệ lần lượt là 29.95; 29.63; 27.0 và các xã có tỷ lệ mắc thấp như: Hòa An, Hòa Bình, Long Giang có tỷ lệ lần lượt là 14.23; 15.89; 16.58.

4.2. Đánh giá hiệu quả của các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng trong 5 năm từ 2014 - 2018.

4.2.1. Đánh giá chung (Dựa vào chỉ số BI: Breteau)



Nhận xét:

Trong 5 năm thực hiện các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng thì năm 2015 là năm có tỷ lệ áp thực thực chiến dịch chưa đạt chiếm tỷ lệ cao nhất 32.14% và năm 2018 có tỷ lệ áp thực hiện chưa đạt thấp nhất chiếm 8.24% nhưng năm 2018 số liệu chỉ thống kê trong tháng 9 đầu năm.

4.2.2. Đánh giá từng năm (Dựa vào chỉ số BI: Breteau)

Chiến dịch VSMT năm 2014		Tần số áp thực hiện	Tỷ lệ (%)
Đợt I	Đạt	6	85.71
	Không đạt	1	14.29
Đợt II	Đạt	11	84.62
	Không đạt	2	15.38
Đợt III	Đạt	6	60.00
	Không đạt	4	40.00
Đợt IV	Đạt	10	76.92
	Không đạt	3	23.08
≥ Đợt V	Đạt	9	81.82
	Không đạt	2	18.18
Cộng		54	100.00

Nhận xét:

Trong 54 áp thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường của năm 2014 có 12 áp thực hiện chưa đạt chiếm 22.22%, trong tất cả các đợt chiến dịch của năm 2014 thì không có đợt chiến dịch nào thực hiện đạt 100%, riêng chiến dịch đợt III, IV là 02 đợt chiến dịch có kết quả thực hiện đạt thấp nhất. Đây là cũng là điều thuận lợi để dịch bệnh SXH bùng phát trong cộng đồng dân cư do thực hiện chiến dịch chưa triệt để.

Chiến dịch VSMT năm 2015		Tần số áp thực hiện	Tỷ lệ (%)
Đợt I	Đạt	6	66.67
	Không đạt	3	33.33
Đợt II	Đạt	11	78.57
	Không đạt	3	21.43
Đợt III	Đạt	13	72.22
	Không đạt	5	27.78
Đợt IV	Đạt	8	66.67
	Không đạt	4	33.33
Đợt V	Đạt	7	70.00
	Không đạt	3	30.00
Cộng		63	100.00

Nhận xét:

Trong 63 áp triển khai chiến dịch vệ sinh môi trường của năm 2015 có 18 áp thực hiện chưa đạt chiếm 28.57%. Tất cả các đợt chiến dịch chỉ thực hiện đạt từ 66.67 – 78.57%, trong đó thực hiện đạt thấp nhất là chiến dịch đợt I và đợt IV (66.67%) và thực hiện đạt cao nhất là đợt II (78.57%).

Chiến dịch VSMT năm 2016		Tần số áp thực hiện	Tỷ lệ (%)
Đợt I	Đạt	10	90.91
	Không đạt	1	9.09
Đợt II	Đạt	11	68.75
	Không đạt	5	31.25
Đợt III	Đạt	10	66.67
	Không đạt	5	33.33
Đợt IV	Đạt	13	81.25
	Không đạt	3	18.75
Đợt V	Đạt	8	72.73
	Không đạt	3	27.27
Cộng		69	100

Nhận xét:

Trong 69 ấp được triển khai thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường của năm 2016, có 17 ấp thực hiện chưa đạt chiếm 24.64%%. Trong đó, thực hiện đạt thấp nhất là chiến dịch đợt III và II chiếm tỷ lệ lần lượt là 66.67% và 68.75% và thực hiện đạt cao nhất là đợt I (90.91%).

Chiến dịch VSMT năm 2017		Tần số áp thực hiện	Tỷ lệ (%)
Đợt I	Đạt	20	80.00
	Không đạt	5	20.00
Đợt II	Đạt	15	75.00
	Không đạt	5	25.00
Đợt III	Đạt	16	84.21
	Không đạt	3	15.79
Đợt IV	Đạt	16	94.12
	Không đạt	1	5.88
≥ Đợt V	Đạt	22	84.62
	Không đạt	4	15.38
Cộng		107	100

Nhận xét: Trong năm 2017 có 18/107 ấp thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường chưa đạt chiếm 16.82%%. Trong đó, thực hiện chiến dịch đạt cao nhất là đợt IV chiếm 94.12% và đạt thấp nhất là chiến dịch đợt II chiếm 75%.

Chiến dịch VSMT năm 2018		Tần số áp thực hiện	Tỷ lệ (%)
Đợt I	Đạt	12	100.00
	Không đạt	0	0.00
Đợt II	Đạt	19	100.00
	Không đạt	0	0.00
Đợt III	Đạt	15	83.33
	Không đạt	3	16.67
Đợt IV	Đạt	16	88.89
	Không đạt	2	11.11
≥ Đợt V	Đạt	27	93.10
	Không đạt	2	6.90
Cộng		96	100.00

Nhận xét:

Trong tất cả các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường của 9 tháng đầu năm 2018, có 07/96 ấp thực hiện chưa đạt chiếm 7.29%. Trong đó, thực hiện chiến dịch đợt I và II đạt 100%, chỉ có chiến dịch đợt IV đạt thấp chiếm 89.89%.

4.2.3. So sánh chỉ côn trùng trước và sau các đợt chiến dịch**4.2.3.1. Chỉ số Breteau (BI)**

Chiến dịch vệ sinh môi trường	Kết quả BI lần I		OR (KTC 95%)
	Đạt	Không đạt	
Trước	2 (0.5%)	387 (99.5%)	0.001 (0.00 – 0.05) p < 0.05
Sau	317 (81.5%)	72 (18.5%)	
Cộng	319 (41.0%)	459 (59.0%)	

Nhận xét :

Có mối liên quan giữa kết quả chỉ số BI lần I với việc thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường, kết quả chỉ số BI lần I trước khi thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường đạt thấp hơn rất nhiều so với sau khi thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0.05.

4.2.3.2. Chỉ số dụng cụ chứa nước có LQ (CI)

Năm	Chỉ số dụng cụ chứa nước có LQ (CI)	
	Trước chiến dịch (%)	Sau chiến dịch (%)
2014	4,58	3,94
2015	14,85	5,4
2016	16,80	6,68
2017	34,06	5,76
9/2018	16,71	6,24
TB 5 năm	17.40	5.60

Nhận xét :

Có sự khác biệt rõ giữa chỉ số dụng cụ chứa nước có lăng quăng trước và sau chiến dịch.

4.3. Tìm các yếu tố có liên quan đến tỷ lệ mắc sốt xuất huyết dengue trong 5 năm 2014 đến 2018**4.3.1. Liên quan giữa chỉ số Breteau lần I với số ca mắc SXHD**

Chỉ số Breteau	Số ca mắc cao	Số ca mắc cho phép	OR (KTC 95%)
Không đạt	66 (91.7%)	6 (8.3%)	1.01 (0.40 – 2.56) p > 0.05
Đạt	292 (91.5%)	27 (8.5%)	
Cộng	358 (91.6%)	33 (8.4%)	

Nhận xét:

Chưa có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với việc thực hiện chỉ số Breteau lần I không đạt trong các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng.

4.3.2. Liên quan giữa năng lực công tác của cán bộ chuyên trách với số ca mắc SXHD

Năng lực CBCT	Số ca mắc cao	Số ca mắc cho phép	OR (KTC 95%)
Ít nhiệt tình	204 (91.1%)	20 (8.9%)	1.31 (0.68 – 2.53) p > 0.05
Rất nhiệt tình	155 (88.6%)	20 (11.4%)	
Cộng	359 (90.0%)	40 (10.0%)	

Nhận xét:

Chưa có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với năng lực công tác của cán bộ chuyên trách SXH.

4.3.3. Liên quan giữa sự tham gia của ban ngành đoàn thể với số ca mắc SXHD

Tham gia của Ban ngành	Số ca mắc cao	Số ca mắc cho phép	OR (KTC 95%)
Chưa tốt	303 (87.3)	44 (12.7)	2.88 (1.40 – 5.93) $p < 0.05$
Tốt	31 (70.5)	13 (29.5)	
Cộng	40 (10.0%)	359 (90.0%)	

Nhận xét:

Có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với sự tham gia chưa tốt của lực lượng Ban ngành đoàn thể trong các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng, $p < 0.05$. Kết quả này phản ánh phù hợp với tình hình thực tế bởi trong các đợt chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng thì lực lượng tham gia chiến dịch phần đông là ban ngành đoàn thể, do đó ở nơi nào có lực lượng này tham gia nhiệt tình thì tình hình mắc SXHD sẽ ít hơn so với những nơi thực hiện chưa nhiệt tình.

4.3.4. Liên quan giữa mật độ dân số với số ca mắc SXHD

Mật độ dân số	Số ca mắc cao	Số ca mắc cho phép	OR (KTC 95%)
Cao	256 (90.1%)	28 (9.9%)	3.39 (1.90 – 6.05) $p < 0.05$
Không cao	78 (72.9%)	29 (27.1%)	
Cộng	334 (85.4%)	57 (14.6%)	

Nhận xét:

Có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với những mật độ dân cư sống đông đúc, tỷ lệ mắc SXHD cao ở những nơi có mật độ dân số cao gấp 3.39 lần so với nơi có mật độ dân số không cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$.

4.3.5. Liên quan giữa thâm niên công tác của cán bộ chuyên trách với số ca mắc SXHD

Thâm niên của CBCT	Số ca mắc cao	Số ca mắc cho phép	OR (KTC 95%)
≤ 8 năm	238 (90.8%)	24 (9.2%)	1.31 (0.67 – 2.56) $p > 0.05$
> 8 năm	121 (88.3%)	16 (11.7%)	
Cộng	359 (90.0%)	40 (10.0%)	

Nhận xét:

Chưa có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với thâm niên công tác của cán bộ chuyên trách SXH.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc SXHD/100.000 dân trung bình 5 năm từ 2014 - 2018 đạt 222.02, so với chỉ tiêu cho phép tăng 21.98%.

- Trên 60% các xã có tỷ lệ mắc/ 10.000 dân trung bình 5 năm cao hơn so với chỉ tiêu mắc cho phép (cho phép 18.2). Các xã có tỷ lệ mắc/10.000 dân trung bình 5 năm chiếm tỷ lệ cao như: Bình Phước Xuân, Long Điền A, An Thạnh Trung có tỷ lệ lần lượt là 29.95; 29.63; 27.0 và các xã có tỷ lệ mắc thấp như: Hòa An, Hòa Bình, Long Giang có tỷ lệ lần lượt là 14.23; 15.89; 16.58.

- Chưa có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với năng lực công tác của cán bộ chuyên trách SXH, chỉ số Breteau lần I trong các đợt chiến dịch, cũng như thâm niên công tác về phòng chống SXH của cán bộ chuyên trách.

- Tuy nhiên, có mối liên quan giữa tình hình mắc SXHD cao với mật độ dân cư sống đông đúc và sự tham gia chưa tốt của lực lượng Ban ngành đoàn thể trong các đợt

chiến dịch vệ sinh môi trường diệt lăng quăng. Có mối liên quan giữa kết quả chỉ số BI lần I với việc thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường, kết quả chỉ số BI lần I trước khi thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường đạt thấp hơn rất nhiều so với sau khi thực hiện chiến dịch vệ sinh môi trường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$.

KIẾN NGHỊ

- Cần có giải pháp thực hiện triệt để các đợt chiến dịch vệ sinh môi diệt lăng quăng để từ đó làm giảm yếu tố nguy cơ lây truyền mầm bệnh nhằm giảm số ca mắc sốt xuất huyết.

- Tăng cường xã hội hóa công tác phòng, chống dịch bệnh tạo ra một phong trào rộng khắp, kêu gọi mọi tầng lớp nhân dân trong xã hội cùng tham gia, làm cho mọi người hiểu rõ và xem đây là nhiệm vụ quan trọng của từng thành viên trong xã hội, để từ đó nhằm góp phần trong việc bảo vệ sức khỏe cho nhân dân.

- Ban ngành, đoàn thể cấp huyện (thành viên BCD): Có công văn chỉ đạo và duy trì công tác kiểm tra ngành dọc về các hoạt động phòng chống dịch, bệnh ở địa phương nhằm giúp cho công tác phối hợp với ngành Y tế được chặt chẽ và hiệu quả cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), *Giám sát, chẩn đoán, điều trị bệnh sốt Dengue, sốt xuất huyết Dengue*, NXB Y Học Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn xử lý ổ dịch sốt xuất huyết*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Báo cáo hoạt động phòng chống SXH 9 tháng đầu năm 2018.
4. Chi cục thống kê huyện Chợ Mới (2010), *Niên giám thống kê năm 2010*.
5. Cục Y tế dự phòng và môi trường (2009), *Một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm thường gặp và cách phòng chống*.
6. Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (2008), *Bệnh truyền nhiễm*, NXH Y học, tr. 262 – 272.
7. Giáo trình Không chế các bệnh phổ biến (2014), Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Lý Lệ Lan, Lê Hoàng Ninh (2005), “Kiến thức - thái độ thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân quận 5 năm 2004” , *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 9, (1), tr 116-121.
9. Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới (2012), *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống sốt xuất huyết năm 2011 và phương hướng hoạt động năm 2012*.
10. Viện sốt rét Ký Sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, *Tình hình sốt xuất huyết tại khu vực châu Á-Thái Bình Dương và một số điểm mới trong điều trị*.

KHẢO SÁT TỶ LỆ PHỤ NỮ THỪA CÂN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỶ LỆ PHỤ NỮ THỪA CÂN Ở NÔNG THÔN HUYỆN CHỢ MỚI

ThS.BS.Tôn Phước Thuận, BS. Nguyễn Trọng Toàn, BS. Nguyễn Thị Minh Lý

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang với 1289 mẫu ngẫu nhiên tại 5 xã nông thôn chọn ngẫu nhiên trên địa bàn huyện Chợ Mới. Mục tiêu nghiên cứu: Tỷ lệ phụ nữ thừa cân ở nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên; Tỷ lệ tăng huyết áp của phụ nữ nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên; Tỷ lệ mỡ cơ thể thừa; Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân.

Kết quả: Tỷ lệ phụ nữ thừa cân ở nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên: 14,27%. Tỷ lệ tăng huyết áp của phụ nữ nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên: 25,5%. Tỷ lệ mỡ cơ thể thừa: 58,57%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân có ý nghĩa thống kê: tăng huyết áp, lượng mỡ cơ thể thừa và lượng mỡ nội tạng thừa.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ thừa cân gia tăng đây là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch cần được quan tâm và điều chỉnh chế độ ăn hợp lý.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh tim mạch đang có xu hướng trẻ hóa và dẫn đến các biến chứng nguy hiểm, khó lường. Tuy nhiên, rất nhiều người Việt vẫn thờ ơ và chủ quan với sức khỏe tim mạch mà không hề biết rằng các bệnh lý tim mạch không chờa một ai và có khả năng cướp đi mạng sống của con người bất cứ lúc nào.

