

ISSN 0868 - 2836

Tạp chí

Y HỌC DỰ PHÒNG

Vietnam Journal of Preventive Medicine

SỐ ĐẶC BIỆT

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC Y HỌC DỰ PHÒNG TOÀN QUỐC
NĂM 2025**

HỘI Y HỌC DỰ PHÒNG VIỆT NAM XUẤT BẢN

TẠP CHÍ Y HỌC DỰ PHÒNG

VIETNAM JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE

Tập 35, Số 6 Phụ bản - 2025

BAN BIÊN TẬP

Trần Đắc Phu
Lương Mai Anh
Nguyễn Thị Lan Anh
Hoàng Đình Cảnh
Viên Chinh Chiến
Đặng Văn Chính
Nguyễn Thành Đông
Hoàng Minh Đức
Phùng Trí Dũng
Đỗ Văn Dũng
Nguyễn Thị Thùy Dương
Phan Hường Dương
Trần Như Dương
Trần Thanh Dương
Lê Minh Giang
Hoàng Thị Thu Hà

Nguyễn Khắc Hải
Lê Thanh Hải
Nguyễn Lê Khánh Hằng
Nguyễn Đăng Hiền
Trần Huy Hoàng
Dương Thị Hồng
Phạm Ngọc Hùng
Đỗ Thái Hùng
Phạm Văn Hùng
Phan Thị Thu Hương
Trần Quang Huy
Phạm Minh Khuê
Phan Trọng Lân
Lê Thị Phương Mai
Trương Tuyết Mai
Vũ Sinh Nam
Hoàng Vũ Mai Phương

Lã Ngọc Quang
Phạm Duy Quang
Huỳnh Hồng Quang
Phạm Quang Thái
Dương Hữu Thái
Phạm Hồng Thắng
Vũ Đình Thiêm
Nguyễn Thị Thi Thơ
Nguyễn Vũ Thượng
Ngô Văn Toàn
Nguyễn Vân Trang
Nguyễn Vũ Trung
Lê Anh Tuấn
Nguyễn Anh Tuấn
Vũ Phong Túc
Lay - Myint Yoshida

HỘI ĐỒNG TƯ VẤN

Chủ tịch:

Phạm Ngọc Đỉnh

Các uỷ viên:

Phùng Đắc Cam
Nguyễn Anh Dũng
Trương Việt Dũng
Đặng Tuấn Đạt
Đỗ Tuấn Đạt
Hoàng Đức Hạnh
Đoàn Huy Hậu
Nguyễn Huy Nga
Lê Danh Tuyên
Nguyễn Thu Văn

BAN THƯ KÝ

Trưởng Ban

Nguyễn Thị Lan Anh

Thư ký Khoa học

Trần Văn Đình
Vũ Hải Hà
Tống Thị Hà
Nguyễn Hải Tuấn
Nguyễn Tự Quyết

Thư ký Toà soạn

Đỗ Thị Thắm
Hoàng Thị Vinh

BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ SỐ ĐẶC BIỆT
HỘI NGHỊ KHOA HỌC Y HỌC DỰ PHÒNG TOÀN QUỐC NĂM 2025

BAN BIÊN TẬP

Phan Trọng Lâm - Trưởng ban
Vũ Sinh Nam – Phó Trưởng ban
Trần Đắc Phu - Phó Trưởng ban
Nguyễn Vũ Trung - Ủy viên
Đỗ Thái Hùng - Ủy viên
Viên Chinh Chiến - Ủy viên
Trần Như Dương – Ủy viên
Dương Thị Hồng - Ủy viên
Nguyễn Lương Tâm – Ủy viên
Lê Thanh Hải – Ủy viên
Trần Thanh Dương – Ủy viên
Hoàng Đình Cảnh – Ủy viên
Nguyễn Thành Đông – Ủy viên
Nguyễn Thị Thùy Dương – Ủy viên
Nguyễn Thị Lan Anh – Ủy viên
Nguyễn Thị Thi Thơ – Ủy viên

BAN THƯ KÝ

Lê Anh Tuấn – Trưởng ban
Ngũ Duy Nghĩa – Ủy viên
Phạm Duy Quang – Ủy viên
Nguyễn Hải Tuấn - Ủy viên
Vũ Hải Hà – Ủy viên
Tống Thị Hà – Ủy viên
Trần Văn Đình – Ủy viên
Trần Thị Nguyễn Hòa - Ủy viên
Đỗ Phương Loan - Ủy viên
Nguyễn Tự Quyết – Ủy viên
Đỗ Thị Thắm – Ủy viên
Hoàng Thị Vinh – Ủy viên
Vũ Huyền Trang – Ủy viên
Nguyễn Thành Công – Ủy viên

TRỤ SỞ TÒA SOẠN

Số 1 Yersin, Phường Hai Bà Trưng, Hà Nội
Điện thoại: 0243.972.3938
Email: tapchihdp@vjpm.vn
Website: vjpm.vn

In 150 cuốn khổ 19 x 26,5cm tại Công ty TNHH In Thanh Bình.
Giấy phép hoạt động tạp chí in và điện tử: 263/GP-BTTTT cấp ngày 17/9/2024
In xong và nộp lưu chiểu tháng 9/2025

HỘI Y HỌC DỰ PHÒNG VIỆT NAM

Tạp chí Y học dự phòng

Tập 35, số 6 Phụ bản - 2025

Diễn đàn khoa học của Hội Y học dự phòng Việt Nam

*Tất cả các bài Tổng quan và Công trình nghiên cứu in trên Tạp chí Y học dự phòng
đã được phản biện độc lập bởi 2 nhà khoa học*

Mục lục - Contents

Trang - Page

► TỔNG QUAN - REVIEWS

- 1. Tổng quan tài liệu: Tỷ lệ hiện nhiễm HPV và sử dụng vắc-xin phòng ngừa tại Việt Nam** 13
A literature review: HPV prevalence and HPV vaccine coverage in Vietnam
Lê Quang Thủ, Trần Phúc Hậu, Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Duy Phúc, Nguyễn Vũ Thượng
- 2. Tổng quan về năng lực nghề nghiệp bác sĩ Y học dự phòng ở một số nước trên thế giới** 23
Overview of professional competencies of preventive medicine doctors in some countries around the world
Lê Thị Kim Chung, Nguyễn Thị Thu Hà, Bùi Thị Minh Hạnh, Nguyễn Hữu Thắng, Đào Xuân Đạt, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Minh Giang

► CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU - ORIGINAL PAPERS

- 3. Tỷ lệ tiền đái tháo đường, đái tháo đường chưa được chẩn đoán và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành xét nghiệm tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024** 32
Prediabetes, Undiagnosed Diabetes and related factors in adults tested at Pasteur Institute in Ho Chi Minh City in 2024
Nguyễn Minh Ngọc, Nguyễn Thị Phương Lan, Nguyễn Thị Thu Hương, Đinh Văn Thới, Nguyễn Thị Thu Thảo, Nguyễn Ngọc Minh, Võ Minh Phúc, Nguyễn Vũ Thượng
- 4. Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp của người bệnh tại tỉnh Hà Nam năm 2024** 44
Knowledge, attitudes and practices on preventing hypertension complications among patients in Hanam province in 2024
Đỗ Ngân Giang, Trần Thị Nga, Vũ An Khánh, Tường Vũ Duy Hùng
- 5. Thái độ và một số yếu tố liên quan về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024** 54
Attitudes and related factors toward conjunctivitis prevention among mothers of children under 5 years old in Can Tho City, 2024
Huỳnh Thị Hồng Đoàn, Lê Thị Tường Vi, Nguyễn Chí Nghĩa, Lưu Thảo Uyên, Huỳnh Thái Hòa, Quách Huỳnh Long Chấn, Phan Thị Yến Nhi, Nguyễn Phương Anh, Lê Trung Hiếu

6. **Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan của học sinh trường phổ thông Dân tộc nội trú trung học phổ thông tỉnh Hòa Bình năm 2024** 63
 Situation of Stress, Anxiety, Depression some related factors among students at the Ethnic Boarding high school in Hoa Binh province, 2024
Lê Thị Khuyên, Lê Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Xuân, Trịnh Thị Hằng

7. **Ý định tiêm vắc xin HPV và một số yếu tố liên quan của người trưởng thành từ 18-45 tuổi tại phòng tiêm chủng, trường Đại học Y Hà Nội năm 2024** 71
 Intention to receive HPV vaccine in the future and some related factors among adults aged 18-45 at vaccination center, Hanoi Medical University in 2024 and related factors
Nguyễn Hữu Thắng, Nguyễn Bích Ngọc, Vũ Thế Mạnh, Cao Thị Ngọc Anh, Trần Hồng Liên, Lê Thanh Huyền

8. **Một số đặc điểm lâm sàng, dịch tễ bệnh sởi và yếu tố liên quan đến ca bệnh nặng tại Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 3/2025** 79
 Clinical and Epidemiological Characteristics of Measles and Related Factors of Severe Cases in Ho Chi Minh City, from 2024 January to 2025 March
Phan Thị Ngọc Thịnh, Nguyễn Thị Phương Thủy, Trần Thị Ái Huyền, Nguyễn Vũ Minh Thư, Nguyễn Thị Dương Huyền, Đặng Thị Xuân Dũng, Trương Thị Kim Nguyên, Lê Thị Ánh Tuyết, Phạm Thị Huệ, Nguyễn Hoài Thảo Tâm, Nguyễn Tú Anh, Phan Thị Hằng, Nguyễn Thị Trang, Cao Thị Hồng Trâm, Nguyễn Thanh Thảo, Lữ Nhất Chương, Nguyễn Phúc Tài, Mai Thanh Bửu, Lê Hồng Nga

9. **Tình trạng stress ở sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe và một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2023** 89
 Situation of Stress in health science students and related factors, Tra Vinh University in 2023
Lê Mỹ Ngọc, Nguyễn Mai Quang Vinh, Nguyễn Thị Nhật Tảo, Thạch Thị Mỹ Phương, Thạch Thị Thanh Thủy

10. **Nguy cơ suy giảm cơ (sarcopenia) và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang năm 2023** 96
 Risk of Sarcopenia among Older Adults in Tan Phu Dong District, Tien Giang Province, Vietnam, 2023, and Associated Factors
Hồ Văn Sơn, Đỗ Viết Phúc

11. **Tình trạng nhiễm giun tròn *Anisakis* spp. trên một số loài cá nước mặn tại một số tỉnh ven biển thuộc khu vực Nam Bộ năm 2024** 104
 Prevalence of *Anisakis* spp. Infection in Some Marine Fish Species in Coastal Provinces of Southern Vietnam in 2024
Đỗ Thị Phương Linh, Giang Hán Minh, Hoàng Anh, Nguyễn Huỳnh Tố Như, Ngô Thị Tuyết Thanh, Nguyễn Đức Thắng, Dương Tiểu Mai, Trần Quốc Thắng

12. **Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan của sinh viên năm thứ tư hệ Bác sĩ Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2024 – 2025** 112
 The prevalence of depression, anxiety, stress and some related factors among fourth-year medical students at Hanoi Medical University in school year 2024 - 2025
Thái Văn Huy, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Hà

13. **Thực trạng tuân thủ điều trị và thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã của ba tỉnh Bắc Kạn, Bắc Giang và Thái Bình năm 2024** 120
Treatment adherence and lifestyle behavior changes of hypertensive patients at commune health stations of Bac Kan, Bac Giang and Thai Binh provinces in 2024
Trần Văn Đình, Nguyễn Thị Thi Thơ, Khiếu Trang Ly, Tạ Ngọc Hà, Vũ Hồng Quân, Phan Thành Huy, Tạ Minh Khuê
14. **Thực trạng vấn đề sức khỏe sinh sản và một số yếu tố liên quan ở người lao động nữ tại 3 công ty sản xuất da giày tại khu vực miền Bắc Việt Nam năm 2024-2025** 131
Current Status of Reproductive Health Issues and Related Factors Among Female Workers at Three Footwear Manufacturing Companies in Northern Vietnam, 2024-2025
Vũ Xuân Trung, Nguyễn Hữu Đức Anh, Bùi Thị Ngọc Minh, Nguyễn Ngọc Anh
15. **Đặc điểm kháng đa kháng sinh của vi khuẩn gram âm phân lập từ bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Chống độc bệnh viện đa khoa Tiền Giang năm 2024** 140
Characteristics of multidrug resistance gram-negative bacteria isolated from patients in the intensive care unit of Tien Giang general hospital, 2024
Nguyễn Thành Nam, Phạm Anh Thoại
16. **Thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường lao động và bệnh bụi phổi silic ở người lao động tiếp xúc trực tiếp tại 02 nhà máy nghiền đá thạch anh ở Nghệ An và Phú Thọ năm 2024** 148
Status of silica dust pollution in the working environment and the silicosis among workers directly exposed at two quartz stone crushing plants in Nghe An and Phu Tho provinces in 2024
Lê Thanh Hải, Nguyễn Đình Trung, Nguyễn Minh Hoàng, Đào Thị Kim Phương
17. **Thực trạng trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại tỉnh An Giang năm 2023 – 2024** 159
Status of postpartum depression and some associated factors among women with children under six months of age in An Giang province, 2023 – 2024
Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân, Từ Lan Vy, Lê Long Hồ, Trần Võ Huỳnh Mai Thảo, Dương Anh Linh, Lê Hồng Thái, Nguyễn Thị Thái Thanh, Nguyễn Thị Minh Triết, Nguyễn Thúc Bích Vân
18. **Đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh đậu mùa khỉ (Mpox) tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2023 – 2024** 168
Epidemiological characteristics and some factors associated with severity of Mpox disease in Ho Chi Minh City during 2023-2024
Nguyễn Thanh Thảo, Nguyễn Hoài Thảo Tâm, Phan Thị Ngọc Thịnh, Phan Thị Hằng, Nguyễn Tú Anh
19. **Sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau tiêm đủ 2 mũi vắc xin uốn ván – bạch hầu (Td) tại huyện Ea Súp, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, và tỉnh Đắk Nông năm 2021-2022** 176
Changes of diphtheria antibody titers before and after 2 doses of tetanus-diphtheria (Td) vaccine in EaSup district, Dak Lak province and Dak Song district, Dak Nong province in 2021-2022
Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Văn Tuấn, Nguyễn Thị Tuyết Vân, Nguyễn Hoàng Quân, Trần Thị Thu, Trần Đình Sơn, Trần Lê Thiên Hương, Phạm Thị Lệ Hà, Viên Chinh Chiến