Với mong muốn nâng cao ý thức bảo vệ sức khỏe tim mạch và giảm tỷ lệ người mắc bệnh tim mạch trong cộng đồng. Đặc biệt là phụ nữ thừa cân ngày càng tăng cao theo xu hướng ăn uống và chế độ sinh hoạt của xã hội là yếu tố góp phần cho nguy cơ mắc bệnh tim mạch đang tăng cao. Thừa cân là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch, phụ nữ nông thôn là đối tượng ít được quan tâm và là đối tượng ít được chăm sóc thể hình thể chất như phụ nữ thành thị và chưa có thống kê nào tại địa phương có kinh tế nông nghiệp chủ yếu như Chợ Mới.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Tỷ lệ phụ nữ thừa cân ở nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên.
2. Tỷ lệ tăng huyết áp của phụ nữ nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên.
3. Tỷ lệ mỡ cơ thể thừa.
4. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu: phụ nữ độ tuổi 20 – 65 ở nông thôn tại 5 xã ngẫu nhiên trong huyện Chợ Mới. Mỗi xã chọn ngẫu nhiên khoảng 250 đối tượng nghiên cứu.
2. Cỡ mẫu: 1250.
3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang
4. Các bước thực hiện:
 - Chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu
 - Phỏng vấn ghi nhận hành chính và tiền sử
 - Khám tổng quát: huyết áp, mạch, nhiệt độ, chiều cao, cân nặng,
 - Đo tỷ lệ mỡ cơ thể bằng máy phân tích Karada Scan của hãng Omron, Nhật

Bản.

- Đo điện tim khi có chỉ định BS.
- Tư vấn dinh dưỡng và sức khỏe tim mạch cho đối tượng nghiên cứu.
- Nhập liệu Excel và phân tích thống kê theo phần mềm SPSS 16.0.

5. Định nghĩa các biến số

a. Tuổi cơ thể

Tuổi cơ thể phụ thuộc vào mức chuyển hóa cơ bản. Tuổi cơ thể được tính dựa vào trọng lượng và tỷ lệ mỡ cơ thể để đưa ra đánh giá liệu tuổi cơ thể của bạn ở trên hoặc dưới trung bình so với tuổi thực tế. Việc xác định tuổi cơ thể rất có ích để cải thiện sức khỏe của bạn.

b. BMI và trọng lượng cơ thể

BMI là chữ viết tắt của chỉ số khối cơ thể. Chỉ số này sử dụng công thức đơn giản để chỉ ra tỷ lệ giữa trọng lượng và chiều cao của một người.

$BMI = \text{trọng lượng (kg)} / \text{chiều cao (m)}^2$

BMI lý tưởng là 22, duy trì trọng lượng lý tưởng có thể giúp ngăn ngừa bệnh béo phì, giảm cân và các bệnh khác. Do đó trọng lượng lý tưởng cho BMI 22 được tính như sau:

$\text{Trọng lượng lý tưởng (kg)} = 22 \times \text{chiều cao (m)}^2$

Giải thích kết quả:

BMI	Phân loại theo WHO
Dưới 18,5	Thiếu cân
Từ 18,5 – 25	Bình thường
Từ 25 – 30	Thừa cân
Từ 30 trở lên	Béo phì

Nhóm nghiên cứu chọn điểm cắt BMI từ 25 trở lên định nghĩa là thừa cân/béo phì

c. Mỡ cơ thể

Mỡ cơ thể đóng vai trò quan trọng trong việc giữ năng lượng và bảo vệ các cơ quan nội tạng. Có 2 loại mỡ cơ thể: mỡ thiết yếu được giữ 1 lượng nhỏ để bảo vệ cơ thể và Mô mỡ (mỡ dự trữ) dùng làm lớp đệm và cách nhiệt cho cơ quan nội tạng, làm vỏ bọc cho các dây thần kinh, di chuyển vitamin đến các bộ phận của cơ thể và là nguồn dự trữ năng lượng lớn nhất cho hoạt động cơ thể. Nếu quá thừa hoặc quá thiếu mỡ đều không tốt cho sức khỏe. Ngoài ra, sự phân bố mỡ cơ thể ở nam và ở nữ khác nhau, bởi vậy cơ sở để phân loại tỷ lệ % mỡ cơ thể sẽ khác nhau về giới tính.

Máy đo lượng mỡ cơ thể Omron HBF – 375 sử dụng phương pháp BI (trở kháng điện sinh học) để đo tỷ lệ mỡ cơ thể bằng phương pháp đơn giản:

$\text{Tỷ lệ mỡ cơ thể (\%)} = (\text{lượng mỡ cơ thể (kg)} / \text{trọng lượng cơ thể (kg)}) \times 100$

Tùy thuộc vào lượng mỡ phân bố trong cơ thể, để chia ra làm 2 loại: mỡ nội tạng và mỡ dưới da.

Giải thích kết quả tỷ lệ mỡ cơ thể

Phân loại	Tỷ lệ mỡ
Rất cao	Trên 35%
Cao	Từ 30 – 35%
Bình thường	Từ 20 – 30%
Thấp	Thấp hơn 20%

Chọn điểm cắt tỷ lệ mỡ từ 30% trở lên là tỷ lệ mỡ cao

d. Mỡ nội tạng

Giải thích kết quả mỡ nội tạng

Phân loại	Mức mỡ nội tạng
Bình thường	0,5 – 9,5
Cao	10,0 – 14,5
Rất cao	15,0 – 30,0

Chọn điểm cắt mức mỡ nội tạng từ 10,0 trở lên là tỷ lệ mỡ nội tạng cao.

e. Tăng huyết áp

Tăng Huyết áp định nghĩa theo WHO: huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua thời gian thực hiện nghiên cứu nhóm nghiên cứu đã mời được 1289 phụ nữ tham gia nghiên cứu. Kết quả như sau:

1. Thông tin chung

a. Tuổi

Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
20 – 45	560	40
46 – 65	683	48,8
Trên 65	157	11,2
Tổng số	1.289	100

Nhận xét: nhóm tuổi phụ nữ 46 – 65 chiếm tỷ lệ cao nhất 48,8% và nhóm tuổi trên 65 chiếm ít nhất 11,2%.

b. Địa điểm thường trú

Địa điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Long điền A	250	19,39
Long điền B	265	20,55
Mỹ Hiệp	247	19,16
Bình Phước Xuân	255	19,78
Mỹ An	272	21,1
Tổng số	1.289	100

Nhận xét: mỗi địa phương chọn ngẫu nhiên với số lượng như nhau khoảng 250 phụ nữ tuy nhiên thực tế phát sinh thêm khách mời. và số lượng tương đối bằng nhau.

2. Tăng huyết áp

Địa điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Long điền A	70/280	25
Long điền B	56/291	19,2
Mỹ Hiệp	77/269	28,6
Bình Phước Xuân	91/277	32,85
Mỹ An	63/283	22,26
Tổng số	359/1289	25,5

Nhận xét:

Tỷ lệ THA trong NC chúng tôi là 25,5% là cao so với tỷ lệ THA ở người lớn trong cộng đồng theo NC của Nguyễn Văn Hoàng và Nguyễn Thị Trúc năm 2013 là 11,8%. Trong 5 xã chọn thì nhận thấy tỷ lệ THA ở Bình Phước Xuân chiếm tỷ lệ cao nhất 32,85%. Long Điền B chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,2%. Tuy nhiên tỷ lệ chung của đối tượng nghiên cứu cao hơn tỷ lệ THA ở người lớn trong cộng đồng 11,8%.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp đang tăng nhanh theo thời gian: 1,9% năm 1982; 11,79% năm 1992; 16,3% năm 2002 và 27,4% năm 2008. Theo GS.TS Nguyễn Lân Việt - Giám đốc Ban quản lý dự án phòng chống tăng huyết áp, điều tra gần nhất tại Việt Nam cho thấy có 25,1% người trưởng thành (25-64 tuổi) mắc bệnh tăng huyết áp. Cũng theo GS Việt, những biến chứng

nhieu nhất của tăng huyết áp là suy tim, biến chứng mạch máu, tổn thương đáy mắt, có protein trong nước tiểu và suy thận... Tuy nhiên trong giai đoạn 2012-2015, mới chỉ có 50% bệnh nhân tăng huyết áp được phát hiện điều trị đúng theo phác đồ của Bộ Y tế.

3. Lượng mỡ thừa (theo phân tích của máy đo lượng mỡ cơ thể Omron HBF- 375)

Lượng mỡ thừa	Số lượng	Tỷ lệ %
Lượng mỡ cơ thể thừa	755/1289	58,57
Lượng mỡ nội tạng thừa	173/1289	13,42

Nhận xét:

Lượng mỡ thừa cơ thể và lượng mỡ thừa nội tạng theo kết quả phân tích của máy đo lượng mỡ Omron DHF – 375 dựa trên các chỉ số cài đặt: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng phân tích theo chương trình lập trình sẵn của hãng sản xuất. Tuy nhiên đây chỉ là **giá trị mang tính chất tham khảo**, do chưa có nghiên cứu nào về chỉ số này. Kết quả nguyên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lượng mỡ cơ thể thừa là 58,57% và tỷ lệ lượng mỡ nội tạng thừa là 13,42%.

4. Tỷ lệ phụ nữ thừa cân/ béo phì (BMI ≥ 25)

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Số lượng	Tỷ lệ %
BMI bình thường	1105	85,73
BMI ≥ 25	184	14,27
Tổng số	1289	100

Kết quả điều tra dinh dưỡng năm 2006 (Đề tài cấp bộ) trên 17,213 đối tượng tuổi từ 25 đến 64 tại 64 tỉnh/thành phố đại diện cho 8 vùng sinh thái toàn quốc cho thấy tỷ lệ thừa cân/béo phì (BMI > 23) là 16,3%, trong đó tỷ lệ tiền béo phì là 9,7% và tỷ lệ béo phì độ I và II là 6,2% và 0,4%. Tỷ lệ thừa cân/ béo phì đang gia tăng theo tuổi, cao hơn ở nữ giới cao hơn so với nam giới, cao hơn ở thành thị so với ở nông thôn (32,5% và 13,8%). Tỷ lệ béo bụng (tỷ số vòng bụng/ vòng hông cao) là 39,75% và tăng theo tuổi trên cả nam và nữ.

Kết quả của NC chúng tôi tỷ lệ phụ nữ thừa cân/béo phì là 14,27%, tuy nhiên điểm cắt BMI của chúng tôi là 25, còn điểm cắt của NC của Viện Dinh dưỡng quốc gia là 23, là tỷ lệ phụ nữ thừa cân/béo phì ở nông thôn là 13,8%.

5. Tỷ lệ phụ nữ nguy cơ mắc tim mạch (THA, ECG bình thường)

Tăng HA và ECG	Số lượng	Tỷ lệ %
THA và ECG bình thường	295/1289	21,1
Không THA và ECG bình thường	116/1289	9,0

Nhận xét: trong NC của chúng tôi nhận thấy có một tỷ lệ không nhỏ người vừa bệnh THA và ECG bình thường, chiếm 21,1%. Do đó nhóm đối tượng này cần được tư vấn về tầm soát thêm các yếu tố nguy cơ tim mạch sau như: theo dõi chỉ số BMI, định lượng Cholesterol máu, LDL, đường huyết định kì.

Bên cạnh đó còn có nhóm đối tượng không THA và ECG bình thường chiếm 9%.

6. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân/béo phì (BMI ≥ 25)

Yếu tố	Chi square	Giá trị p
Tuổi	84,23	0,06
Tăng huyết áp	9,547	0,002
Lượng mỡ cơ thể thừa	1,55	0,001
Lượng mỡ nội tạng thừa	1.1	0.0001

Nhận xét:

- Các yếu tố Tăng huyết áp, Lượng mỡ cơ thể thừa và Lượng mỡ nội tạng thừa là yếu tố có liên quan đến chỉ số BMI ≥ 22 có ý nghĩa thống kê.
- Yếu tố Tuổi của phụ nữ từ 20 trở lên không liên quan đến chỉ số BMI ≥ 25 vì qua kiểm định Chi bình phương giá trị p = 0,06 ($>0,05$).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1289 phụ nữ ở các xã nông thôn trên địa bàn huyện Chợ Mới, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ phụ nữ thừa cân ở nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên: 14,27%
2. Tỷ lệ tăng huyết áp của phụ nữ nông thôn độ tuổi từ 20 tuổi trở lên: 25,5%.
3. Tỷ lệ mỡ cơ thể thừa: 58,57%
4. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phụ nữ thừa cân có ý nghĩa thống kê: tăng huyết áp, lượng mỡ cơ thể thừa và lượng mỡ nội tạng thừa.

Tài liệu tham khảo

1. Cao Thị Thu Hương, 2006, *Một số đặc điểm thói quen ăn uống ở phụ nữ béo phì trung tâm 20-59 tuổi mắc và không mắc hội chứng chuyển hoá tại phường Cổ Nhuế và Xuân Đình, Bắc Từ Liêm, Hà Nội.*
2. Nguyễn Lâm Việt, 2005, *Tăng huyết áp – những vấn đề cần được quan tâm*, Chương trình mục tiêu quốc gia.
3. JNC 8, 2014.
4. *Framingham Heart Study*, 2006
5. Nguyễn Văn Hoàng, Nguyễn Thị Trúc, 2013, *Tỷ lệ người lớn Cao huyết áp trong cộng đồng.*
6. Điều tra dinh dưỡng năm 2006, Viện Dinh dưỡng quốc gia.

KHẢO SÁT CÔNG TÁC TƯ VẤN, GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG CỦA TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2018

Phạm Việt Phong, Ngô Văn Minh, Lê Thị Lụa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe là nhiệm vụ số 1 trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu, chính vì vậy Đảng, Nhà nước và ngành Y tế luôn coi trọng và khẳng định công tác truyền thông giáo dục sức khỏe là một phần không thể thiếu được trong sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đây mạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe là rất cần thiết và là cách tiếp cận có hiệu quả cho công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng nói chung và công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng nói riêng, bởi vì mục đích quan trọng của việc tư vấn điều trị và giáo dục sức khỏe là giúp người bệnh có kiến thức, kỹ năng để có thể tự phòng bệnh, theo dõi tiến trình bệnh tật và tự nguyện tuân thủ các hướng dẫn chuyên môn, để từ đó góp phần nâng cao hiệu quả công tác điều trị, chăm sóc người bệnh ngày càng tốt hơn. Xác định đây là một việc làm cần thiết đối với người bệnh, đối với các cơ sở y tế và cũng là nhiệm vụ mà Trung tâm Y tế phải thực hiện theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016 (Phiên bản 2.0) [3]. Tuy nhiên, mặc dù công tác này đã thực hiện từ lâu nhưng đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới để từ đó giúp cho Ban giám đốc có nhìn nhận đầy đủ và chi tiết hơn, nhằm đưa ra những giải pháp sát thực và hiệu quả trong việc nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cho người bệnh. Vì lẽ đó, chúng tôi thực hiện đề tài ***“Khảo sát công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng của Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới năm 2018”*** với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ từng hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng?
2. Tìm các yếu tố có liên quan đến công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh hoặc người nhà người bệnh tại các khoa lâm sàng thỏa theo các tiêu chuẩn chọn mẫu dưới đây.

3.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh, người nhà người bệnh đang điều trị tại các khoa lâm sàng ≥ 2 ngày.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh 18 tuổi.
- Người bệnh nhập viện ≥ 24 giờ.
- Người trực tiếp chăm sóc người bệnh 24 giờ.

3.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người không đồng ý tham gia.
- Người bệnh nặng mất ý thức.

3.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: tại các khoa lâm sàng.
- Thời gian: Từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2.2. Mẫu nghiên cứu:

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Thay vào ta được mẫu nghiên cứu là 350.

3.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp người bệnh, người thân người bệnh
- Sử dụng bảng kiểm soạn sẵn.

3.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua khảo sát 352 người bệnh và người thân người bệnh tại các khoa lâm sàng của Trung tâm Y tế, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

4.1. Đặc điểm nghiên cứu về giới tính, nhóm tuổi, đối tượng và tham gia BHYT

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	106	30.1
	Nữ	246	69.9
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	102	29.0
	> 30- 40 tuổi	124	35.2
	> 40 tuổi	126	35.8
Đối tượng được phỏng vấn	Người bệnh	114	32.4
	Người nhà	238	67.6
Tham gia BHYT	Có	340	96.6
	Không	12	3.4

Nhận xét: Về giới tính: Nữ chiếm đa số 69.9%, còn nam 30.1%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi về Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng, hộ sinh tại bệnh viện Chợ Mới năm 2017, nữ chiếm 78.9%, nam 21.1% [1].