- 20. Thực trạng sức khỏe và một số yếu tố liên quan của người lao động tại Công ty 184**
đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh năm 2025
 Health status and some related factors of workers at Ha Long shipbuilding company,
 Quang Ninh province, in 2025
Ngô Thị Thu Hiền, Lê Văn Huy, Khương Văn Duy, Nguyễn Phương Anh, Ngô Thị
Hồng Nhung
- 21. Thực trạng hiểu biết thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn và 192**
một số yếu tố liên quan của người dân quận Ngũ Hành Sơn, thành phố Đà Nẵng,
năm 2025
 Status of Nutritional Label Knowledge of Packaged Foods and Related Factors
 among Residents of Ngu Hanh Son District, Da Nang city, 2025
Trần Nam Hoài Hậu, Nguyễn Thành Đạt, Nguyễn Ngọc Thương, Phạm Thị Mỹ
Quỳnh, Nguyễn Phước Khang, Vũ Thị Quỳnh Chi
- 22. Thực trạng kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan 201**
của thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại phòng khám sản bệnh viện đa khoa
Tâm Trí Đà Nẵng năm 2025
 Antenatal care knowledge, practices and related factors among third-trimester pregnant
 women at the Obstetrics Department Tam Tri Da Nang Hospital, 2025
Trần Công Huyền Trang, Phú Thị Trọng Thùy, Phạm Thị Oanh
- 23. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng và một số yếu tố liên quan đến mức độ 210**
nặng của bệnh tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2020-2024
 Epidemiological Characteristics of Hand, Foot and Mouth Disease and Some Related to
 Severity Factors Associated with Ho Chi Minh City, 2020–2024
Đặng Thị Xuân Dũng, Nguyễn Thị Phương Thủy, Trần Thị Ái Huyền, Nguyễn Hoài
Thảo Tâm, Nguyễn Tú Anh, Lê Hồng Nga
- 24. Tình hình và đặc điểm dịch tễ học của một số bệnh truyền nhiễm tại tỉnh Thái 220**
Nguyên, giai đoạn 2019-2023
 Situation and some epidemiological characteristics of selected communicable diseases
 in Thai Nguyen province during 2019–2023
Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Hằng, Hà Thị Hằng
- 25. Một số đặc điểm các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng 229**
COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2021-2023
 Some characteristics of severe adverse events following COVID-19 vaccination in Ho
 Chi Minh City during 2021-2023
Phan Thị Hằng, Nguyễn Thúy Hạnh, Nguyễn Vũ Minh Thư, Đặng Thị Xuân Dũng,
Phan Thị Ngọc Thịnh, Cao Thị Hồng Trâm, Nguyễn Thị Dương Huyền, Nguyễn Thị
Trang, Lê Hồng Nga
- 26. Thực trạng tiêm vắc xin HPV và một số yếu tố liên quan ở nữ sinh viên Trường 239**
Đại học Quốc tế Hồng Bàng năm 2024
 HPV vaccination status and some related factors among female university students at
 Hong Bang International University in 2024
Nguyễn Thị Mỹ Duyên, Phạm Ngọc Kim Ngân, Trịnh Hương Tố, Phạm Văn Hậu

27. **Thực trạng bệnh lao nghề nghiệp của nhân viên y tế tại một số bệnh viện ở Việt Nam** 247
 Status of occupational tuberculosis among healthcare workers in 6 selected hospitals in Vietnam
Lê Minh Hạnh, Lê Thanh Hải, Nguyễn Thùy Dương, Trần Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Phương Liên

28. **Thực trạng chất lượng dữ liệu sốt xuất huyết Dengue, một số yếu tố ảnh hưởng và hiệu quả can thiệp ở các cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 – 2024** 256
 Dengue Fever Data Quality, Influencing Factors, and Intervention Effectiveness in Healthcare Facilities in Ho Chi Minh City, 2023–2024
Trần Thị Ái Huyền, Tô Gia Kiên, Nguyễn Tú Anh, Nguyễn Hoài Thảo Tâm, Lê Thị Ánh Tuyết, Trương Thị Kim Nguyên

29. **Tỷ lệ, nguy cơ té ngã ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ, 2023 - 2024** 269
 Prevalence, Risk of Falls, and Associated Factors among the Elderly in Phong dien district, Can Tho City, 2023-2024
Nguyễn Lê Ngọc Giàu, Nguyễn Văn Đồi, Lê Minh Hữu

30. **Gánh nặng lao động về tinh thần và thể chất của công nhân sản xuất trực tiếp tại một nhà máy chế tạo máy biến thế tại Bắc Ninh năm 2025** 278
 Mental and Physical Workload of Workers at an Electrical Equipment Factory in Bac Ninh, 2025
Lê Thanh Hải, Nguyễn Đình Trung, Trần Văn Đại, Đào Phú Cường, Nguyễn Thị Bích Liên, Trần Trọng Hiếu

31. **Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết dengue tại khu vực Tây Nguyên, 2022 - 2024** 287
 Epidemiological characteristics of dengue hemorrhagic fever in the Central Highlands of Vietnam, 2022–2024
Viên Chinh Chiến, Trần Thị Trang, Phan Đình Thuận, Bùi Khánh Toàn, Trần Tường Vi, Nguyễn Thị Tuyết Vân

32. **Sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế và một số yếu tố ảnh hưởng của cộng đồng thiểu số tính dục (LGBTIQ+) tại Phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022-2024** 295
 Satisfaction of Healthcare Service Users and related factors among the Sexual and Gender Minority (LGBTIQ+) Community at the Sexual Health Promotion Clinic, Hanoi Medical University Hospital, 2022–2024
Đậu Sỹ Nguyên, Nguyễn Đức Khánh, Lê Bảo Châu, Bùi Thị Minh Hào

33. **Thực trạng kiến thức, thực hành phòng ngừa loét do tỳ đè (LDTĐ) và một số yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3, Trường Cao Đẳng Y tế Huế, năm 2024** 304
 Knowledge, Practice, and Related Factors for Pressure Ulcer Prevention among Third-Year Nursing Students at Hue Medical College, 2024
Phạm Thị Thùy Loan, Nguyễn Viêt Châu Quynh, Đặng Thị Trinh, Nguyễn Thị Phương Thảo

34. **Thực trạng phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại các Trạm Y tế mô hình điểm của tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024** 314
Current status of detection, management and treatment of hypertension and diabetes and some related factors at model health stations in Vinh Phuc province in 2024
Đặng Văn Hải, Trần Thị Thực, Nguyễn Hoài Lê, Đỗ Thị Châm, Đào Trường Nam, Bùi Văn Hồng
35. **Xây dựng giá trị tham chiếu nồng độ aceton nước tiểu người Việt Nam độ tuổi lao động** 326
Establishment of reference values for urinary acetone concentrations in the Vietnamese working-age population
Tạ Thị Bình, Phạm Thị Vân, Phan Thị Thúy Chinh, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Huyền, Phạm Văn Tuấn, Phùng Thị Thảo
36. **Xây dựng khoảng giá trị tham chiếu hoạt độ enzym acetylcholinesterase hồng cầu (AChE) người Việt Nam độ tuổi lao động** 336
Establishing reference values for erythrocyte cholinesterase (AChE) enzyme activity in Vietnamese working-age population
Tạ Thị Bình, Phạm Văn Tuấn, Nguyễn Văn Sơn, Lỗ Văn Tùng, Phùng Thị Thảo, Phạm Thị Hoài An, Đỗ Thùy Linh, Phạm Thị Vân, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Văn Tiềm, Nguyễn Thị Bích Thủy
37. **Năng lực số về Vắc xin Sốt xuất huyết và một số yếu tố liên quan của Sinh viên Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng năm 2024** 347
Digital literacy on dengue vaccine and related factors among students of the School of Preventive Medicine and Public Health in 2024.
Nguyễn Thị Thu Hương, Hoàng Thị Khánh Ly, Nguyễn Việt Thành, Lưu Thị Thu Kiều
38. **Đánh giá chất lượng dịch vụ điều trị Methadone tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn, Thanh Hóa năm 2024** 356
Perceptions of Service Quality Among Clients Receiving Methadone Treatment at Sam Son Health Center
Dương Thúy Anh, Hoàng Bình Yên, Nguyễn Quỳnh Mai, Lê Dương Minh Anh
39. **Thực trạng sử dụng thuốc lá và mối liên quan với một số yếu tố nhân khẩu của người dân 15 tuổi trở lên tại thị xã Bến Cát, tỉnh Bình Dương năm 2022** 365
Status of tobacco use and some related to demography factors among people aged 15 and over in Ben Cat town, Binh Duong province in 2022
Trương Thanh Yến Châu, Trần Thị Quỳnh Trang, Ngô Thị Thanh Trúc, Nguyễn Bình Phương, Trần Minh Hoàng
40. **Tỷ lệ được tư vấn xét nghiệm HIV/nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 7 tỉnh khu vực phía Nam năm 2023** 373
Prevalence of the combined sexually transmitted infection and HIV voluntary counseling and testing and some related factors among men who have sex with men in seven provinces of Southern Vietnam, 2023
Nguyễn Duy Phúc, Khưu Văn Nghĩa, Trang Nguyệt Minh, Lê Quang Thủ, Nguyễn Vũ Nhật Thành, Phạm Thị Minh Hằng, Nguyễn Vũ Trung, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Vũ Thượng