Về các nhóm tuổi tham gia trả lời phỏng vấn là tương đương với nhau, trong đó cao nhất là nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 35.8%.

Đối tượng trả lời phỏng vấn là người thân người bệnh chiếm 67.6%, còn lại 32.4% là người bệnh, do tình trạng ý thức của người bệnh tại thời điểm phỏng vấn chưa được tỉnh táo nên người thân người bệnh thường tham gia trả lời phỏng vấn nhiều hơn. Kết quả này tương đương so với nghiên cứu của chúng tôi về Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng, hộ sinh tại bệnh viện Chợ Mới năm 2017, người bệnh 33.2%, người thân 68.8% [1].

Về tham gia bảo hiểm y tế, 96.6% người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế, số người không tham gia 3.4%, kết quả này cũng tương đương với các Báo cáo kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới năm 2018 [2].

4.2. Đặc điểm nghiên cứu về ngày nằm viện, nghề nghiệp và trình độ học vấn

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Ngày nằm viện	≤ 3 ngày	218	61.9
	> 3 ngày	134	38.1
Nghề nghiệp	Nông dân	70	19.9
	Công nhân	42	11.9
	Cán bộ viên chức	14	4.0
	Buôn bán	86	24.4
	Làm thuê	62	17.6
	Khác	78	22.2
Trình độ học vấn	Không biết chữ	156	2.3
	Tiểu học	148	44.3
	Trung học cơ sở	32	42.0
	Trung học phổ thông	08	9.1
	Cao đẳng, Đại học	08	2.3

Nhận xét:

Về số ngày nằm viện: Đa số người bệnh có số ngày nằm viện từ dưới 3 ngày chiếm 61.9%, trên 3 ngày 38.1%.

Về nghề nghiệp: Nông dân 19.1%, Công nhân, cán bộ viên chức 14.9%, buôn bán chiếm cao nhất 24.4%, Làm thuê 17.6%, còn lại là nghề khác (Người cao tuổi, Nội trợ, ...) chiếm 22.2%.

Về trình độ học vấn: Người bệnh có trình độ học vấn Tiểu học chiếm đa số 44.3%, kế đến là Trung học cơ sở 42.0%, Trung học phổ thông 9.1%, rất ít người có trình độ Cao đẳng/ Đại học 2.3%, và đặc biệt tỷ lệ không biết chữ 2.3%. Kết quả này tương đương so với nghiên cứu của chúng tôi về Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng, hộ sinh tại bệnh viện Chợ Mới năm 2017 [1].

4.3. Xác định tỷ lệ từng hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng

4.3.1. Về nhận thức của người bệnh về các nội dung tư vấn

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ %
Người bệnh có được nhân viên y tế tư vấn giáo dục sức khỏe?	Không	106	30.1
	Có	246	69.9
Người tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh?	Bác sĩ	28	8.0
	Điều dưỡng	230	65.3

	Cả BS và ĐD	94	26.7
Người bệnh có biết được bệnh đang điều trị?	Không biết	110	31.3
	Biết	242	68.7
Người bệnh nhận thấy NVYT tư vấn, giải thích về tình trạng bệnh?	Hiểu nhưng chưa rõ	26	7.4
	Dễ hiểu	326	92.6

Nhận xét:

Có 69.9% người bệnh được nhân viên y tế tư vấn, giáo dục sức khỏe và 30.1% người bệnh chưa được nhân viên y tế tư vấn, giáo dục sức khỏe, kết quả này theo chúng tôi nhận thấy vẫn còn cao, bởi vì người bệnh chưa được nhân viên y tế tư vấn bất kỳ nội dung nào để người bệnh có thể hiểu và cùng tham gia vào quá trình điều trị, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng điều trị.

Người thực hiện tư vấn: Chiếm tỷ lệ cao nhất là Điều dưỡng 65.3%, cả Bác sĩ và Điều dưỡng cùng thực hiện 26.7% và riêng Bác sĩ chiếm 8.0%, Kết quả này có thể giải thích do lượng bệnh nội trú đông nên Bác sĩ có rất ít thời gian để tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh, còn Điều dưỡng là người trực tiếp chăm sóc nên có thời gian và gần gũi với người bệnh nhiều hơn nên có điều kiện tư vấn, giải thích cho người bệnh.

Nhận thức của người bệnh về tình hình bệnh tật đang nằm viện điều trị: Có 68.7% biết và 31.3% người bệnh chưa biết được tình hình bệnh tật đang nằm viện điều trị, tỷ lệ này phản ánh chúng ta chưa thực hiện triệt để công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh trong khi nằm viện theo bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện [3].

Trong những người bệnh được nhân viên y tế tư vấn, giáo dục sức khỏe thì phần đông người bệnh đều cho rằng cách tư vấn dễ hiểu 92.6%, rất ít người bệnh hiểu chưa đầy đủ 7.4%.

4.3.2. Người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn uống, cách dùng thuốc

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ %
NVYT có hướng dẫn cho người bệnh cách dùng thuốc?	Không	03	0.85
	Có	349	99.15
Người bệnh nhận thấy NVYT hướng dẫn cách dùng thuốc?	Chưa rõ ràng	10	2.8
	Rõ ràng	342	97.2
NVYT có hướng dẫn chế độ ăn, uống cho người bệnh không?	Không	50	14.2
	Có	302	85.8

Nhận xét: Đa số người bệnh đều được nhân viên y tế hướng dẫn cách dùng thuốc 99.15% và 97.2% người bệnh cho rằng nhân viên y tế hướng dẫn cách dùng thuốc rõ ràng, điều này thể hiện đa số các nhân viên y tế đang từng bước thực hiện theo Bộ tiêu chí đánh giá chất bệnh viện về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe.

Về hướng dẫn chế độ ăn, uống: 85.8% người bệnh được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn, uống, bao gồm ăn những loại thức ăn nào, kiêng cử những loại nào, những loại đồ uống nào uống được, loại nào không được uống,...

4.3.2. Người bệnh được hướng dẫn thực hiện công khai thuốc

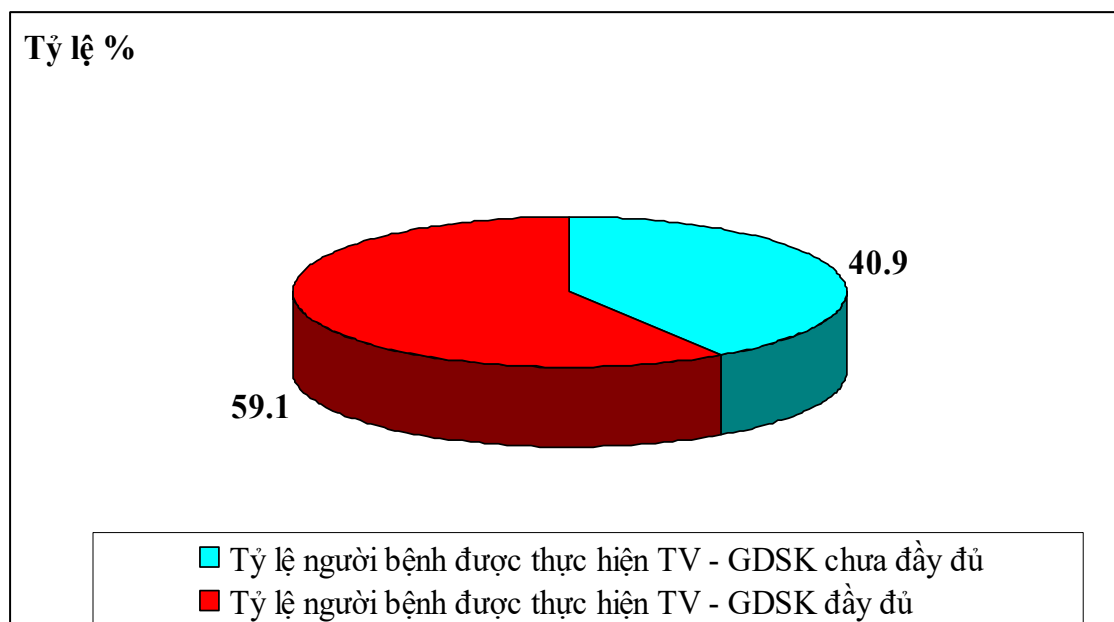
Nội dung		Tần số	Tỷ lệ %
Người bệnh có được thông báo công khai số lượng thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng hàng ngày?	Không	38	10.8
	Có	314	89.2
Người bệnh biết được số tiền đã sử dụng trong phiếu công khai thuốc ?	Không biết	268	76.1
	Biết đúng	84	23.9
Người bệnh biết được % mức hưởng, % mức đóng? (Đ/v có tham gia BHYT)	Không biết	196	55.7
	Biết đúng	156	44.3
Người bệnh nhận thấy thái độ của NVYT khi tư vấn, GDSK với NB như thế nào	Chưa thân thiện	02	0.6
	Chấp nhận được	210	59.7
	Thân thiện	140	39.8

Nhận xét: Có 89.20% người bệnh được thông báo công khai số lượng thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng hàng ngày, 10.8% người bệnh cho rằng chưa được thông báo.

Nhận biết của người bệnh về số tiền đã sử dụng: Có rất ít người bệnh biết rõ được số tiền đã sử dụng hàng ngày 23.9%, còn 76.1% chưa biết, điều này có thể giải thích do bị ảnh hưởng bởi tình hình bệnh tật chỉ phổi nên phần đông người bệnh không nhớ rõ số tiền đã sử dụng hàng ngày dù đã được nhân viên y tế tư vấn.

Nhận thức về phần trăm mức hưởng, mức đóng đối với người bệnh có bảo hiểm y tế: có 55.7% người bệnh không biết, 44.3% biết đúng. Người bệnh nhận thấy thái độ của nhân viên y tế khi tư vấn, giáo dục sức khỏe: Có rất ít người bệnh nhận thấy chưa thân thiện 0.6%, 59.7% cho rằng chấp nhận được và 39.80% cho rằng thân thiện.

4.3.3. Tỷ lệ người bệnh được thực hiện đầy đủ các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe



Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh được thực hiện đầy đủ các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe đạt 59.10%, chưa đầy đủ 40.9%.

4.4. Các yếu tố có liên quan đến công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh

4.4.1. Liên quan giữa giới tính với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Giới tính	Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		OR (KTC 95%)
	Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
Nam	64 (60.4%)	42 (39.6%)	1.07 (0.67 – 1.71) $p > 0.05$
Nữ	144 (58.5%)	102 (41.5%)	
Cộng	208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Chưa có mối liên quan giữa giới tính với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$.

4.4.2. Liên quan giữa nhóm tuổi với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Nhóm tuổi	Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		$\chi^2 = 10.68$ $p < 0.05$
	Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
≤ 30 tuổi	72 (70.6%)	30 (29.4%)	
$> 30 - 40$ tuổi	74 (59.7%)	50 (40.3%)	
> 40 tuổi	62 (49.2%)	64 (50.8%)	
Cộng	208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, những người ở nhóm tuổi ≤ 30 tuổi có nhận thức đầy đủ về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $\chi^2 = 10.68$, $p < 0.05$.

4.4.3. Liên quan giữa tham gia BHYT với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Tham gia BHYT	Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		OR (KTC 95%)
	Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
Có	202 (59.4%)	138 (40.6%)	1.46 (0.46 – 4.63) $p > 0.05$
Không	6 (50.0%)	6 (50.0%)	
Cộng	208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Chưa có mối liên quan giữa việc tham gia bảo hiểm y tế với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$.

4.4.4. Liên quan giữa ngày nằm viện với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Ngày nằm viện	Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		OR (KTC 95%)
	Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
≤ 3 ngày	126 (57.8%)	92 (42.2%)	0.86 (0.56 – 1.34) $p > 0.05$
> 3 ngày	82 (61.2%)	52 (38.8%)	
Cộng	208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Chưa có mối liên quan giữa ngày nằm viện với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$.

4.4.5. Liên quan giữa nghề nghiệp với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Nghề nghiệp		Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		$\chi^2 = 18.41$ $p < 0.05$
		Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
Nông dân		34 (48.6%)	36 (51.4%)	
Công nhân-CBVC		55 (71.4%)	22 (28.6%)	
Buôn bán		46 (53.5%)	40 (46.5%)	
Làm thuê		33 (48.4%)	32 (51.6%)	
Khác		43 (75.4%)	14 (24.6%)	
Cộng		208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nghề nghiệp với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, những người có nghề nghiệp Làm thuê, kể đến là Nông dân có nhận thức đầy đủ thấp hơn so với các nghề khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $\chi^2 = 18.41$, $p < 0.05$.

4.4.6. Liên quan giữa đối tượng được phỏng vấn với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe

Đối tượng được phỏng vấn	Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe		OR (KTC 95%)
	Đầy đủ	Chưa đầy đủ	
Người bệnh	58 (50.9%)	56 (49.1%)	0.60 (0.38 – 0.95) $p < 0.05$
Người nhà	150 (63.0%)	88 (37.0%)	
Cộng	208 (59.1%)	144 (40.9%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa đối tượng được phỏng vấn với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, tỷ lệ người bệnh nhận thức đầy đủ về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe thấp 0.6 lần so với người nhà, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$.

IV. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 352 người bệnh tại các khoa lâm sàng của Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới, chúng tôi ghi nhận được như sau:

Tỷ lệ người bệnh được thực hiện đầy đủ các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe đạt 59.10%, chưa đầy đủ 40.9%.

Chưa có mối liên quan giữa ngày nằm viện, tham gia bảo hiểm y tế và giới tính của đối tượng nghiên cứu với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$. Tuy nhiên, có mối liên quan giữa nghề nghiệp, người trả lời phỏng vấn và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu với nhận thức của người bệnh về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, đó là người làm thuê có nhận thức kém hơn, người trẻ tuổi và người nhà người bệnh có nhận thức tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$.

KIẾN NGHỊ

- Cần tăng cường hơn nữa về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh về các mặt như: Giải thích về tình trạng bệnh, phân trăm mức hưởng, mức đóng đối với người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế, đặc biệt cần nhắc nhở cho người bệnh biết rõ được số tiền đã sử dụng hằng ngày trong phiếu công khai thuốc là bao nhiêu.

- Cần quan tâm nhiều hơn đến các đối tượng khi thực hiện công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe như: Nghề nghiệp, nhóm tuổi, ... để giúp cho người bệnh hiểu và tham gia vào quá trình điều trị.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BỆNH NHI TỪ 6-60 THÁNG TUỔI TẠI KHOA NHI TTYT HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2018

Phạm Quang Hưng, Lê Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Chinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Suy dinh dưỡng trẻ em là sự mất cân bằng giữa nhu cầu dinh dưỡng và lượng nạp vào ở trẻ, dẫn đến việc thâm hụt tích lũy năng lượng, protein hoặc vi chất dinh dưỡng, có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến sự tăng trưởng, phát triển và những vấn đề có liên quan khác ở trẻ”. Suy dinh dưỡng ảnh hưởng đến sự hồi phục của các cơ quan, tăng khả năng xảy ra biến chứng do suy giảm miễn dịch, suy giảm sức đề kháng, tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Đã có không ít bệnh nhân tử vong không phải do bệnh mà do suy kiệt, thiếu hụt dinh dưỡng.

Tầm soát và đánh giá dinh dưỡng cho bệnh nhi ngay khi nhập viện đóng vai trò rất quan trọng, giúp phát hiện sớm sự thiếu hụt dinh dưỡng và hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời để hạn chế hậu quả do suy dinh dưỡng gây ra. Tuy nhiên, việc tầm soát, đánh giá và bổ sung dinh dưỡng cho bệnh nhân nói chung và bệnh nhi nói riêng - đối tượng cần bổ sung dinh dưỡng không những cho mọi hoạt động sống mà còn để trẻ lớn lên và phát triển mỗi ngày - vẫn chưa được chú trọng thỏa đáng.

Vì vậy, khoa nhi tiến hành nghiên cứu đề tài “**KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BỆNH NHI TỪ 6-60 THÁNG TUỔI TẠI KHOA NHI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2018**”, nghiên cứu này của chúng tôi muốn đóng góp thêm một vài số liệu về tình trạng SDD ở bệnh nhi nội trú nhằm có những biện pháp thích hợp giảm thiểu hậu quả của căn bệnh này.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát

Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhi từ 6-60 tháng tuổi tại khoa nhi TTYT Chợ Mới năm 2018.

Mục tiêu chuyên biệt

- Xác định tỉ lệ, mức độ các thể lâm sàng của SDD
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD như giới tính, tuổi, ngày nằm viện và tình trạng thiếu máu thiếu sắt, bệnh lý khi nhập viện.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi từ 6 - 60 tháng tuổi điều trị tại khoa nhi từ 5/2018 -9/2018.

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, xử lý số liệu trên phần mềm SPSS phiên bản 11, thu thập số liệu theo biểu mẫu tạo sẵn, đánh giá dinh dưỡng theo bảng Z-core 2006 của WHO.

IV. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của bệnh nhi

Chỉ số	Tần suất	Tỉ lệ %
<i>Giới tính</i>		
Nam	193	59,2
Nữ	133	40,8
<i>Tuổi</i>		
6-12	74	22,7
13-24	89	27,3
25-36	68	20,9
37-48	51	15,6
49-60	44	13,5
<i>Bệnh lý vào viện</i>		
Hô hấp	125	38,3
Tiêu hóa	63	19,3
Nhiễm	123	37,7
Kết hợp	15	4,6
<i>Thời gian nằm viện</i>		
1-2	26	8
3-5	208	63,8
6-9	87	26,7
>9	5	1,5
<i>Thiếu máu thiếu sắt</i>		
Có	213	65,3
Không	113	34,7

Nhận xét:

- Bệnh nhi nam chiếm đa số: 59,2%.
- Đa số trẻ trong độ tuổi 6-36 tháng : 70,95%
- Bệnh lý vào viện chủ yếu là: hô hấp (38,3%) và nhiễm (37,7%)
- Thời gian nằm viện chủ yếu là 3-5 ngày: 63,8%
- Phần lớn bệnh nhi có TMTS: 65,3%

2. Tỉ lệ SDD chung ở các thể SDD

Chỉ số	Tổng số trẻ	Trẻ SDD	Tỉ lệ %
SDD nhẹ cân	326	107	32,82
SDD thấp còi	326	155	47,54
SDD gầy còm	326	70	21,47

Nhận xét:

- Tỉ lệ SDD chung cao cả 3 thể nhưng cao nhất là SDD thấp còi 47,54%, thấp nhất SDD gầy còm: 21,47%

3.Mức độ SDD

Mức độ SDD	Tổng số trẻ	Trẻ n	SDD Tỷ lệ %
<i>SDD nhẹ cân</i>	326	107	32,8
Nhẹ		83	25,5
Vừa		23	7,1
Nặng		01	0,3
<i>SDD thấp còi</i>	326	155	47,5
Nhẹ		97	29,8
Vừa		43	13,2
Nặng		15	4,6
<i>SDD gầy còm</i>	326	70	21,4
Nhẹ		39	12,0
Vừa		22	6,7
Nặng		9	2,8

Nhận xét:

-Các mức độ SDD có ở 3 thể nhưng thể nặng trong SDD thấp còi tỉ lệ cao (4,6%), thể nhẹ chủ yếu ở thể SDD nhẹ cân và thấp còi (25,5%, 29,8%)

4.Tỉ lệ SDD theo tuổi

Tình trạng DD tuổi (tháng)	SDD nhẹ cân		SDD thấp còi		SDD gầy còm	
	n	%	n	%	n	%
6-12 (74)	19	25,6	38	51,3	14	18,9
13-24 (89)	29	32,5	34	38,2	27	30,3
25-36 (68)	26	38,2	36	52,9	15	22,1
37-48 (51)	22	43,1	25	49,1	7	13,7
49-60 (44)	11	25,0	22	50,0	7	15,9

Nhận xét: tỉ lệ SDD thấp còi chiếm tỉ lệ cao ở tất cả các nhóm tuổi

Không có mối liên quan giữa các nhóm tuổi và các loại SDD với giá trị P tương ứng là: 0,17; 0,34; 0,13

5.Tỉ lệ SDD theo giới

Thể SDD	Giới	Tổng trẻ	Trẻ SDD	Tỉ lệ %
SDD nhẹ cân	Nam	193	62	32,1
	Nữ	133	45	33,8
SDD thấp còi	Nam	193	93	48,2
	Nữ	133	62	46,6
SDD gầy còm	Nam	193	38	19,6
	Nữ	133	32	24,1

Nhận xét:

-Tỉ lệ SDD ở nam, nữ trong các thể tương đương nhau, chiếm tỉ lệ cao trong SDD thấp còi

Không có mối liên quan giữa giới tính và các loại SDD với giá trị P tương ứng là: 0,74; 0,78; 0,34

6.Tỉ lệ SDD theo TMTS

Thể SDD	TMTS	Tổng trẻ	Trẻ SDD	Tỉ lệ %
SDD nhẹ cân	Có	213	72	33,8
	Không	113	35	30,9

SDD thấp còi	Có	213	106	49,7
	Không	113	49	43,3
SDD gầy còm	Có	213	46	21,5
	Không	113	24	21,2

Nhận xét: tỉ lệ TMTS trong SDD thấp còi chiếm tỉ lệ cao: 49,7%

Không có mối liên quan giữa TMTS và các loại SDD với giá trị P tương ứng là: 0,60; 0,21; 0,94

7. Tỉ lệ SDD theo bệnh lý vào viện

Bệnh lý vào viện	SDD nhẹ cân		SDD thấp còi		SDD gầy còm	
	n	%	n	%	n	%
Hô hấp (125)	35	28,0	63	50,4	25	20,0
Tiêu hóa (63)	21	33,3	31	49,2	16	25,4
Nhiễm (123)	45	36,5	57	46,3	25	20,3
Kết hợp (15)	6	40,0	4	26,6	4	26,6

Nhận xét: SDD thấp còi chiếm tỉ lệ cao trong các bệnh lý vào viện

Không có mối liên quan giữa các bệnh lý vào viện và các loại SDD với giá trị P tương ứng là: 0,48; 0,36; 0,75

8. Tỉ lệ SDD theo thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	SDD nhẹ cân		SDD thấp còi		SDD gầy còm	
	n	%	n	%	n	%
1-2 (26)	7	26,9	11	42,3	7	26,9
3-5 (208)	72	34,6	104	50,0	42	20,1
6-9 (87)	26	29,8	39	44,8	19	21,8
>9 (5)	2	40,0	1	20,0	2	40,0

Nhận xét: Tỉ lệ SDD thấp còi chiếm tỉ lệ cao

Không có mối liên quan giữa thời gian nằm viện và các loại SDD với giá trị P tương ứng là: 0,76; 0,46; 0,64

V. BÀN LUẬN

-Tỉ lệ của bệnh nhi thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm là 32,82%; 47,54% và 21,47% tương đương NC nhi đồng 1 : 33,01%; 48,08% và 31,32%, cao hơn nhiều BV Bình Dương : 12,06%; 25,53% và 10,82%, trong đó tỉ lệ thấp còi luôn chiếm cao. Tỉ lệ này cao hơn hẳn so với tỉ lệ SDD ngoài cộng đồng : 15,3% . Như vậy, trẻ có bệnh và nhập viện sẽ có tỉ lệ SDD cao hơn rất nhiều so với trẻ bình thường, điều này cho ta thấy được tầm quan trọng của việc phòng chống SDD ở trẻ em như thế nào và nó sẽ giúp ích rất nhiều cho sự phát triển của trẻ em.

-Mức độ SDD: thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm mức độ nhẹ, vừa, nặng: 25,5%; 7,1% và 0,3%, 29,8%; 13,2% và 4,6%, 12%; 6,7% và 2,8%. Mức độ nhẹ chủ yếu ở thể nhẹ cân và thấp còi còn mức độ nặng chủ yếu ở thấp còi. Tỉ lệ này cũng phù hợp vì thể thấp còi chiếm tỉ lệ cao trong các thể SDD.

-Tỉ lệ SDD theo tuổi: tỉ lệ SDD phân bố ở các nhóm tuổi. Ở thể nhẹ cân nhóm tuổi 25-36 (38,2%), 37-48 (43,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Ở thể thấp còi các nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao . Thể gầy còm nhóm 13-24 chiếm tỉ lệ cao nhất 30,3%. Ở lứa tuổi này trẻ phát triển nhanh và đòi hỏi nhu cầu năng lượng cao vừa để cho quá trình phát triển vừa để cho các hoạt động vận động cơ tăng lên nhưng quá trình cung cấp lại thiếu nhiều, có thể do nhiều lý do làm trẻ ít được chăm sóc nhiều, chế độ ăn không hợp lý tỷ lệ bệnh tăng do vậy tăng tỷ lệ SDD. Do vậy chương trình phòng chống SDD trẻ em cần phải quan tâm hơn và có biện pháp can thiệp sớm hơn.

-Tỉ lệ SDD theo giới:tỉ lệ SDD giữa nam và nữ tương đương trong các thể SDD. Thể nhẹ cân là 32,1% và 33,8%, thể thấp còi là 48,25 và 46,6%, thể gầy còm là 19,6% và 24,1%.

-Đa số bệnh nhi vào viện có SDD, các thể SDD phân bố ở các nhóm bệnh trong đó thể SDD thấp còi chiếm tỉ lệ cao: hô hấp 50,4%, tiêu hóa 49,2%, nhiễm 46,3%.

-Thời gian nằm viện chủ yếu 3-5 ngày (63,8%), các thể SDD không ảnh hưởng nhiều đến thời gian nằm viện

-Tỉ lệ TMTS chiếm tỉ lệ cao trong thể nhẹ cân (33,8%) và thấp còi (49,7%), tỉ lệ này cũng tương xứng với tỉ lệ của từng thể SDD. Trong từng thể SDD thì tỉ lệ có và không TMTS thì tương đương nhau: nhẹ cân 33,8% và 30,9%; thấp còi 49,7% và 43,3%; gầy còm 21,5% và 21,2%.

Không có mối liên quan giữa giới tính, tuổi, ngày nằm viện, tình trạng thiếu máu thiếu sắt, bệnh lý khi nhập viện và các loại SDD với $P > 0.05$.

VI.KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

SDD ở bệnh nhi nội trú vẫn là một thực trạng đáng báo động vì chiếm tỉ lệ tương đối cao .

Tình trạng SDD trong thời gian điều trị đe dọa tất cả các nhóm bệnh nhi.

Tất cả bệnh nhi cần phải được chú ý khía cạnh DD trong quá trình điều trị bệnh.

Cần hỗ trợ DD kịp thời cho các bệnh nhi có nguy cơ cao.

Không có mối liên quan giữa giới tính, tuổi, ngày nằm viện, tình trạng thiếu máu thiếu sắt, bệnh lý khi nhập viện và các loại SDD với $P > 0.05$

Qua nghiên cứu này hy vọng sẽ giúp cho BGĐ, các khoa phòng kết hợp với Khoa DD để có những biện pháp thích hợp để can thiệp DD kịp thời, giảm thiểu hậu quả của SDD gây ra cũng như đề ra các biện pháp nhằm nâng cao ý thức về tầm quan trọng của DD trong điều trị cho bệnh nhi, thân nhân và cả NVYT./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia (2014) Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm,.
2. Nguyễn Đỗ Huy, Vũ Minh Thục (2009) "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em từ 6-60 tháng tuổi trong bệnh viện bằng phương pháp nhân trắc và SGA". Tạp chí Y tế công cộng, 27 (27), 11-15.
3. Phạm Thị Thu Hương, Phạm Thị Lâm (2009) Tỷ lệ suy dinh dưỡng bệnh nhân nhi tại một số khoa bệnh viện Nhi Trung Ương, Viện Dinh dưỡng.
4. Phạm Văn Phong, Nguyễn Thị Ngọc Bé (2013) Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại khoa nhi - Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk, Khoa Y Dược - Trường Đại học Tây Nguyên, Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk, 1-8.
6. Huhmann M. B., August D. A. (2008) "Review of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Clinical Guidelines for Nutrition Support in Cancer Patients: nutrition screening and assessment". Nutr Clin Pract, 23 (2), 182-8.
9. A. S. Detsky, J. R. McLaughlin, J. P. Baker, N. Johnston, S. Whittaker, R. A. Mendelson, K. N. Jeejeebhoy (1987) "What is subjective global assessment of nutritional status?". JPEN J Parenter Enteral Nutr, 11 (1), 8-13.

KHẢO SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY CỦA CÁC NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2018

*Chủ nhiệm đề tài: CN. Phạm Thành Tại
Cộng sự: HSTH. Nguyễn Đỗ Thị Châu Trinh
DSTH. Phan Tấn Mỹ Duyên*

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế đang là vấn đề y tế toàn cầu do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, kéo dài ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị. NKBV thường do các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc gây bệnh như: Tụ cầu vàng kháng methicilin, cầu khuẩn đường ruột kháng vancomycin, trực khuẩn gram âm sinh men β -lactamase phổ rộng.

Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) là việc áp dụng đồng bộ các biện pháp nhằm ngăn ngừa sự lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh (KBCB), là nội dung quan trọng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh (NB) tại các cơ sở KBCB. Trong các biện pháp KSNK, vệ sinh tay (VST) từ lâu luôn được coi là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất, không chỉ trong chăm sóc NB mà ngay cả ở cộng đồng khi đang phải đối mặt với nhiều bệnh dịch nguy hiểm xảy ra trên diện rộng như dịch tả, cúm A (H5N1, H1N1), v.v.

Các bằng chứng khoa học liên quan tới lây truyền tác nhân gây bệnh qua bàn tay và hiệu quả của VST trong phòng ngừa nhiễm khuẩn cũng như những quy định cơ bản về thực hành VST để thống nhất áp dụng ở mọi nhân viên y tế (NVYT), mọi NB, người nhà NB trong các cơ sở KBCB, qua đó góp phần làm giảm NKBV.

Kết quả:

- Tỷ lệ rửa tay chung là 55%
- Tỷ lệ rửa tay đúng quy trình theo chức danh: Bác sĩ 53%, điều dưỡng 59,48%, sinh viên thực tập 59,2%, hộ lý 47%.
- Tỷ lệ rửa tay theo 5 thời điểm: Trước khi TXBN: BS 57,7%, ĐD 52,63%, SV thực tập 46,34%, HL 48%. Trước khi TTVT: BS 41,67%, ĐD 56,5%, SV thực tập 51,86%. Sau khi TXM: BS 50%, ĐD 76%, SV thực tập 60%, HL 43,48%. Sau khi TXBN: BS 55,6%, ĐD 59%, SV thực tập 58,8%, HL 48,4%. Sau khi TXQB: BS 45,5%, ĐD 56,5%, SV thực tập 60%, HL 47,2%.
- Tỷ lệ rửa tay theo dung dịch rửa tay: Rửa tay với cồn 40,3%, rửa tay với xà phòng và nước 53,3%.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trên bàn tay bình thường của người cán bộ y tế thường có 2 loại vi khuẩn đó là: vi khuẩn thường trú và vi khuẩn vi khuẩn vãng lai, các loại vi khuẩn thường trú có thể vào cơ thể qua các thủ thuật xâm lấn, các vi khuẩn vãng lai thường là những tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện phổ biến và thường tồn tại trên da không quá 28 giờ, chúng dễ dàng loại bỏ bằng vệ sinh tay với nước và xà phòng hay dung dịch rửa tay nhanh.