41. **Một số đặc điểm dịch tễ học các trường hợp sốt xuất huyết Dengue tử vong tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2016 – 2022** 382
Epidemiological Characteristics of Fatal Dengue Cases in Ho Chi Minh City, 2016–2022
Nguyễn Hoàng Danh, Phan Thanh Hoà , Huỳnh Thị Hồng Thu
42. **Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống bệnh than của người dân huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang, năm 2023** 393
Knowledge, attitudes, and practices regarding anthrax among residents of Meo Vac district, Ha Giang province in 2023, and some related factors
Phạm Mai Oanh, Phạm Văn Khang, Hoàng Thị Thu Hà, Lương Minh Hoà, Lương Minh Tân, Nguyễn Thị Lan Phương, Khương Thị Tâm, Nguyễn Thị Minh, Nguyễn Thị Thu Hương, Lê Hải Đăng, Trần Thị Mai Hưng, Jason K. Blackburn, Trần Như Dương, Phạm Quang Thái
43. **Tỷ lệ rối loạn lo âu theo thang Zung (SAS) và mối liên quan với thể chất khí uất ở sinh viên Y khoa Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội** 401
Prevalence of Anxiety Disorders (SAS) and Its Association with Qi-Stagnation Constitution among Medical Students at the University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi
Phan Minh Đức, Vũ Hà My, Nguyễn Thị Ngọc Huyền
44. **Thực trạng nguy cơ nghiện internet ở sinh viên và một số yếu tố liên quan tại trường Cao đẳng Y tế Huế năm 2022** 410
Internet addiction risk among students and associated factors at Hue Medical College, 2022
Phan Đức Thái Duy, Võ Ngọc Hà My, Nguyễn Minh Tú
45. **Kết quả triển khai mô hình xét nghiệm, chuyển gửi điều trị và dự phòng HIV tại phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 2019 – 2024** 418
Implementation Outcomes of HIV Testing, Treatment Referral and Linkage, and Pre-Exposure Prophylaxis Services at Sexual Health Promotion Clinic in Hanoi Medical University Hospital between 2019 and 2024.
Bùi Thị Minh Hảo, Đặng Thị Hương, Lùng Bích Ngọc, Lê Minh Giang
46. **Sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức sau can thiệp chăm sóc giảm nhẹ năm 2023** 429
Improvements in the quality of life of cancer patients at Thu Duc City Hospital after palliative care intervention in 2023
Nguyễn Thị Hải Liên, Đặng Huy Quốc Thịnh, Lê Thị Kim Ánh, Lê Nguyễn Thùy Khanh, Lê Hoàng Linh, Võ Thị Thùy Trang, Lê Thị Uyển Nhi, Nguyễn Quốc Đạt, Trần Thị Diễm Hằng, Võ Minh Tuấn
47. **Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của thai phụ tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh 2021-2023** 439
Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus and Related Factors among Pregnant Women at Bac Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital, 2021-2023
Nguyễn Thị Hồng, Trương Thị Thùy Dương, Vũ Ngọc Huyền, Phạm Huy Cường, Hoàng Quốc Huy

- 48. Mô hình tiêu thụ chất tinh bột và chất đạm của người trưởng thành tại tỉnh Thái Bình năm 2024 447**
Dietary patterns of carbohydrates and proteins among adults in Thai Binh province in 2024
Vũ Phong Túc, Trần Thái Hà, Nguyễn Thanh Sơn, Phạm Thị Vân Anh
- 49. Thực trạng an toàn thực phẩm của bếp ăn tập thể và một số yếu tố liên quan ở huyện Cai Lậy, Tiền Giang năm 2024 456**
Current status of food safety of collective kitchens and some related factors in Cai Lay district, Tien Giang province in 2024
Nguyễn Thị Ngọc Ngân, Hồ Đắc Toàn
- 50. Thực trạng kiến thức, thực hành, kết quả về hoạt động vắng gia trong phòng chống sốt xuất huyết Dengue của cộng tác viên và một số yếu tố liên quan liên quan tại huyện Tân Phú Đông, Tiền Giang năm 2022 464**
Knowledge, practice and results of household visits for dengue fever prevention and control of collaborators and some related factors in Tan Phu Dong district, Tien Giang province, 2022
Hồ Văn Sơn, Trần Văn Danh

DOI: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2025/2721>

TỔNG QUAN TÀI LIỆU: TỶ LỆ HIỆN NHIỄM HPV VÀ SỬ DỤNG VẮC-XIN PHÒNG NGỪA TẠI VIỆT NAM

Lê Quang Thủ, Trần Phúc Hậu, Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Duy Phúc,
Nguyễn Vũ Thượng*

Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Nhiễm HPV là một nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) khá phổ biến. Tổng quan tài liệu này nhằm đánh giá tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở Việt Nam, mức độ tiếp cận vắc-xin, các rào cản và giải pháp bằng cách phân tích tổng quan các bài báo gốc/báo cáo được xuất bản từ 2003 - 2025 trên các trang dữ liệu PubMed, Google Scholar, Web of science (43 bài đáp ứng tiêu chí). Kết quả cho thấy ở Việt Nam, tỷ lệ hiện nhiễm HPV thay đổi theo các nhóm nguy cơ: ở nữ (0,9% – 10,9%); nữ có nguy cơ bệnh lý cổ tử cung (CTC) hoặc đã chẩn đoán ung thư CTC (41,2% – 82,8%), nữ bán thâm/mắc STI (26,3% - 85,0%); nam quan hệ tình dục đồng giới/nam bán thâm/mắc STI (20,3% – 34,8%). Tỷ lệ tiêm vắc-xin HPV ở phụ nữ dao động từ 4,0% đến 12,0%. Các rào cản ảnh hưởng đến độ bao phủ vắc-xin HPV bao gồm: 1) chi phí vắc-xin cao; 2) kiến thức hạn chế về HPV/vắc-xin HPV; 3) lo ngại về tác dụng phụ, vô sinh, hiệu quả vắc-xin. Để kiểm soát hiệu quả HPV cần đẩy mạnh tiêm vắc-xin HPV hướng đến các nhóm nguy cơ cao, nữ giới và cả nam giới, tăng cường truyền thông và giáo dục sức khỏe, tích cực tư vấn từ bác sĩ và áp dụng mức giá vắc-xin phù hợp.

Từ khóa: HPV; vắc-xin; rào cản; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi-rút u nhú ở người (Human Papillomavi-rút - HPV) là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư cổ tử cung (UTCTC), một trong những loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính có 660.000 ca UTCTC mới ở nữ giới (năm 2022), có 70.000 ca ung thư do HPV ở nam giới (năm 2019), phần lớn xảy ra ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. HPV không chỉ gây UTCTC mà còn liên quan đến các loại ung thư khác như ung thư hậu môn, dương vật, hầu họng và âm hộ [1]. Trên thế giới, ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở nữ giới và nam giới lần lượt là 12,0%

và 21,0% [1]. Tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở các quần thể nguy cơ cao hơn đáng kể so với dân số chung như nam quan hệ đồng giới (MSM) (65%), phụ nữ nhiễm HIV (63%) [1].