Theo Tổ chức y tế thế giới. Rửa tay được coi là liều vắc xin tự chế, rất đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả về chi phí cũng như có thể cứu sống hàng triệu người.

Nhiều nghiên cứu về các biện pháp vệ sinh bàn tay đã làm giảm 50% nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, cũng như nguy cơ phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế, vệ sinh bàn tay đã tích cực góp phần giảm chi phí trong điều trị, giảm thời gian điều trị

nội trú, giảm tỉ lệ tử vong... Tổ chức y tế thế giới khẳng định: “ Rửa tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện”

Theo nhiều báo cáo của các chuyên gia kiểm soát nhiễm khuẩn trong và ngoài nước thì các bệnh truyền nhiễm đã và đang diễn ra trong cộng đồng, có thể phòng ngừa được bằng cách vệ sinh bàn tay, việc rửa tay có thể làm giảm nhiễm khuẩn bệnh tiêu chảy tới 47%, nhiễm khuẩn đường hô hấp tới 19 – 45%.

II.TỔNG QUAN TÀI LIỆU:

1. Thế nào là rửa tay thường quy:

Rửa tay thường quy là một trong những kỹ thuật rửa tay trong chăm sóc bệnh nhân là yêu cầu then chốt nhằm ngăn ngừa lây truyền vi sinh vật gây bệnh và làm giảm mắc bệnh cho bệnh nhân và cho nhân viên.

2. Chỉ định rửa tay:

Rửa tay thường quy được chỉ định khi không có chỉ định rửa tay phẫu thuật. Mục đích để loại bỏ chất dơ và vi sinh vật văng lại, thường trú trên bàn tay. Thời gian rửa tay thường 1 phút. Dùng xà phòng thường (nước hoặc bánh) để rửa tay.

Chỉ trừ trường hợp cần cấp cứu khẩn cấp, nhân viên phải luôn rửa tay. Thời điểm rửa tay thích hợp để rửa tay có thể là trước và sau các thời điểm rửa tay.

- 2.1. Trước khi tiếp xúc bệnh nhân
- 2.2. Trước khi làm thủ thuật vô trùng
- 2.3. Sau khi phơi nhiễm với dịch tiết của bệnh nhân
- 2.4. Sau khi tiếp xúc bệnh nhân
- 2.5. Sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh bệnh nhân

3. Quy trình rửa tay thường quy:

3.1. Chuẩn bị:

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân
- Nước sạch
- Xà phòng hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn
- Hộp đựng khăn lau tay sạch dung một lần
- Thùng đựng khăn tay lau bẩn
- Dung dịch rửa tay chứa cồn.

3.2. Các bước tiến hành:

- + Bước 1: Làm ướt hai bàn tay, lấy 3 – 5ml dung dịch rửa tay hoặc chà bánh xà phòng lên lòng và mu bàn tay. Xoa hai lòng bàn tay vào nhau cho xà phòng đều.
- + Bước 2: Đặt lòng và các ngón của bàn tay này lên mu bàn tay kia và chà sạch mu bàn tay kia và kẽ các ngón tay (từng bên).
- + Bước 3: Đặt 2 lòng bàn tay vào nhau, chà sạch lòng bàn tay và kẽ ngón tay.
- + Bước 4: Móc 2 bàn tay vào nhau và chà sạch mặt mu các ngón tay.
- + Bước 5: Dùng lòng bàn tay này xoay và chà sạch ngón tay cái bàn tay kia và ngược lại.
- + Bước 6: Chụm đầu các ngón tay của bàn tay này và chà sạch đầu các ngón tay vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa tay sạch dưới vòi nước, sau đó dung khăn thấm khô tay.

4. Vai trò của rửa tay thường quy đối với nhiễm khuẩn bệnh viện:

Nghiên cứu về mối liên quan giữa bàn tay của cán bộ y tế và nhiễm khuẩn Bệnh viện: Bác sỹ Sammelwale đã nói đến từ giữa thế kỷ 19 và sau này tiếp tục được khẳng định rửa tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng chống nhiễm khuẩn Bệnh viện. Một quan sát nhanh của Phạm Đức Mục về thói quen rửa

tay của nhân viên Bệnh viện đã nhận định rằng tỷ lệ nhân viên y tế rửa tay sau khi ăn nhiều hơn trước khi ăn và thói quen này đã tác động vào thực hành bệnh viện là nhân viên y tế rửa tay sau khi chăm sóc người bệnh nhiều hơn là trước khi chăm sóc người bệnh.

Nghiên cứu của Nguyễn Phúc Tiến (BV Chợ Rẫy) và cộng sự nghiên cứu về số lượng vi khuẩn trên tay của 77 cán bộ y tế chưa rửa tay trong vòng 2 giờ đã thông báo 96% bàn tay có vi khuẩn, bình quân mỗi bàn tay có 267.378 vi khuẩn, số lượng vi khuẩn trên tay hộ lý và bác sỹ cao hơn điều dưỡng.

III. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Mục tiêu chung:

Đánh giá tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế của Trung tâm y tế huyện Chợ Mới năm 2018.

2. Mục tiêu cụ thể:

- Tỷ lệ tuân thủ rửa tay chung.
- Tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo chức danh.
- Tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo 5 thời điểm của WHO.
- Tỷ lệ thực hành đúng theo quy trình rửa tay.

IV. ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Bác sỹ, điều dưỡng viên, kỹ thuật viên, sinh viên thực tập, hộ lý và các nhân viên khác đang công tác tại các khoa lâm sàng của Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.

- Tiêu chí chọn vào:

Nhân viên y tế có làm công tác chuyên môn hoặc tiếp xúc với bệnh nhân theo 5 thời điểm của Bộ Y tế.

- + Trước khi tiếp xúc bệnh nhân.
- + Trước khi làm thủ thuật vô trùng
- + Sau khi phơi nhiễm với dịch tiết của bệnh nhân
- + Sau khi tiếp xúc bệnh nhân
- + Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh

- Tiêu chí loại ra:

- Không phải là nhân viên của Trung tâm hoặc nhân viên y tế đang làm công tác hành chính không tiếp xúc với bệnh nhân.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

+ Thời gian quan sát:

Từ tháng 07 đến 10/2018.

+ Địa điểm: tại 6 khoa lâm sàng, 01 khoa cận lâm sàng (Nội, Ngoại, CSSKSS, Nhi, Hồi sức cấp cứu và chống độc, Nhiễm và khoa XN và CDHA).

3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang:
- Cỡ mẫu: n=554
- Quan sát trực tiếp các đối tượng thực hành và điền vào bảng kiểm.
- Cách thu thập dữ liệu:

- Thành lập nhóm điều tra quan sát vệ sinh tay
- Nhóm quan sát được tập huấn trước khi thực hiện phương pháp thu thập dữ liệu và tiêu chuẩn quan sát điều tra.
- Phiếu điều tra vệ sinh tay: Phiếu thu thập dữ liệu vệ sinh tay dựa theo quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 08 năm 2017 của Bộ Y tế. (Về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) áp dụng vào Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới.
- Xử lý số liệu chương trình Excel.

V. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Bảng 1: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung của NVYT:

Động tác	Số lượng	Tỷ lệ
Có rửa tay	306	55
Không rửa tay	248	45
Tổng	554	100

Nhận xét:

- Tỷ lệ tuân thủ VST chung là 55%.

Bảng 2: Tỷ lệ tuân thủ rửa tay rửa tay theo chức danh:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	70	53	62	47	132
Điều dưỡng	91	59,48	62	40,52	153
SV thực tập	90	59,2	62	40,8	152
Hộ lý	55	47	62	53	117
Tổng	306	55	248	45	554

Nhận xét:

- Tỷ lệ tuân thủ rửa tay của điều dưỡng và sinh viên thực tập chiếm tỷ lệ cao là: 59,48%, kể đến là Bác Sĩ 53% và thấp nhất là hộ lý 47%.

Bảng 3: Tỷ lệ tuân thủ VST trước khi tiếp xúc người bệnh:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	30	57,7	22	42,3	52
Điều dưỡng	20	52,63	18	47,37	38
SV thực tập	19	46,34	22	53,66	41
Hộ lý	13	48	14	52	27
Tổng	82	52	76	48	158

Nhận xét:

- Tổng số cơ hội VST trước khi tiếp xúc bệnh nhân là:158, trong đó có rửa tay là 82 đạt 52%, không rửa tay là 76 cơ hội chiếm 48%.
- Tỷ lệ tuân thủ VST Bác sĩ 57,7%, điều dưỡng 52,63 và sinh viên thực tập 46,34%
- Tỷ lệ NVYT tuân thủ VST thấp nhất là trước khi tiếp xúc bệnh nhân là hộ lý 48%

Bảng 4: Tỷ lệ tuân thủ VST trước khi làm thủ thuật vô trùng:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	5	41,67	7	58,33	12
Điều dưỡng	13	56,5	10	43,5	23
SV thực tập	14	51,86	13	48,16	27
Tổng	32	51,6	30	48,4	62

Nhận xét

- Tổng số cơ hội VST trước khi làm thủ thuật vô trùng là 62. Trong đó có rửa tay là 32 đạt 51,6%, không rửa tay là 30 chiếm tỷ lệ 48,4%
- Điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao 56,5%, sinh viên thực tập 51,86% và Bác sĩ là 41,67%.
- Trong cơ hội này không có hộ lý tham gia.

Bảng 5: Tỷ lệ tuân thủ VST sau khi phơi nhiễm với dịch tiết của bệnh nhân:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	5	50	5	50	10
Điều dưỡng	19	76	6	23	25
SV thực tập	18	60	12	40	30
Hộ lý	10	43,48	13	56,52	23
Tổng	52	59	36	41	88

Nhận xét

- Tổng số cơ hội VST sau khi phơi nhiễm với dịch tiết của bệnh nhân là 88. Trong đó có rửa tay là 52 cơ hội đạt 59%, không rửa tay là 36 chiếm tỷ lệ 41%.
- Điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất là 76%, SV thực tập là 60%, Bác sĩ 50% và thấp nhất là hộ lý 43,48%.

Bảng 6: Tỷ lệ tuân thủ VST sau khi tiếp xúc bệnh nhân:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	20	55,6	16	44,4	36
Điều dưỡng	26	59	18	41	44
SV thực tập	20	58,8	14	41,2	34
Hộ lý	15	48,4	16	51,6	31

Tổng	81	55,86	64	44,14	145
-------------	-----------	--------------	-----------	--------------	------------

Nhận xét:

- Tổng số cơ hội VST sau khi tiếp xúc bệnh nhân là 145. Trong đó có rửa tay 81 cơ hội đạt 55,86%, không rửa tay là 64 cơ hội chiếm tỷ lệ 44,14%.
- Điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao 59%, SV thực tập 58,8%, BS 55,6% và thấp nhất là hộ lý 48,4%.

Bảng 7: Tỷ lệ tuân thủ VST sau khi tiếp xúc môi trường xung quanh bệnh nhân:

Chức danh	Có rửa tay		Không rửa tay		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bác Sĩ	10	45,5	12	54,5	22
Điều dưỡng	13	56,5	10	43,5	23
SV thực tập	12	60	8	40	20
Hộ lý	17	47,2	19	52,8	36
Tổng	52	51,5	45	48,5	97

Nhận xét:

- Tổng số cơ hội VST sau khi tiếp xúc môi trường xung quanh bệnh nhân là 97. Trong đó có rửa tay 52 đạt 51,5%, không rửa tay là 45 cơ hội chiếm tỷ lệ 48,5%.
- Sinh viên thực tập chiếm tỷ lệ cao là 60%, điều dưỡng 56,5%, hộ lý 47,5% và thấp nhất là Bác sĩ 45,5%.

Bảng 8: Tỷ lệ rửa tay theo dung dịch rửa tay:

Dung dịch rửa tay	Đúng quy trình		Sai quy trình		Tổng
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Rửa tay với cồn	50	40,3	74	59,7	124
Rửa tay với nước & XP	97	53,3	85	46,7	182
Tổng	147	48	159	52	306

Nhận xét:

- Tỷ lệ VST tay theo dung dịch rửa tay có tổng số là 306 cơ. Trong đó có 124 cơ hội rửa tay với dd chứa cồn 50 cơ hội rửa tay đúng quy trình đạt 40,3%, 74 cơ hội rửa tay sai quy trình chiếm tỷ lệ 59,7%.
- Tổng số cơ hội rửa tay với nước và xà phòng là 182. Trong đó rửa tay đúng quy trình là 97 cơ hội đạt 53,3%, 85 cơ hội rửa sai quy trình chiếm tỷ lệ 46,7%.
- Tổng số NVYT rửa tay đúng là 147 cơ hội đạt 48%, 159 cơ hội rửa tay sai quy trình chiếm tỷ lệ 52%.

VI. BÀN LUẬN:

Qua kết quả giám sát 554 cơ hội rửa tay của các đối tượng. Trong đó có rửa tay là 306 cơ hội, không rửa tay là 248 cơ hội đạt tỷ lệ rửa tay chung là 55 %,điều này cho thấy chưa tuân thủ cao về rửa tay trong chăm sóc và điều trị người bệnh. Tổng số cơ hội rửa tay của các đối tượng, trong đó Điều dưỡng và sinh viên thực tập có số cơ hội nhiều nhất, điều này cho thấy hai đối tượng này thường xuyên tiếp xúc với người bệnh nhiều hơn Bác sĩ và hộ lý.

Tổng số cơ hội của Điều dưỡng là 153 có rửa tay 91 đạt tỷ lệ 59,48%, không rửa tay là 62 cơ hội chiếm tỷ lệ 40,52%, sinh viên thực tập 152 cơ hội có rửa tay là 90 cơ hội đạt 59,2%, không rửa tay là 62 cơ hội chiếm tỷ lệ 40,8%.

Tổng số cơ hội rửa tay của Bác sĩ là 132 cơ hội, có rửa tay là 70 cơ hội đạt 53%, không rửa tay là 62 cơ hội chiếm 47%. Cơ rửa tay của hộ lý là 117 cơ hội, có rửa tay 55 cơ hội đạt 47%, không rửa tay là 62 cơ hội chiếm tỷ lệ 53%. Điều này cho thấy cơ hội rửa tay thấp nhất là hộ lý vì mỗi khoa chỉ có một hộ lý nên cơ hội rửa tay ít hơn so với các đối tượng khác.

Đa số nhân viên thường rửa tay với xà phòng và nước chiếm tỷ lệ 53,3% còn lại thì rửa tay với cồn, điều này cho thấy nhân viên còn sợ rửa tay với cồn sẽ làm tổn thương da tay nên tỷ này thấp hơn so với rửa tay với nước là 40,3%.

So sánh giữa hai thời điểm: Trước khi tiếp xúc và sau khi tiếp xúc người bệnh, cho thấy tỷ lệ trước khi tiếp xúc thấp hơn sau khi tiếp xúc như sau: Trước khi tiếp của ĐD là 52,63% sau khi tiếp xúc là 59%, Trước khi tiếp của SV thực tập là 46,34% sau khi tiếp là 58,8%, hộ lý trước khi tiếp xúc 48% sau khi tiếp xúc là 48,4%, chỉ có BS trước khi tiếp xúc 57,7% cao hơn sau khi tiếp xúc là 55,6%.

VII. KẾT LUẬN:

- Tỷ lệ rửa tay chung là 55%
- Tỷ lệ rửa tay đúng quy trình theo chức danh: Bác sĩ 53%, điều dưỡng 59,48%, sinh viên thực tập 59,2%, hộ lý 47%.
- Tỷ lệ rửa tay theo 5 thời điểm: Trước khi TXBN: BS 57,7%, ĐD 52,63%, SV thực tập 46,34%, HL 48%. Trước khi TTVT: BS 41,67%, ĐD 56,5%, SV thực tập 51,86%. Sau khi TXM: BS 50%, ĐD 76%, SV thực tập 60%, HL 43,48%. Sau khi TXBN: BS 55,6%, ĐD 59%, SV thực tập 58,8%, HL 48,4%. Sau khi TXQB: BS 45,5%, ĐD 56,5%, SV thực tập 60%, HL 47,2%.
- Tỷ lệ rửa tay theo dung dịch rửa tay: Rửa tay với cồn 40,3%, rửa tay với xà phòng và nước 53,3%.

VIII. KIẾN NGHỊ:

- Công tác đào tạo lại nên được tổ chức thường xuyên và liên tục, duy trì ở các khoa nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng, thái độ cho cán bộ y tế về thực hiện các quy trình kỹ thuật.
- Nâng cao vai trò của Trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng ở các khoa thường xuyên kiểm tra, giám sát nhân viên trong khoa về việc tuân thủ vệ sinh tay trong chăm sóc và điều trị người bệnh, nhất là theo 5 thời điểm của Bộ Y tế.
- Tăng cường kiểm tra, giám sát, đôn đốc cán bộ thực hiện đúng các quy trình kỹ thuật.
- Cung cấp đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị và dung dịch rửa tay cho các khoa
- Ban Giám đốc và các bộ phận có liên quan cần phải quan tâm hơn nữa về công tác vệ sinh tay thường quy cho nhân viên y tế tại đơn vị mình, nhằm duy trì, tạo thành thói quen cho nhân viên y tế khi chăm sóc và điều trị người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Thông tư số 16/218/TT-BYT, ngày 20 tháng 07 năm 2018 của Bộ Y tế quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh .
2. Tài liệu hướng dẫn kiểm soát nhiễm cho nhân viên y tế tuyến cơ sở, tháng 8 năm 2012.
3. Nguyễn Việt Hùng (2010), vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Phúc Tiến, Vương Thị Nguyên Thảo, Lê Thị Anh Thư, (2002), số lượng vi khuẩn trên bàn tay nhân viên y tế tại Bệnh viện Chợ Rẫy, kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng lần thứ nhất.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH TẬT NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TRUNG TÂM Y TẾ CHỢ MỚI TỪ THÁNG 1 ĐẾN THÁNG 9 NĂM 2018

Bs. CKI Mai Thanh Bình

BS. Lê Thị Kim Cúc

ĐD. Nguyễn Thị Bích

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, hay một địa phương, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế- xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh 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. Xã hội ngày càng phát triển, mô hình bệnh tật cũng phải thay đổi cho phù hợp. hiện nay do đầu tư có hạn nên ngành y tế nói chung phải chịu sự quá tải, trong đó có trung tâm y tế chợ mới.

Trung tâm y tế Huyện Chợ Mới không chỉ tiếp nhận bệnh cấp cứu trong huyện mà còn nhận bệnh của các xã lân cận. Chúng tôi khảo sát đề tài này từ ngày 01/01/2018 đến 31/09/2018 về các vấn đề như: tuổi, giới, phân bố bệnh theo nhóm tuổi và theo từng quý của năm, kết quả điều trị theo từng nhóm bệnh. Trên cơ sở đó chúng tôi tham mưu với ban giám đốc trang bị cho khoa về thuốc, dịch truyền, vật tư y tế, trang thiết bị phù hợp từng thời điểm tập chung bệnh đông tại khoa để cấp cứu cho người bệnh kịp thời, chính xác, hiệu quả.

II. KHÁI NIỆM MÔ HÌNH BỆNH TẬT- PHÂN LOẠI QUỐC TẾ BỆNH TẬT LẦN THỨ X (ICD-X)

1. KHÁI NIỆM MÔ HÌNH BỆNH TẬT

Mô hình bệnh tật của một cộng đồng trong một giai đoạn là cơ cấu phần trăm nhóm bệnh tật, các bệnh và tử vong của các bệnh của cộng đồng đó trong giai đoạn. Từ mô hình bệnh tật người ta có thể xác định được nhóm bệnh phổ biến nhất, tập chung vào mùa nào của năm, để có cơ sở xây dựng kế hoạch phòng chống bệnh tật trước mắt và lâu dài cho cộng đồng đó.

2. Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ X (ICD- 10)

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- Tất cả người bệnh nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu từ tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2018.

3.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.2.1 Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

3.2.2 Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát các yếu tố như: tuổi, giới, thời gian, kết quả điều trị người bệnh nhập viện điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu.

- Xác định cơ cấu bệnh tật tại khoa cấp cứu.

3.3 Xử lý số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1 ĐẶC ĐIỂM CƠ CẤU NHÓM BỆNH NHẬP VIỆN

BẢNG 1:

NHÓM BỆNH	SỐ CAS	PHẦN TRĂM
Bệnh tuần hoàn	1178	54.7
Bệnh hô hấp	157	7.3
Bệnh tiêu hóa	179	8.3
Bệnh cầu thận	51	2.4
Thai nghén-sảy thai	1	.0
Dấu hiệu tuần hoàn-hô hấp	20	.9
Vết thương ngộ độc	69	3.2
Bệnh nhiễm trùng	255	11.8
Bướu ác tính khoang miệng	26	1.2
Các RL đông máu	66	3.1
Các RL miễn dịch	91	4.2
RL tâm thần	13	.6
Bệnh hệ thần kinh	30	1.4
Bệnh tai ngoài	18	.8
TỔNG CỘNG	2154	100.0

Nhận xét: Ba nhóm bệnh nhập viện nhiều nhất là nhóm bệnh về tuần hoàn chiếm 54,7%, kế đến là nhóm bệnh nhiễm trùng 11,8%, nhóm bệnh về tiêu hóa 8,3%.

4.2. ĐẶC ĐIỂM NHÓM BỆNH THEO NHÓM TUỔI

BẢNG 2:

Nhóm bệnh	Nhóm tuổi				Tổng cộng
	<15	16-40	41-60	>60	
Bệnh tuần hoàn	3	46	332	797	1178
Bệnh hô hấp	13	2	26	116	157
Bệnh tiêu hóa	7	30	56	86	179
Bệnh cầu thận	0	4	17	30	51
Thai nghén-sảy thai	0	0	0	1	1
Dấu hiệu tuần hoàn-hô hấp	8	2	4	6	20
Vết thương ngộ độc	10	24	26	9	69
Bệnh nhiễm trùng	76	23	42	114	255
Bướu ác tính khoang miệng	0	2	8	16	26
Các RL đông máu	1	8	15	42	66
Các RL miễn dịch	1	3	18	69	91
RL tâm thần	1	7	4	1	13
Bệnh hệ thần kinh	6	5	8	11	30
Bệnh tai ngoài	0	0	8	10	18
Tổng cộng	126	156	564	1308	2154

Nhận xét: nhóm bệnh về tuần hoàn, hô hấp và nhiễm trùng, các bệnh bướu tân sinh cũng nhiều ở nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi, kể đến là nhóm tuổi từ 41-60 tuổi. Giá trị này có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

4.3.ĐẶC ĐIỂM NHÓM BỆNH THEO QUÍ

BẢNG 3:

Nhóm bệnh	Quý			Tổng cộng
	Quý 1	Quý 2	Quý 3	
Bệnh tuần hoàn	412	359	407	1178
Bệnh hô hấp	63	46	48	157
Bệnh tiêu hóa	27	81	71	179
Bệnh cầu thận	13	19	19	51
Thai nghén-sảy thai	0	1	0	1
Dấu hiệu tuần hoàn-hô hấp	7	7	6	20
Vết thương ngộ độc	19	22	28	69
Bệnh nhiễm trùng	57	95	103	255
Bướu ác tính khoang miệng	10	7	9	26
Các RL đông máu	27	19	20	66
Các RL miễn dịch	38	22	31	91
RL tâm thần	4	5	4	13
Bệnh hệ thần kinh	11	13	6	30
Bệnh tai ngoài	4	7	7	18
Tổng cộng	692	703	759	2154

Nhận xét: Nhóm bệnh về tuần hoàn nhập viện nhiều và rải đều ở các quý trong năm, quý 3 các nhóm bệnh cũng nhập viện nhiều hơn các quý khác, nhóm bệnh nhiễm trùng tập chung nhiều ở quý 3. Giá trị này có ý nghĩa thống kê $P < 0.05$.

4.4. ĐẶC ĐIỂM NHÓM BỆNH THEO KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

BẢNG 4:

Nhóm bệnh	Kết quả điều trị					Tổng cộng
	CK	CV	XV	XINV	NANG XV	
Bệnh tuần hoàn	747	404	16	5	6	1178
Bệnh hô hấp	94	59	4	0	0	157
Bệnh tiêu hóa	91	82	6	0	0	179
Bệnh cầu thận	37	11	3	0	0	51
Thai nghén-sảy thai	0	1	0	0	0	1
Dấu hiệu tuần hoàn-hô hấp	14	6	0	0	0	20
Vết thương ngộ độc	53	14	0	2	0	69
Bệnh nhiễm trùng	122	127	6	0	0	255
Bướu ác tính khoang miệng	9	17	0	0	0	26

Các RL đông máu	46	18	2	0	0	66
Các RL miễn dịch	78	11	2	0	0	91
RL tâm thần	10	2	1	0	0	13
Bệnh hệ thần kinh	16	14	0	0	0	30
Bệnh tai ngoài	18	0	0	0	0	18
Tổng cộng	1335	766	40	7	6	2154

Nhận xét: Trong 2154 trường hợp nhập viện tại khoa cấp cứu, bệnh ổn chuyển khoa là 1335 cas (61,9%), chuyển viện 766 cas (35,5%), nặng xin về 6 cas (0,27%). Bệnh chuyển viện tập chung nhiều ở nhóm bệnh tuần hoàn, kể đến là nhóm bệnh nhiễm trùng. Kết quả này có ý nghĩa thống kê $P < 0.05$.

4.5 ĐẶC ĐIỂM NHÓM BỆNH THEO GIỚI TÍNH

BẢNG 5:

Nhóm bệnh	Giới tính		Tổng cộng
	NAM	NU	
Bệnh tuần hoàn	525	653	1178
Bệnh hô hấp	88	69	157
Bệnh tiêu hóa	90	89	179
Bệnh cầu thận	20	31	51
Thai nghén-sảy thai	0	1	1
Dấu hiệu tuần hoàn-hô hấp	15	5	20
Vết thương ngộ độc	36	33	69
Bệnh nhiễm trùng	122	133	255
Bướu ác tính khoang miệng	17	9	26
Các RL đông máu	20	46	66
Các RL miễn dịch	26	65	91
RL tâm thần	13	0	13
Bệnh hệ thần kinh	17	13	30
Bệnh tai ngoài	6	12	18
Tổng cộng	996	1158	2154

Nhận xét: tỷ lệ nhập viện nam và nữ tương đối bằng nhau tập chung nhóm bệnh tuần hoàn. Giá trị này có ý nghĩa thống kê $P < 0.05$.

V. KẾT LUẬN VÀ BÀN LUẬN

- Trong 13 nhóm bệnh nhập viện điều trị tại khoa cấp cứu thì nhóm bệnh về tuần hoàn chiếm tỷ lệ cao nhất 1178 cas (54,7%), kế đến là nhóm bệnh nhiễm trùng 255 cas (11,8%), nhóm bệnh về tiêu hóa nhập viện cũng cao 179 cas (8,3%), bệnh về nội tiết có tới 58 cas hạ đường huyết.

- Phân bố nhóm bệnh theo giới thì tỷ lệ nhập viện giữa nam và nữ tương đối bằng nhau, phân bố bệnh theo nhóm tuổi thì nhiều ở nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi, kế đến là nhóm từ 40-60 tuổi, phân bố nhóm bệnh theo quý chúng tôi thấy tỷ lệ nhập viện theo từng quý cũng tương đối bằng nhau.

- Kết quả điều trị thì trong tổng số 2154 cas nhập viện điều trị tại khoa có 1335 cas (61,9%) chuyển các khoa khác, chuyển viện còn nhiều 766 cas (35,7 %), số cas chuyển viện tập chung nhóm bệnh tim mạch và sốc nhiễm trùng, có 6 cas bệnh nặng xin về trong đó có 2 cas tử vong.

VI. KIẾN NGHỊ

- Do bệnh về tuần hoàn nhập viện nhiều trong đó tăng huyết áp và nhồi máu cơ tim rất đông nên cần giáo dục cho cộng đồng các yếu tố nguy cơ gây ra bệnh, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ sẽ làm giảm bớt tình trạng nhập viện của các bệnh nói trên. Bên cạnh đó chúng ta cần chuẩn bị đầy đủ thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị, con người đảm bảo tốt trong việc cấp cứu bệnh nhân.

- Sốt xuất huyết nhập viện đều trong năm và tăng cao nhất trong quý 3 do đó chúng ta tăng cường công tác truyền thông, vệ sinh, dọn dẹp môi trường, phun thuốc diệt muỗi những nơi có bệnh tránh để bệnh lan rộng thành dịch khó kiểm soát.

- Quản lý tốt bệnh nhân đái tháo đường, chế hạn các biến chứng như hạ đường huyết, suy thận mạn, bệnh mạch vành...

- Phối hợp chặt chẽ giữa các khoa lâm sàng với nhau trong công việc khám và điều trị bệnh nhân, phát hiện kịp thời các trường hợp nặng để xử trí cho chính xác, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ X (ICD- 10)

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH BỆNH CUSHING TẠI KHOA NỘI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI

BS. Nguyễn Văn Phúc

ĐD. Nguyễn Thị Thủy

ĐD. Trần Trọng Yên

A. MỞ ĐẦU

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.

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.

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,
- Hạ đường huyết.

– 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 đường huyết. 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

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 tiền sử điều trị thuốc trước đây.

B. 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, TTYT H Chợ Mới trong quý 3/ 2018

Dân số nghiên cứu:

Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Cushing do thuốc và điều trị tại khoa Nội, TTYTH Chợ Mới từ tháng 7/2018 đến hết tháng 9/ 2018.

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 TTYT H Chợ Mới

4.Cỡ mẫu:

Tất cả bệnh Cushing do thuốc được chẩn đoán và điều trị tại Khoa nội TTYT H Chợ Mới trong quý 3 năm 2018.

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

roi 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 exel

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

C. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua quá trình nghiên cứu 38 bệnh nhân Cushing được chẩn đoán và điều trị tại Khoa nội Trung Tâm Y Tế Huyện Chợ Mới từ tháng 7/2018 đến 10 /2018 chúng tôi thu thập được kết quả như sau:

1. Nhóm tuổi : Từ 47 đến 88 tuổi, trung bình: 64 tuổi.

2. Giới tính: Nam: 3 ca, chiếm: 8%

Nữ: 35 ca, chiếm: 92 %.

3. Tỷ lệ bệnh Cushing :

Bệnh nhập Khoa nội	Số lượng	Tỷ lệ(%)
BN được chẩn đoán Cushing	51	5.2
BN có xét nghiệm cortisol	38	3,85
Tổng số nhập	985	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán Cushing tại khoa Nội trong thời gian nghiên cứu là 5,2% tổng số bệnh nhân được nhập viện điều trị tại khoa.

4. Tỷ lệ Bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận mạn bằng xét nghiệm định lượng Cortisol máu trong tổng 38 bệnh nhân đồng ý tham gia xét nghiệm.

Cortisol	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Cortisol bình thường	21	55
Cortisol bất thường	17	45
Tổng	38	100

Suy thượng thận mạn/ Cushing chiếm tỷ lệ 45 %.