HPV có hơn 200 genotíp, trong đó có 12 typ được phân loại là nguy cơ cao gây ung thư, phổ biến nhất là HPV 16 và 18- đóng góp vào hơn 70% số ca UTCTC hoặc tổn thương tiền ung thư [1]. Theo WHO, hiện có 125 quốc gia (64%) đưa vắc-xin HPV vào chương trình tiêm chủng quốc gia cho trẻ em gái, và 47 quốc gia (24%) đã triển khai cho trẻ em trai [1]. Tuy nhiên, vẫn tồn tại nhiều rào cản trong tiếp cận vắc-xin HPV ở nhiều quốc gia, điển hình như:

*Tác giả: Nguyễn Vũ Thượng

Địa chỉ: Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0903 121 112

Email: thuoungnv@pasteurhcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

kiến thức hạn chế hoặc nhận thức sai về vắc-xin, thiếu tư vấn từ nhân viên y tế, kỳ thị hoặc e ngại tiết lộ xu hướng tính dục ở các nhóm nguy cơ cao [2, 3].

Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có hơn 4.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc ung thư cổ tử cung và hơn 2.200 người tử vong vì căn bệnh này, ung thư cổ tử cung đứng thứ 8 ở phụ nữ và thứ 5 ở phụ nữ từ 15 đến 44 tuổi [4]. Vắc-xin HPV đã được cấp phép lưu hành ở Việt Nam từ năm 2008. Việc đánh giá mức độ lưu hành HPV và độ bao phủ vắc-xin HPV cũng như những rào cản trong triển khai tiêm chủng là cần thiết cho việc mở rộng độ bao phủ vắc-xin HPV thời gian tới. Do đó, chúng tôi đã thực hiện tổng quan tài liệu này dựa trên phương pháp tổng quan tường thuật (narrative review) với tổng cộng 43 tài liệu (Hình 1). Tổng quan này tập trung vào 03 mục tiêu chính là đánh giá: (1) tình hình lưu hành HPV tại Việt Nam, (2) mức độ tiếp cận vắc-xin HPV và (3) các rào cản và giải pháp nhằm cải thiện việc tiếp cận vắc-xin HPV trong bối cảnh hiện nay.

Tìm kiếm các bài báo gốc được xuất bản từ 2003-2025 trên các trang dữ liệu trực tuyến như: PubMed, Google Scholar, Web of science. Sử dụng các từ khóa tiếng Anh để tìm kiếm: *(HPV OR Human Papilloma Virus OR HPV Vaccines OR Human Papilloma Virus Vaccines) AND Vietnam*. Ngoài ra, tiến hành tìm kiếm dựa trên danh sách tài liệu tham khảo của các bài báo tìm được, các nguồn tạp chí trong nước và báo cáo từ các tổ chức uy tín để tối đa hóa nguồn tài liệu.

Một ấn phẩm được xem là đủ tiêu chuẩn lựa chọn khi đáp ứng các tiêu chí sau:

Có nội dung liên quan đến HPV (lưu hành, tiêm chủng, độ bao phủ, rào cản tiếp cận vắc-xin, kiến thức, thực hành về HPV, vắc xin HPV) tại Việt Nam.

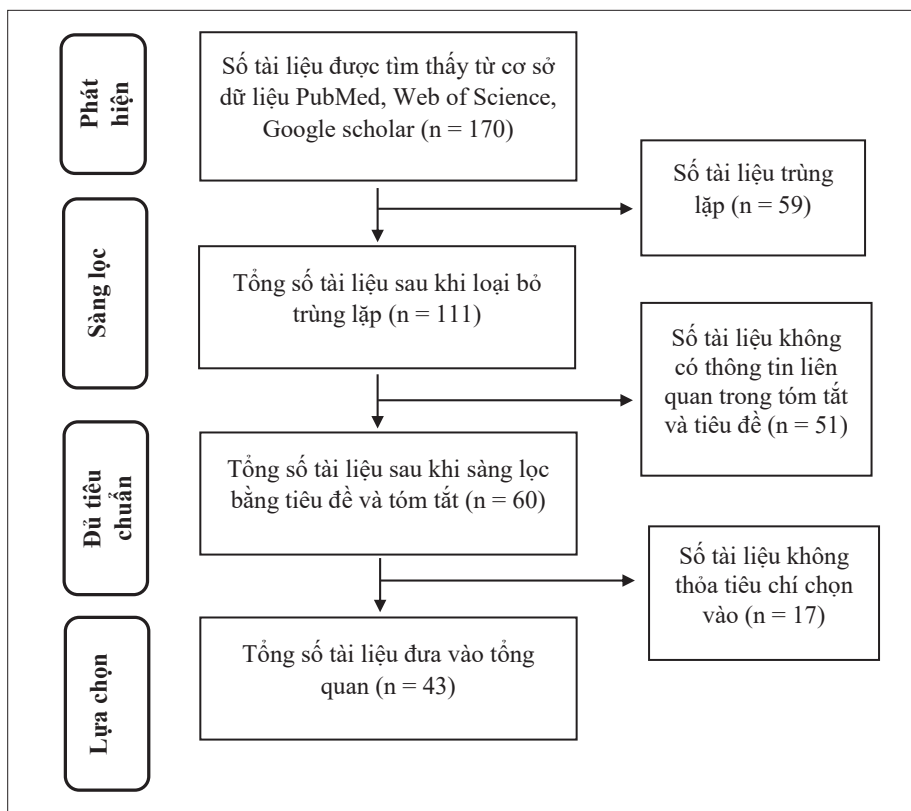
Là nghiên cứu gốc (định tính, định lượng, mô tả) hoặc báo cáo của cơ quan uy tín, báo cáo hội nghị khoa học đã công bố.

Có mô tả rõ nguồn dữ liệu, phương pháp thu thập, và/hoặc chỉ số kết quả chính.

Ngôn ngữ: tiếng Việt hoặc tiếng Anh.

Các tài liệu bị loại khỏi tổng quan bao gồm: Bình luận (commentary), quan điểm cá nhân (opinion piece), bài báo không có dữ liệu cụ thể về Việt Nam, các ấn phẩm sử dụng số liệu thứ cấp.

Toàn bộ tài liệu được tải xuống, quản lý bằng phần mềm EndNote và được sàng lọc qua ba bước: 1) Loại trùng lặp: kiểm tra tiêu đề, tác giả và năm công bố, 2) Sàng lọc tiêu đề và tóm tắt: loại các bài không liên quan chủ đề nghiên cứu, 3) Đọc toàn văn: đánh giá nội dung chi tiết, trích xuất dữ liệu. Với mỗi nghiên cứu được đưa vào tổng quan, chúng tôi tiến hành trích xuất các thông tin sau: Tên tác giả, năm công bố, loại hình tài liệu (bài báo, báo cáo, hội nghị, địa điểm và thời gian nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu (nhóm dân số chung, nhóm nguy cơ). Các chỉ số chính bao gồm: tỷ lệ hiện nhiễm HPV, tỷ lệ tiêm chủng, nhận thức cộng đồng, rào cản, can thiệp và giải pháp. Phân tích định tính được thực hiện nhằm tóm lược các thông tin dựa vào ba mục tiêu chính của tổng quan. Không thực hiện phân tích gộp định lượng (meta-analysis) do tính không đồng nhất về thiết kế, đối tượng và mục tiêu của các tài liệu.



Chú thích: PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses- Các mục báo cáo ưu tiên cho tổng quan hệ thống và phân tích gộp.

Hình 1. Sơ đồ PRISMA tìm kiếm tài liệu

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

2.1 Tỷ lệ hiện nhiễm HPV

Tỷ lệ hiện nhiễm HPV tại Việt Nam có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm dân số chung và các quần thể nguy cơ cao (Bảng 1). Trong dân số chung (15-69 tuổi), tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở phụ nữ dao động từ 0,9% đến 10,9%. So với một số nước Đông Nam Á, tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở phụ nữ Việt Nam tương đương với Philippines (9,3%, phụ nữ 21-72 tuổi), tương đương hoặc thấp hơn Thái Lan (3,3%-40,6%, phụ nữ 15-85 tuổi) và thấp hơn Indonesia (11,5%-31,0%, phụ nữ 12-75 tuổi), Malaysia (22,0%-46,7%, phụ nữ 18-69 tuổi) [5]. Một nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế năm 2018 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HPV cao hơn ở những phụ nữ có đến khám bệnh phụ khoa hoặc có biểu hiện bệnh lý cổ tử cung là 41,2%. Điều này cho thấy, HPV là

một trong những tác nhân khá phổ biến có thể gây nên các bệnh lý phụ khoa trong đó có ung thư cổ tử cung. Một báo cáo năm 2023 tại Việt Nam cho thấy 82,8% phụ nữ chẩn đoán ung thư cổ tử cung nhiễm HPV 16/18, đây là các chủng HPV nguy cơ cao. Trong khi đó, trên thế giới 71,0% trường hợp ung thư cổ tử cung nhiễm HPV 16/18 [1].

Trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam (PNBD, MSM, nam bán dâm, nam/nữ có triệu chứng hoặc đã nhiễm STI) tỷ lệ hiện nhiễm HPV dao động từ 20,3% đến 85,0%, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với dân số chung. Cụ thể, tỷ lệ này ở PNBD từ 26,3% đến 85,0%, MSM là 32,3%, nam giới có triệu chứng hoặc đồng nhiễm STI là 20,3%-34,8%, nam bán dâm là 33,0%. Tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở MSM tại Việt Nam thấp hơn so với MSM ở Thái Lan (58,5%) [6]. Ở PNBD, tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở

Việt Nam tương đồng với tỷ lệ nhiễm tại châu Á, dao động từ 12,8% đến 84,8% [7]. Một số yếu tố nguy cơ cao được xem là nguyên nhân gia tăng tỷ lệ hiện nhiễm HPV ở các quần thể này có thể kể đến như quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, nhiều bạn tình, đồng nhiễm

STI (như HIV, lậu), hành vi mua bán dâm [8, 9]. Bên cạnh PNBD, một khảo sát trên mại dâm nam ở 3 thành phố lớn tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HPV là 33% cùng với việc nhiễm các bệnh khác như lậu (29%), chlamydia (17%), HIV (4%).

Bảng 1. Tỷ lệ hiện nhiễm HPV từ các nghiên cứu, báo cáo tại Việt Nam, giai đoạn 2003-2025

Số thứ tự	Tên tác giả (năm xuất bản)	Quần thể	Địa điểm	Năm	Tỷ lệ HPV (%)	Cỡ mẫu
Dân số chung						
1	Thi Hoang Anh Pham (2003) [10]	Phụ nữ tại cộng đồng, 15-69 tuổi	Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh	1997	2,0-10,9	1916
2	LAN TH VU (2011) [11]	PHỤ NỮ CÓ GIA ĐÌNH	HÀ NỘI, THÁI NGUYÊN, HUẾ, CẦN THƠ, TP. HỒ CHÍ MINH	2010-2011	6,1-10,2	1950
3	Lan T H Vu (2011) [12]	Phụ nữ, 15-69 tuổi	Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh	2010	6,1-8,3	1500
4	Lan Thi Hoang Vu (2012) [13]	Phụ nữ tại cộng đồng, 18-65 tuổi	Cần Thơ	2010	7,0	1000
5	Lan T H Vu (2013) [14]	Phụ nữ có gia đình, 18 đến 49 tuổi	Hà Nội, Thái Nguyên, Huế, Cần Thơ, Tp. Hồ Chí Minh	2010-2011	3,1-7,4	1950
6	Ly Thi-Hai Tran (2015) [15]	Phụ nữ, 18-69 tuổi	Tp. Hồ Chí Minh	2008-2009	9,0	1550
7	Song Nguyen Van (2017) [16]	Phụ nữ, 18-49 tuổi	Đà Nẵng	2015	9,5	400
8	Vu Quoc Huy Nguyen (2018) [17]	Phụ nữ trong cộng đồng, 18-49 tuổi	Thừa Thiên Huế	NA	0,9	1034
		Phụ nữ đến khám tại bệnh viện			41,2	102
9	Duy Ánh Nguyễn (2022) [18]	Phụ nữ có gia đình, 18 đến 49 tuổi	Hà Nội	NA	9,3	1176
10	Nguyen Van Trang (2022) [19]	Phụ nữ, 18-26 tuổi	Hà Nội, Thừa Thiên Huế, Tp. Hồ Chí Minh	2017-2019	4,2	1491
11	Bruni L* (2023) [20]	Phụ nữ có tế bào học CTC bình thường	NA	NA	2,1	NA
		Phụ nữ ung thư CTC			82,8	
12	Ho Minh Nguyet (2024) [21]	Phụ nữ từng QHTD, 25-65 tuổi	Tp. Hồ Chí Minh	2020	3,5	2478
13	Lê Hạ Long Hải (2024) [22]	Phụ nữ tại cộng đồng	Phú Thọ	2022-2023	9,5	1004
14	Ai H T Pham (2025) [23]	Phụ nữ trong cộng đồng, 25-65 tuổi	Tp. Hồ Chí Minh	2024	7,5	775

Bảng 1. Tỷ lệ hiện nhiễm HPV từ các nghiên cứu, báo cáo tại Việt Nam, giai đoạn 2003-2025 (tiếp)

Số thứ tự	Tên tác giả (năm xuất bản)	Quản thể	Địa điểm	Năm	Tỷ lệ HPV (%)	Cỡ mẫu
Nhóm nguy cơ cao						
15	Brenda Y Hernandez (2008) [24]	PNBD	Sóc Trăng	2003	85,0	282
16	Huyen Thi Thanh Hoang (2012) [25]	PNBD	Hà Nội, Hải Phòng	2009	49,5	281
17	Pham Duy Quang (2022) [8]	PNBD	Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh	2017-2018	26,3	699
18	Thanh Cong Bui (2015) [26]	PNBD		2013	48,9	126
		Phụ nữ nguy cơ nhiễm STI, 18-45 tuổi	Tp. Hồ Chí Minh	2013	24,6	126
19	Le Anh Tuan (2021) [27]	MSM	Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh	2017-2018	32,3	799
20	Michael C Clatts (2015) [28]	Nam bán dâm	Hà Nội, Nha Trang, Tp. Hồ Chí Minh	2009-2011	33,0	650
21	Hai Ha Long Le (2015) [29]	Nam giới có triệu chứng STI	Hà Nội	2014	21,0	192
22	Hai Ha Long Le (2019) [30]	Nam giới mắc STI	Hà Nội	2015-2016	34,8	1532
23	Bac Nguyen Hoai (2021) [31]	Nam giới có triệu chứng STI	NA	2016-2020	20,3	NA

Ghi chú: MSM: nam quan hệ tình dục đồng giới; PNBD: phụ nữ bán dâm; STI: bệnh lây truyền qua đường tình dục; NA: không có thông tin; CTC: cổ tử cung; *Thể loại tài liệu báo cáo

2.2 Độ bao phủ vắc-xin HPV

Một trong những mục tiêu loại trừ ung thư cổ tử cung đến năm 2030 mà WHO đưa ra là ít nhất 90% trẻ em gái được tiêm vắc-xin HPV trước 15 tuổi [1]. Hiện nay, tại Việt Nam vắc-xin HPV vẫn đang được triển khai tại các cơ sở tiêm chủng dịch vụ. Đến nay, tỷ lệ tiêm vắc-xin ở nữ giới tại Việt Nam còn thấp, chỉ khoảng 4–12% (Bảng 2). Trên toàn cầu, ước tính tỷ lệ tiêm vắc-xin HPV mũi đầu tiên là 20,0% và đầy đủ mũi là 15,0% ở nữ 15 tuổi [32]. Tỷ lệ bao phủ vắc-xin HPV (đầy đủ mũi) ở trẻ em 9-14 tuổi thuộc nhóm nước thu nhập cao là 55,3%, nhóm thu nhập trên trung bình là 48,9%, và nhóm thu nhập dưới mức trung bình là 39,9% [32]. So với một số nước Đông Nam Á, độ bao phủ vắc-xin HPV tại Việt Nam thấp hơn các nước như Lào (37%-42%), Malaysia

(14%-15%), tương đương với độ bao phủ vắc-xin tại Indonesia (5%-6%) [5]. Các nước kể trên đã tích hợp vắc-xin HPV vào chương trình tiêm chủng mở rộng, đây có thể là yếu tố góp phần quan trọng trong việc đạt độ bao phủ cao hơn khi so sánh với Việt Nam. Dự kiến từ năm 2026, vắc-xin HPV bắt đầu được triển khai trong chương trình tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam theo lộ trình [33].