Nhận xét:

– Cortisol bình thường buổi sáng từ : 5-20mcg/dl hoặc 138 – 690nmol/l sáng. Nếu dưới 5mcg / dl thì chẩn đoán là suy thượng thận. – Nếu cortisol sáng > 20mcg / dl thì loại bỏ suy thượng thận. Trong số 38 bệnh nhân được chẩn đoán cushing về lâm sàng tuy nhiên chỉ có 17cas có cortisol < 5mcg%. Điều này không nói lên được là Bác sỹ ta khám không chính xác mà do nhiều yếu tố ảnh hưởng. Thứ nhất bệnh nhân đã sử dụng corticoide trước đó. Thứ hai bệnh nhân trong giai đoạn giả cushing. Thứ ba có thể

nhằm với một số cơ địa như Lupus ban đỏ, người cường phó giao cảm, bệnh lý dạ dày...

5. Khảo sát sử dụng thuốc :

Sử dụng thuốc	Số lượng	Tỷ lệ(%)
TS dùng thuốc theo đơn	0	0
TS dùng thuốc không kê đơn	35	92
Không rõ TS sử dụng thuốc	3	8

Sử dụng thuốc không theo kê đơn chiếm tỷ lệ 92 %.

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.

6. Khảo sát tiền sử bệnh lý:

Tiền sử bệnh	Tần suất	Tỷ lệ(%)
Dị ứng	1	2
Cơ xương khớp	34	90
Hô hấp có khó khè	3	8

Sử dụng Corticoide cho bệnh nhân Cơ xương khớp chiếm tỷ lệ 90 %.

Nhận xét:

Bệnh nhân Cơ xương khớp mạn do không có kiến thức về y học 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.

D. BÀN LUẬN& GHI NHẬN

Trong 38 ca được khảo sát nhập viện tại Khoa nội, bệnh nhân Cơ xương khớp mạn chiếm tỷ lệ 90 %. Phần lớn bệnh nhân này sử dụng thuốc không theo kê đơn tỷ lệ 92%. Điều này cho thấy công tác giáo dục truyền thông về sức khỏe chưa tốt, ý thức người dân chưa cao.

Có mối liên quan giữa các bệnh cơ xương khớp mạn và bệnh cushing do thuốc(bệnh nhân Cơ xương khớp mạn chiếm tỷ lệ 90 %

Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận bệnh cushing do thuốc có liên quan đến giới tính(Nữ chiếm 92%).

Truyền thông giáo dục sức khỏe cần tăng cường tuyên truyền về tác dụng của corticoide cũng như khuyến cáo người dân sử dụng thuốc theo kê đơn của bác sỹ.

E. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh Cushing điều trị tại Khoa nội TTYTH Chợ Mới là 5,2%.
- Tỷ lệ bệnh suy thượng thận mạn trên bệnh nhân cushing có xét nghiệm cortisol 45% .
- Yếu tố tiền sử bệnh nhân được điều trị trước đó được ghi nhận là bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao và dị ứng, hô hấp có khó khè chiếm tỷ lệ thấp.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI NĂM 2018

Cao Phát Nhân, Lâm Quốc Tuấn, Trịnh Bảo Ngọc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là nhóm thuốc quan trọng trên lâm sàng với vai trò là giải pháp hữu ích nhất để điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn. Trước tình hình vi khuẩn đề kháng đối với các kháng sinh hiện có ngày càng gia tăng và trở thành mối quan ngại của toàn cầu thì các nghiên cứu khoa học liên quan đến kháng sinh luôn là hướng nghiên cứu có ý nghĩa thiết thực.

Chợ Mới là 1 huyện cù lao nằm giữa sông Tiền và sông Hậu, dân số là 345.506 người năm 2013. Do đó Trung tâm y tế huyện Chợ Mới hàng ngày tiếp nhận khám và điều trị một lượng bệnh ngoại trú khá lớn (800-1200 lượt/ngày). Với số lượng bệnh nhân đông đảo, công tác kê đơn ngoại trú đóng vai trò rất quan trọng trong hoạt động sử dụng thuốc tại bệnh viện. Vì vậy, đánh giá việc sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại TTYT huyện CM là điều rất cần thiết.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành đề tài “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại TTYT huyện Chợ Mới”

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát tình hình kê đơn kháng sinh trong điều trị ngoại trú
2. Khảo sát tính hợp lý về liều dùng của kháng sinh so với Dược thư quốc gia Việt Nam
3. Khảo sát về tương tác thuốc giữa kháng sinh và các thuốc khác

II. TỔNG QUAN

Để đánh giá việc sử dụng kháng sinh, cần xây dựng bộ công cụ đánh giá dựa vào các tài liệu về thuốc và các hướng dẫn điều trị. Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu trong nước vẫn chủ yếu dừng ở mức khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh tại các tuyến bệnh viện khác nhau, rất ít nghiên cứu đánh giá việc sử dụng kháng sinh. Các kết quả khảo sát cho thấy beta-lactam và aminoglycosid là hai nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong bệnh viện. 1 khảo sát ở bệnh viện Bạch Mai cho thấy kháng sinh nhóm beta lactam được sử dụng phổ biến nhất, trong số đó chủ yếu là các Cephalosporin thế hệ 3

Chế độ liều kháng sinh không thống nhất giữa các bệnh viện, không căn cứ vào đặc tính dược động học của thuốc. Hiện tượng lạm dụng kháng sinh phổ rộng, phối hợp kháng sinh và chưa quan tâm đúng mức đến định hướng vi khuẩn gây bệnh khá phổ biến trong điều trị.

Bộ môn Dược lâm sàng, trường Đại học Dược Hà Nội cũng đã phối hợp với một số bệnh viện để tiến hành các khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh và cho một số kết quả chính:

- Còn tồn tại một tỷ lệ khá cao các kháng sinh được lựa chọn không phù hợp với vi khuẩn gây bệnh, không quan tâm đến kết quả kháng sinh đồ.
- Liều lượng thuốc không đúng, đặc biệt là hiện tượng kê đơn chẵn ống mà không quan tâm đến cân nặng của bệnh nhân, kê đơn không cá thể hóa liều dùng theo chức năng gan thận của bệnh nhân.

- Nhịp đưa thuốc không đúng, phần lớn kê đơn kháng sinh sử dụng hai lần sáng/chiều mà không quan tâm đến đặc tính dược động học của thuốc.
- Với một số kháng sinh có phạm vi điều trị hẹp, độc tính cao, việc theo dõi giám sát sử dụng thuốc chưa được lưu ý đúng mức

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1 . Đối tượng nghiên cứu:

- Dân số mục tiêu: Tất cả đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân tại TTYT huyện CM năm 2018.
- Dân số chọn mẫu: Tất cả đơn thuốc ngoại trú có sử dụng kháng sinh của bệnh nhân có BHYT tại TTYT huyện CM từ 27/08 đến 31/08/2018. Mỗi ngày lấy ngẫu nhiên 80 đơn cho đến khi đủ mẫu.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả đơn thuốc ngoại trú có sử dụng kháng sinh của bệnh nhân trên 12 tuổi có BHYT từ 27/08 đến 31/08/2018 đã điều trị tại khoa khám bệnh
- Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc của bệnh nhân <12 tuổi, đơn thuốc không phải của TTYTHCM, đơn thuốc của TTYTHCM nhưng không lãnh, đơn thuốc không có kháng sinh, đơn thuốc Đông y

3.2. Cỡ mẫu: 400

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

N: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có

P: tỉ lệ bệnh nhân được lấy mẫu 50% (P=0.5)

d: khoảng sai lệch giữa tỉ lệ từ mẫu và tỉ lệ thật của quần thể, chọn C=5% (0.05)

α : mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha=0.05$, khi đó $Z= 1.96$ tương ứng với độ tin cậy là 95%

Thay các giá trị trên vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu $N=384$

3.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

3.4. Thu thập số liệu

2.4.1. Phương pháp thu thập số liệu:

Lấy đơn thuốc ghi đầy đủ các thông tin theo mẫu thu thập số liệu

2.4.2. Công cụ thu thập số liệu

Mẫu thu thập số liệu: *Phiếu tóm tắt đơn thuốc ngoại trú*

2.4.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích trên phần mềm MS. Excel 2010

2.4.4. Các chỉ tiêu khảo sát và đánh giá

- Tỉ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh theo chẩn đoán
- Đánh giá sự phù hợp về liều dùng so với Dược thư quốc gia VN
- Đánh giá về tương tác giữa kháng sinh và các thuốc khác

STT	Tiêu chí	Tài liệu tham khảo để đánh giá
1	Liều dùng (PL1)	- Dược thư QGVN
2	Tương tác thuốc	- Medscape.com - Drugs.com

*Cách thức đánh giá

STT	Tiêu chí	Cách đánh giá
1	Liều dùng	☐ Phù hợp khuyến cáo ☐ Cao hơn khuyến cáo ☐ Thấp hơn khuyến cáo
2	Tương tác thuốc	☐ Có ☐ Không

Đối với tiêu chí Tương tác thuốc, 1 đơn thuốc được đánh giá là có tương tác thuốc khi cho kết quả tương tác thuốc là Serious (tương tác nghiêm trọng) trên Medscape.com hoặc Major (tương tác chính) trên Drugs.com.

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát tình hình kê đơn kháng sinh trong điều trị ngoại trú

Bảng 1. Tỷ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh

STT	Nhóm kháng sinh	n	%
1	Amoxicillin + acid clavulanic	142	35.50
2	Cephalosporin thế hệ 1	89	22.25
3	Cephalosporin thế hệ 2	140	35.00
4	Cephalosporin thế hệ 3	2	0.50
5	Macrolid	6	1.50
6	Quinolon	21	5.25
	Tổng	400	100

- Việc sử dụng Beta-lactam bao gồm Penicillin kết hợp chất ức chế beta lactamase và Cephalosporin thế hệ 2 trong điều trị với tần suất cao hơn các kháng sinh khác (Amoxicillin + ức chế beta-lactamase là 35.5%, Cephalosporin II chiếm 35%). không giống với 1 nghiên cứu ở bệnh viện Bạch Mai năm 2013, Cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng nhiều nhất có thể do sự khác nhau trong cơ cấu bệnh tật, đối tượng người bệnh, mức độ bệnh cũng như thói quen kê đơn của bác sĩ [4][5]

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh nhóm Penicillin + chất ức chế beta lactamase (Amoxicillin + acid clavulanic) theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm trùng hô hấp trên	100	70.4
2	Nhiễm trùng hô hấp dưới	29	20.4
3	Nhiễm khuẩn tiết niệu	3	2.1
4	Nhiễm khuẩn da	1	0.7
5	Nhiễm khuẩn mắt	4	2.8
6	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	1	0.7
7	Nhiễm khuẩn răng hàm	3	2.1
8	Hen phế quản	1	0.7
	Tổng	142	100.0

Trong nhóm các đơn thuốc được chỉ định dùng Amoxicillin + acid clavulanic, có đến 70.4% là NK hô hấp trên và 20.4% là NK hô hấp dưới. Điều này là phù hợp với phổ kháng khuẩn của nhóm kháng sinh Penicillin + chất ức chế beta lactamase

Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1 theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm trùng hô hấp dưới	22	24.7
2	Nhiễm trùng hô hấp trên	10	11.2
3	Nhiễm khuẩn da	21	23.6
4	Nhiễm khuẩn mắt	21	23.6
5	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	13	14.6
6	Hen phế quản	2	2.2
	Tổng	89	100.0

Nhóm Cephalosporin thế hệ 1 được sử dụng nhiều nhất trong NT hô hấp dưới (24.7%); NK da và mắt cũng được kê đơn khá phổ biến, chiếm tỉ lệ 23.6%; chiếm tỉ lệ thấp nhất là hen phế quản (2.2%)

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 2 theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm trùng hô hấp dưới	80	57.14
2	Nhiễm trùng hô hấp trên	24	17.14
3	Nhiễm khuẩn da	2	1.43
4	Nhiễm khuẩn mắt	1	0.71
5	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	13	9.29
6	Nhiễm khuẩn răng hàm	13	9.29
7	Nhiễm khuẩn sản khoa	2	1.43
8	Nhiễm khuẩn xương khớp	1	0.71
9	Hen phế quản	2	1.43
10	Viêm nướu, viêm loét miệng	2	1.43
	Tổng	140	100

- Các cephalosporin thế hệ 2 có hoạt tính mạnh hơn trên vi khuẩn Gram-âm so với thế hệ 1 (nhưng yếu hơn nhiều so với thế hệ 3). Trong khảo sát, NT hô hấp dưới được chỉ định nhiều nhất (57.6%), kế đến là NT hô hấp trên (17.3%), thấp nhất là NK mắt và NK xương khớp

Bảng 5. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm trùng hô hấp dưới	1	50
2	Nhiễm khuẩn tiêu hóa	1	50
	Tổng	2	100

Các cephalosporin thế hệ 3 nói chung có hoạt tính kém hơn thế hệ 1 trên cầu khuẩn Gram-dương, nhưng có hoạt tính mạnh trên vi khuẩn họ Enterobacteriaceae [1]. Nhóm này được sử dụng khá ít, chỉ 2/400 trường hợp, chiếm tỉ lệ thấp 0.5 %, chỉ trong NK hô hấp dưới và NK tiêu hóa. Điều này tương đối phù hợp với phổ tác dụng của Cepha III

Bảng 6. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh nhóm Macrolid theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm trùng hô hấp trên	1	16.7
2	Nhiễm khuẩn da	5	83.3
	Tổng	6	100.0

KS nhóm Macrolid được chỉ định chủ yếu trong NK da (83.3%), còn lại là NK hô hấp dưới. Đây là KS có phổ kháng khuẩn hẹp, chủ yếu tập trung vào một số chủng vi khuẩn Gram-dương (liên cầu, tụ cầu, *Clostridium perfringens*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Listeria monocytogenes*) và một số VK không điển hình [1]. Do đó việc sử dụng nhóm này chủ yếu trong NT da (83.3%) và NK hô hấp trên (16.7%) là phù hợp.

Bảng 7. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh nhóm Quinolon theo chẩn đoán

STT	Chẩn đoán	n	%
1	Nhiễm khuẩn tiết niệu	15	71.4
2	Nhiễm khuẩn da	3	14.3
3	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	3	14.3
	Tổng	21	100.0

KS nhóm Quinolon (Ciprofloxacin) có phổ kháng khuẩn mở rộng hơn loại 1 trên các VK gây bệnh không điển hình. Ciprofloxacin còn có tác dụng trên *P. aeruginosa*. Không có tác dụng trên phế cầu và trên các VK Gram-dương [1]. Do đó, nhóm này được chỉ định trong hầu hết các trường hợp NT tiết niệu (71.4%) là hợp lý. Tuy nhiên, Ciprofloxacin ít có tác dụng trên cầu khuẩn Gr (+) như tụ cầu vàng gây các bệnh nhiễm trùng da. Việc chỉ định Ciprofloxacin trong trường hợp này cần xem xét lại.

4.2. Khảo sát tính hợp lý về liều dùng của kháng sinh so với Dược thư quốc gia VN

Bảng 8. Đánh giá liều dùng của các kháng sinh theo Dược thư Quốc gia Việt Nam 2009

STT	Thuốc	Phù hợp	Thấp hơn khuyến cáo	Cao hơn khuyến cáo	Tổng
1	Amoxicilin/clavulanat	38	104	0	142
2	Cephalexin	27	0	0	27
3	Cefadroxil	62	0	0	62
4	Cefuroxim	118	0	22	140
5	Cefixim	2	0	0	2
6	Azithromycin	6	0	0	6
7	Ciprofloxacin	21	0	0	21
	Tổng	274	104	22	400
	Tỷ lệ %	68.50%	26.00%	5.50%	100%

Bảng 8.1. Các trường hợp liều dùng không phù hợp (cao/ thấp hơn) so với Dược thư Quốc gia Việt Nam 2009

STT	Trường hợp liều dùng không phù hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Tổng liều Cefuroxim chỉ định trong NT hô hấp trên (viêm họng, viêm amidan, viêm xoang hàm, viêm tai giữa) 1000mg/ ngày cao hơn khuyến cáo (500mg/ngày)	22	17.46
2	Tổng liều Amoxicillin + acid clavulanic dùng trong NT hô hấp (1000mg+250mg /ngày chia 2 lần) thấp hơn khuyến cáo (1500mg+ 375mg/ngày chia 3 lần)	104	82.54
	Tổng cộng	126	100

Có 22 đơn thuốc sử dụng liều cao hơn khuyến cáo chiếm tỉ lệ 6%. Số đơn thuốc có liều dùng thấp hơn khuyến cáo là 104 đơn, chiếm 26%

- Liều thấp Amox+acid clavulanic (1000+250mg chia 2 lần/ ngày thay vì 1500+375mg chia 3 lần /ngày) là chưa phù hợp do nhóm này có PAE (tác dụng sau kháng sinh) ngắn hoặc không PAE nên việc dùng nhiều lần trong ngày là cần thiết [2]. Dùng không đủ liều làm cho thuốc không đạt đủ nồng độ trong huyết thanh để có tác dụng suốt 24h, dẫn đến không có hiệu quả điều trị, kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân và làm tăng nguy cơ kháng thuốc.