Tiêm chủng vắc-xin HPV ở nam giới đã triển khai nhiều nước trên thế giới. Ước tính độ bao phủ vắc-xin HPV trẻ nam 15 tuổi trên toàn thế giới là 7% (tiêm một liều) và 5% (tiêm đủ liều) [32]. Tuy nhiên, nếu chỉ tính trên 55 quốc gia đã triển khai tiêm chủng vắc-xin HPV ở nam giới, thì tỉ lệ tiêm một liều và đủ liều lần lượt là 57,9% và 46,1% ở nam 9-14 tuổi [32].

Báo cáo về độ bao phủ vắc-xin HPV ở một số quần thể nguy cơ cao còn hạn chế. Ở quần thể MSM, độ bao phủ vắc-xin HPV ở Trung Quốc là 23% [34]. Ở PNBD, chưa ghi nhận

độ bao phủ vắc-xin HPV. Tại Việt Nam, hiện nay chưa ghi nhận số liệu báo cáo về độ bao phủ vắc-xin ở nam giới và các quần thể nguy cơ cao.

Bảng 2. Độ bao phủ vắc-xin HPV từ các nghiên cứu, báo cáo tại Việt Nam, giai đoạn 2003-2025

Tên tác giả (năm xuất bản)	Quần thể	Địa điểm	Năm	Tỷ lệ tiêm vắc-xin HPV (%)	Cỡ mẫu
N T Tran (2023) [35]	Phụ nữ, 15-49 tuổi	Cần Thơ	2021	4,0	648
Lê Hữu Diễm Trinh (2024) [36]	Phụ nữ, 18-26 tuổi	Hậu Giang	2023	5,3	337
United Nations Population Fund (UNFPA) (2023)* [37]	Phụ nữ, 15-29 tuổi	Việt Nam	2020	12,0	NA

Ghi chú: NA: không có thông tin; *Thể loại tài liệu báo cáo

2.3 Rào cản tiếp cận vắc-xin

Ba nhóm rào cản chính trong việc tiếp cận và chấp nhận sử dụng vắc xin HPV ở Việt Nam bao gồm chi phí cao, khả năng chi trả thấp [38]; thiếu kiến thức và nhận thức [39]; lo ngại về tính an toàn, tác dụng phụ [40] (Hình 2).

a. Chi phí cao, khả năng chi trả thấp

Hiện nay, việc tự chi trả cho tiêm vắc-xin HPV dịch vụ là một trong những rào cản lớn. Chi phí cho mỗi liều vắc-xin HPV tại Việt Nam là khoảng 100 USD/ mũi tiêm (tương đương khoảng 2,5 triệu VND/ mũi tiêm) [38] và cần tối thiểu 2–3 liều để hoàn tất phác đồ tiêm chủng tùy theo loại vắc-xin và phác đồ tiêm. Mức giá này được xem là gánh nặng kinh tế đối với nhiều hộ gia đình, đặc biệt trong bối cảnh thu nhập bình quân của người dân còn hạn chế (GDP bình quân đầu người năm 2023 ước đạt 101,9 triệu đồng/người, khoảng 8,5 triệu đồng/tháng) [41]. Một nghiên cứu ở nhóm thanh niên 18–25 tuổi, công bố năm 2025, cho thấy chi phí tiêm vắc-xin không phù hợp với đối tượng sinh viên, do họ chủ yếu phụ thuộc tài chính vào gia đình. Trong khi đó, chỉ có 53% bà mẹ sẵn sàng chi trả cho việc tiêm vắc-xin của con mình và tỷ lệ bà mẹ sẵn sàng cho con mình tiêm vắc-xin HPV cũng giảm xuống khi được đề cập về việc phải chi trả kinh phí cho việc tiêm chủng [42].

b. Thiếu kiến thức và nhận thức

Nhận thức và hiểu biết của người dân, đặc biệt là bố mẹ, là yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến quyết định tiêm chủng vắc-xin HPV. Việc thiếu thông tin đầy đủ và chính xác về HPV, vắc-xin phòng ngừa là một trong những nguyên nhân chính khiến người dân chưa chủ động tiếp cận tiêm chủng. Tại Việt Nam, chỉ hơn 1/3 (35,6%) học sinh trung học phổ thông tại tỉnh Hậu Giang có hiểu biết đúng về dự phòng HPV [39] và 11% các bà mẹ biết đến vắc-xin HPV [43]. Ngoài ra, 95% bà mẹ cho rằng tư vấn từ bác sĩ là rất cần thiết trong việc quyết định tiêm chủng và 78% trong số họ chỉ ra thông tin từ truyền thông cũng rất quan trọng [43].

c. Lo ngại về tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin

Các mối quan ngại được ghi nhận qua các nghiên cứu tại Việt Nam bao gồm: tác dụng phụ không mong muốn, tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin, khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng sinh sản của nữ giới, cũng như sự hoài nghi do vắc-xin còn mới được triển khai [44, 45]. Nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy có tới 68,2% người tham gia tỏ ra ngần ngại sau khi tiếp nhận thông tin về tác dụng phụ của vắc-xin qua các kênh truyền thông [40]. Những lo ngại về tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin HPV cũng được chỉ ra trong các nghiên cứu tại Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương [46].

Chi phí cao, khả năng chi trả thấp - Khoảng 100 USD/mũi tiêm vắc-xin HPV (khoảng 2,5 triệu VNĐ) - Mức giá vắc-xin chưa phù hợp với nhóm học sinh, sinh viên (GDP bình quân đầu người năm 2023 # 101,9 triệu VNĐ/người/năm, khoảng 8,5 triệu VNĐ/tháng) - 53% các bà mẹ sẵn sàng chi trả	Lo ngại về an toàn và tính hiệu quả - 68,2% ngần ngại sau khi nghe về tác dụng phụ vắc-xin qua truyền thông - Lo ngại về khả năng sinh sản nếu sử dụng vắc-xin - Lo ngại không biết vắc-xin có hiệu quả không
Thiếu hiểu biết và nhận thức - 35,6% học sinh có hiểu biết đúng về dự phòng HPV - 11% các bà mẹ biết về vắc-xin HPV - Sự nghi ngờ, thông tin sai lệch hoặc nhận thức sai của các bà mẹ có thể góp phần vào việc từ chối tiêm chủng	Các rào cản khác - Bố mẹ không có ý định, không sẵn sàng cho con mình sử dụng vắc-xin - Tính sẵn có của vắc-xin và tính linh hoạt trong lịch trình tiêm chủng

Hình 2. Các rào cản chính trong tiếp cận vắc-xin HPV tại Việt Nam

2.4 Các giải pháp cải thiện độ bao phủ vắc-xin HPV

a. Giảm gánh nặng chi phí tiêm chủng

Một trong những giải pháp quan trọng cho rào cản về chi phí là tích hợp vắc-xin HPV vào chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, được tài trợ toàn phần hoặc một phần từ ngân sách nhà nước và các tổ chức quốc tế [47]. Kinh nghiệm từ các quốc gia khác cho thấy, áp dụng mức giá vắc-xin thấp góp phần mang lại hiệu quả của chương trình tiêm chủng [48]. Bên cạnh đó, có thể áp dụng mô hình hỗ trợ chi trả qua bảo hiểm y tế một phần hoặc toàn bộ chi phí tiêm [49].