- Liều cao hơn khuyến cáo (1000mg/ ngày thay vì 500mg/ngày) là không cần thiết, làm tăng chi phí điều trị do đây là kháng sinh phụ thuộc thời gian, tác dụng diệt khuẩn không tăng theo nồng độ trong máu.

4.3. Khảo sát về tương tác thuốc giữa kháng sinh và các thuốc khác

Bảng 9. Đánh giá về tương tác giữa kháng sinh và các thuốc khác trong đơn

STT	Thuốc	Có tương tác thuốc	Không tương tác thuốc	Tổng
1	Amoxicilin/clavulanat	0	142	142
2	Cephalexin	0	27	27
3	Cefadroxil	0	62	62
4	Cefuroxim	0	140	140
5	Cefixim	0	2	2
6	Azithromycin	0	6	6
7	Ciprofloxacin	7	14	21
	Tổng	7	393	400
	Tỉ lệ %	1.75%	98.25%	100%

Bảng 9.1. Các trường hợp tương tác thuốc

ST T	Thuốc 1 (Kháng sinh)	Thuốc 2 (tương tác với kháng sinh)	Hậu quả	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Ciprofloxacin	Al(OH) ₃ (Mylenfa, Trimafort)	Al(OH) ₃ làm giảm nồng độ Ciprofloxacin do ức chế hấp thu ở ruột (mức độ serious trên medscape.com)	3	42.86
2	Ciprofloxacin	Corticoid	Tăng nguy cơ viêm gân, đứt gân (Mức độ Major trên drugs.com)	3	42.86
3	Ciprofloxacin	Tramadol	Tăng nguy cơ co giật (Mức độ Major trên drugs.com)	1	14.29
	Tổng			7	100

Trong 400 đơn thuốc được đánh giá tương tác thuốc, 7 đơn có tương tác thuốc mức độ nghiêm trọng, chiếm tỉ lệ 1.75% và chỉ xảy ra ở KS nhóm Quinolon (Ciprofloxacin), trong đó tương tác với thuốc kháng acid và corticoid chiếm tỉ lệ cao nhất 42.86%. Tuy số lượng tương tác không nhiều nhưng đây là những tương tác quan trọng. Ngày 1/8/2016 FDA cũng đã cảnh báo về những tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, có thể không hồi phục trên gân, cơ, khớp, dây thần kinh. Do đó, những tương tác này làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn trên, nếu sử dụng đơn thuốc kéo dài có thể xảy ra những hậu quả bất lợi cho sức khỏe và tính mạng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát cho thấy Nhóm Beta-lactam bao gồm Penicillin kết hợp chất ức chế beta lactamase và Cephalosporin thế hệ 2 được sử dụng trong điều trị với tần suất cao hơn các kháng sinh khác, chiếm tỉ lệ lần lượt là 35.5% và 35%, trong đó:

- + Nhóm Amox + acid clavulanic được sử dụng nhiều nhất trong nhiễm khuẩn hô hấp trên (70.4%), thấp nhất là NK da, NK ngoại khoa và hen phế quản (0.7%)

- + Cephalosporin thế hệ 1 và Cephalosporin thế hệ 2 được sử dụng nhiều nhất trong nhiễm khuẩn hô hấp dưới, tỉ lệ lần lượt là 24.7% và 57.14%.

- + Cephalosporin thế hệ 3 được sử dụng trong NK hô hấp dưới và NK tiêu hóa.

- + Kháng sinh nhóm Macrolid được chỉ định chủ yếu trong nhiễm khuẩn da (83.3%)

- + Nhóm quinolon được chỉ định nhiều nhất trong NT đường tiết niệu (71.4%)

Số đơn thuốc có liều dùng thấp hơn Dược thư quốc gia VN chiếm 26%. . Số đơn thuốc có liều dùng cao hơn Dược thư là 5.5%.

Tỉ lệ tương tác giữ kháng sinh và các thuốc khác trong đơn là 1.75%. Thuốc tương tác là KS nhóm Quinolon và tương tác nhiều nhất là với thuốc kháng acid và corticoid.

VI. KIẾN NGHỊ

Trung tâm thường xuyên tổ chức và duy trì sinh hoạt chuyên đề, bình bệnh án và tăng cường việc giám sát sử dụng thuốc tại các khoa lâm sàng để giúp thầy thuốc trong việc kê đơn thuốc đảm bảo an toàn, hợp lý, đạt hiệu quả

Tổ dược lâm sàng cần cung cấp các cặp tương tác thuốc thường gặp trong đơn. Thông tin đầy đủ và kịp thời những vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc cho bác sỹ kê đơn khi có yêu cầu. Thầy thuốc cần chú ý những cặp tương tác thường xảy ra để không dùng chung hoặc có thể sử dụng cách xa nhau để tránh tương tác thuốc.

Thông tin từ nghiên cứu này có thể sử dụng để so sánh với các phác đồ điều trị hiện có của bệnh viện, so sánh với các nghiên cứu tại các bệnh viện khác để bệnh viện có căn cứ thực hiện các biện pháp can thiệp để nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh. Các nghiên cứu tiếp theo có thể dựa vào kết quả của nghiên cứu này, tập trung vào những trường hợp chẩn đoán có sự lựa chọn kháng sinh không giống với phác đồ để thu thập kết quả kháng sinh đồ, tiền sử bệnh và chẩn đoán để có thể phân tích sâu hơn, từ đó có thể xác định những điều chưa phù hợp trong sử dụng kháng sinh tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh BYT 2015
2. Hoàng Minh Vũ (2013) Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới tại khoa nội bệnh viện đa khoa huyện Định Hóa
3. Bộ Y tế, Dược thư quốc gia năm 2009
4. Trần Nhân Thắng, Phân tích tình hình kê đơn kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học thực hành số 08-2013*
5. Hoàng Thy Nhạc Vũ, Khảo sát tình hình chỉ định kháng sinh trong điều trị ngoại trú cho người bệnh có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Phổi tỉnh Đồng Nai. *Tạp chí Y Học Thực Hành số 12-2016, tập 1030(12), trang 165-1*

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN GÂY BỆNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI

*CN. Mai Thị Ngọc Lang
KTV. Bùi Nguyễn Thùy Lam*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề kháng sinh đã mang tính toàn cầu và đặc biệt ở các nước đang phát triển với gánh nặng của các bệnh nhiễm khuẩn và những chi phí bắt buộc cho việc thay thế các kháng sinh cũ bằng kháng sinh mới.

Sự phát triển đề kháng kháng sinh của vi khuẩn

- Trước sự tấn công của vi khuẩn, loài người cũng đã thành công trong việc tìm ra vũ khí chống lại chúng. Antibiotic (tiếng Hilap) câu từ “Anti” có nghĩa “đổi lại” và “biotic” có nghĩa là “sống”, “cuộc sống”. Anti biotic có thể được coi là những chất ngay ở nồng độ thấp đã có khả năng ức chế hoặc tiêu diệt vi khuẩn một cách đặc hiệu bằng cách gây rối loạn phản ứng sinh học ở tầm phân tử. Trong tự nhiên nhiều loại kháng sinh do các loài vi khuẩn và vi nấm tạo ra. Kháng sinh được phân loại theo các cách khác nhau như dựa vào cấu tạo hóa học, dựa vào cơ chế tác động, dựa vào phổ tác dụng đối với vi khuẩn. Nhờ sự tạo ra đời của kháng sinh mỗi năm trên thế giới có hàng chục triệu người mắc các bệnh nhiễm khuẩn được chữa khỏi và cứu sống. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp mặc dù dùng kháng sinh điều trị nhưng tình trạng nhiễm khuẩn vẫn không được cải thiện, vi khuẩn vẫn tồn và phát triển, người ta gọi là đề kháng kháng sinh.

- Thuốc kháng sinh được coi là một giải pháp cho loài người trong điều trị các bệnh do nhiễm khuẩn nhờ đó thuốc kháng sinh mà chúng ta có thể kiểm soát được nhiều dịch bệnh. Tuy nhiên, hiện nay con người đang sử dụng kháng sinh chưa thật hợp lý chính điều này đang dẫn nhanh tới tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn.

- Ở Việt Nam tình trạng kháng kháng sinh đã ở mức độ cao, việc sử dụng kháng sinh không hợp lý làm gia tăng tính kháng thuốc của vi khuẩn. Việc xác định đúng căn nguyên vi khuẩn gây bệnh và cơ chế kháng sinh của chúng là cần thiết giúp các thầy thuốc lựa chọn kháng sinh hợp lý và có hiệu quả. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: “Khảo sát sự kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới từ 06/2017-10/2018”.

2. MỤC TIÊU

Xác định tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại TTYT Chợ Mới.

3. ĐỐI TƯỢNG

Tất cả các loại vi khuẩn phân lập được từ mẫu bệnh phẩm: mũi, máu, nước tiểu, ...

- Tiêu chí chọn mẫu: các loại vi khuẩn gây bệnh
- Tiêu chí loại trừ: các loại vi khuẩn không gây bệnh.

4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Mô tả cắt ngang

5. PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

- Môi trường BA, MC,SS,MHA,...
- Hóa chất, đĩa kháng sinh (Nam khoa), chuẩn kháng sinh theo nhà sản xuất.

- Phương pháp khuếch tán kháng sinh trong thạch (Bkirby – Bauer).

Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn với 3 mức : nhạy (S), trung gian (I), kháng (S).

6. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Cung cấp thông tin giúp cho hội đồng thuốc và các khoa lâm sàng đưa ra khuyến cáo trong việc sử dụng kháng sinh hợp lý.

Bảng 1: Tỷ lệ cấy dương tính của từng loại bệnh phẩm , tổng số 82 mẫu gồm : máu , nước tiểu, mủ.

Bệnh phẩm	Tổng số	Số mẫu(+)	Tỷ lệ % (+)
Cấy máu	15	3	20%
Nước tiểu	12	8	67%
Mủ	55	55	100%

- Theo báo cáo Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2016 mẫu cấy máu dương tính khoảng 5% .

Bảng 2: Tỷ lệ Staphylococci kháng kháng sinh

Tên kháng sinh	Số mẫu	Tỷ lệ % kháng kháng sinh
Ceftriaxone	2/20	10
Ceftazidin	3/20	15
Cefaclor	3/20	15
Cefotaxin	2/20	10
Cephalexin	5/20	25
Cefuroxime	5/20	25
Azithromycin	6/20	30
Ciprofloxacin	3/20	15
Amoxicillin	5/20	25
Erythromycin	7/20	35
Clindamycin	10/20	50
Vancomycin	5/20	25

Nhận xét : Vi khuẩn Staphylococci Spp đề kháng với kháng sinh Clindamycin với tỷ lệ 50%, Erythromycin 35%.

Bảng 3: Tỷ lệ Enterococci kháng kháng sinh

Tên kháng sinh	Số mẫu	Tỷ lệ % kháng kháng sinh
Ciprofloxacin	4/18	22
Azithromycin	6/18	33
Cephalexin	4/18	22
Cefuroxime	6/18	33
Cefotaxin	2/18	11

Ceftriaxone	2/18	11
Ceftazidin	3/18	17
Amoxicillin	4/18	22
Erythromycin	12/18	67
Clindamycin	11/18	61
Vancomycin	8/18	44

Nhận xét : Vi khuẩn Enterococci đề kháng kháng sinh Erythromycin 67%,Clindamycin 61%.

Bảng 4: Tỷ lệ Streptococci kháng kháng sinh

Tên kháng sinh	Số mẫu	Tỷ lệ % kháng kháng sinh
Azithromycin	4/11	36
Cephalexin	4/11	36
Cefuroxime	4/11	36
Cefotaxin	3/11	27
Ceftriaxone	2/11	18
Ceftazidin	2/11	18
Amoxicillin	4/11	36
Erythromycin	5/11	45
Clindamycin	7/11	64
Vancomycin	5/11	45

Nhận xét : Vi khuẩn Streptococci đề kháng kháng sinh Clindamycin với tỷ lệ 64%.

Bảng 5: Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột Proteus ,Providencia kháng kháng sinh

Tên kháng sinh	Số mẫu	Tỷ lệ % kháng kháng sinh
Ciprofloxacin	5/17	29
Doxicillin	8/17	47
Cephalexin	5/17	29
Cefuroxime	5/17	29
Cefotaxin	2/17	12
Ceftriaxone	2/17	12
Ceftazidin	3/17	17
Amikacin	2/17	12
Amoxicillin	3/17	17
Gentamicin	6/17	35

Nhận xét : Trực khuẩn đường ruột đề kháng kháng sinh Doxycillin với tỷ lệ 47%, Gentamicin với tỷ lệ 35%.

- Theo nghiên cứu của Phạm Hùng Vân Và Cộng sự tại 7 phòng xét nghiệm vi sinh của 7 bệnh viện tham gia nghiên cứu: Bệnh Viện Nhiệt Đới, Bệnh Viện Cần Thơ, Bệnh Viện An bình , Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương,...Cho thấy trên 235 chủng S. aureus phân lập được trong đó có 110 chủng kháng Methi cillin(MRSA) và 125 chủng nhạy methicillin(MSSA). Như vậy tỷ lệ MRSA trong các chủng vi khuẩn S. aureus nghiên cứu là 47 %.

- Theo nghiên cứu của Brooklyn N. Y từ 2001 – 2006 cho thấy tỷ lệ không nhạy cảm của *P.aeruginosa* khoảng 27 – 29% đối với cefepime, 30 – 31 % đối với imipenem, 41 – 44 % cho Ciprofloxacin.

7. KẾT LUẬN

- Vi khuẩn *Staphylococci* spp đề kháng với kháng sinh Clindamycin 50%, Erythromycin 35%.
- Vi khuẩn *Enterococci* đề kháng kháng sinh Erythromycin 67%, Clindamycin 61%.
- Vi khuẩn *Streptococci* đề kháng kháng sinh Clindamycin 64%.
- Trực khuẩn đường ruột đề kháng kháng sinh Doxycillin 47%, Gentamicin 35%.

8. KIẾN NGHỊ

- Bác sĩ trước khi sử dụng thuốc kháng sinh nên cho xét nghiệm kháng sinh đồ
- Chú ý lựa chọn sử dụng thuốc kháng sinh cho phù hợp với kết quả kháng sinh đồ.

9. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Văn Dũng năm 2009 Hướng dẫn sử dụng STATA 10.0 Bộ môn Dịch tễ khoa Y tế công cộng , Trường đại học y dược Thành Phố Hồ chí Minh.
2. Nguyễn Thị Nam Liên năm 2010 “ Giám sát sự kháng kháng sinh của các vi khuẩn đa kháng thuốc tại Bệnh viện Trung Ương Huế “. Tạp chí Y Học Lâm Sàng, nhà xuất bản Đại Học Huế, trang 14-18.
3. Nguyễn Trung Bình năm 2015 “ Báo cáo tình hình đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được ”, Bệnh Viện đa khoa trung tâm An Giang.