b. Nâng cao nhận thức và kiến thức cộng đồng

Giải pháp then chốt cho vấn đề thiếu hiểu biết về HPV và vắc-xin là triển khai các chương trình truyền thông giáo dục y tế quy mô lớn, đa kênh và liên tục, nhắm vào quần thể như học sinh, sinh viên, phụ huynh và giáo viên. Việc cung cấp thông tin chính xác, dễ hiểu về nguy

cơ nhiễm HPV, lợi ích và độ an toàn của vắc-xin (thông qua các cách thức truyền thống, kết hợp các phương pháp mới như mạng xã hội, tin nhắn điện thoại,...), có thể cải thiện đáng kể ý định tiêm chủng [50]. WHO khuyến cáo chiến lược tích hợp tiêm chủng HPV vào các can thiệp dự phòng nên bao gồm việc giáo dục về việc giảm thiểu các hành vi nguy cơ lây nhiễm HPV, cũng như cung cấp các thông tin về nguy cơ sức khỏe của nhiễm HPV [1]. Ngoài ra, cần tăng cường đào tạo cho nhân viên y tế để họ có thể tư vấn chủ động và hiệu quả [50].

c. Giảm bớt lo ngại về tính an toàn và tác dụng phụ

Để khắc phục rào cản liên quan đến lo ngại tác dụng phụ, cần công khai minh bạch dữ liệu về độ an toàn của vắc-xin HPV từ các nghiên cứu lâm sàng và thực tiễn triển khai, đồng thời chủ động truyền thông bác bỏ các thông tin sai lệch [51]. Các thông điệp cần đi đúng bản chất tác dụng phụ của vắc-xin HPV là các phản ứng nhẹ và tạm thời tại chỗ tiêm và cần nhấn mạnh

tính an toàn của vắc-xin [1]. Đồng thời, nên đào tạo nhân viên y tế kỹ năng tư vấn về các vấn đề lo ngại của phụ huynh và học sinh bằng cách đưa ra bằng chứng khoa học rõ ràng [51].

III. KẾT LUẬN

Nhiễm HPV là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm tại Việt Nam. Tuy nhiên, độ bao phủ vắc-xin HPV hiện nay ở nữ giới còn thấp so với mục tiêu của WHO khuyến cáo. Cần có thêm các nghiên cứu đánh giá độ bao phủ vắc-xin HPV ở nam giới và các quần thể nguy cơ cao. Ba rào cản chính ảnh hưởng đến độ bao phủ vắc-xin HPV gồm: (1) chi phí tiêm chủng cao so với khả năng chi trả; (2) thiếu kiến thức và nhận thức của cộng đồng; (3) lo ngại về tính an toàn và hiệu quả. Các chiến lược cải thiện độ bao phủ vắc-xin HPV tại Việt Nam cần tập trung vào: trợ giá/giảm chi phí vắc-xin, lộ trình cung cấp vắc-xin miễn phí cho các đối tượng ưu tiên theo khuyến cáo của WHO, tăng cường truyền thông và giáo dục sức khỏe đặc biệt là cung cấp thông tin đầy đủ về tính an toàn và hiệu quả của vắc-xin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Truy cập ngày 01/07/2025. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>.
2. Justin Naidu, Andrea N. Polonijo. Barriers and facilitators to HPV and meningococcal vaccination among men who have sex with men: a qualitative study. BMC Public Health. 2023; 23 (1): 933.
3. Giovanni C, Francesco S, Stefano M, et al. Papillomavirus Vaccination Programs and Knowledge Gaps as Barriers to Implementation: A Systematic Review. Vaccines. 2025; 13.
4. ICO/IARC HPV Information Centre. Viet Nam: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. Truy cập ngày 15/08/2025. https://hpvcentre.net/statistics/reports/VNM_FS.pdf.
5. Albero GBL, Serrano B, Mena M, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in Asia. Truy cập ngày 15/08/2025. <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XSX.pdf>.

6. Supindham T, Chariyalertsak S, Utaipat U, et al. High Prevalence and Genotype Diversity of Anal HPV Infection among MSM in Northern Thailand. PLoS One. 2015; 10 (5): e0124499.
7. Peng RR, Helena LHFC, Jian-Hong CHFL, et al. Prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus infection among female sex workers in Asia: a systematic literature review and meta-analysis. Sex Health. 2012; 9 (2): 113 - 119.
8. Pham QD, Prem K, Le TA, et al. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection among female sex workers in Hanoi and Ho Chi Minh City, Viet Nam: a cross-sectional study. Western Pac Surveill Response J. 2022; 13 (4): 1 - 11.
9. González C, Torres JMFC, Canals EJFF, et al. Higher incidence and persistence of high-risk human papillomavirus infection in female sex workers compared with women attending family planning. Int J Infect Dis. 2011; 15 (10): e688 - e694.
10. IPham TH, Rolando NTFH, Salvatore HRFV, et al. Human papillomavirus infection among women in South and North Vietnam. Int J Cancer. 2003; 104 (2): 213 - 220.
11. Vu LT, Bui D. Prevalence of cervical human papilloma virus infection among married women in Vietnam, 2011. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13 (1): 37 - 40.
12. Cervical Human Papilloma Virus Infection among the General Female Population in Vietnam: A Situation Analysis. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011; 12 (2): 561 - 566.
13. Vu LT. High-risk and multiple human papillomavirus infections among married women in Can Tho, Viet Nam. Western Pac Surveill Response J. 2012; 3 (3): 57 - 62.
14. Vu LT, Ha TTB, Le HT. Prevalence of cervical infection with HPV type 16 and 18 in Vietnam: implications for vaccine campaign. BMC Cancer. 2013; 13: 53.
15. Ly THT, Loi TT, Thanh CB, et al. Risk factors for high-risk and multi-type Human Papillomavirus infections among women in Ho Chi Minh City, Vietnam: a cross-sectional study. BMC Women's Health. 2015; 15 (1): 16.
16. Song NV, Minh NK, Dimberg JAN, et al. Prevalence of Cervical Infection and Genotype Distribution of Human Papilloma Virus Among Females in Da Nang, Vietnam. Anticancer Research. 2017; 37 (3): 1243.
17. Nguyen VQH, Ngo VQT, Le MT, et al. Community-based prevalence versus hospital-based incidence of genital Human Papillomavirus infection in Central Vietnam. J Infect Dev Ctries. 2018; 12 (7): 568 - 572.

18. Nguyễn Duy Ánh. Nghiên cứu tỷ lệ mắc HPV và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 512 (1).
19. Trang VANN, Prem K, Toh ZQ, et al. Prevalence and Determinants of Vaginal Infection With Human Papillomavirus Among Female University Students in Vietnam. *In Vivo*. 2022; 36 (1): 241 - 250.
20. Bruni L, Albero G, Serrano B, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in Viet Nam. Truy cập ngày 10/08/2025. <https://hpvcentre.net/statistics/reports/VNM.pdf>.
21. Ho MN, Phan TT, Quach KU, et al. Prevalence and genotype distribution of high-risk Human Papillomavirus infection among Vietnamese women in Ho Chi Minh City, Viet Nam: A population-based cross-sectional study. *Gynecologic Oncology Reports*. 2024; 56: 101526.
22. Hạ Long Hải Lê, Kim Đồng Nguyễn, Thị Nhung Nguyễn, cs. Tình trạng nhiễm human papillomavirus ở cộng đồng phụ nữ tại tỉnh Phú Thọ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 542 (2).
23. Pham AHT, Auid-Orcid HT, Le TQ, et al. Prevalence of High-Risk HPV Infection in Community Women at Ho Chi Minh City in 2024: A Cross-Sectional Study with Self-Collect Sampling. *Int J Womens Health*. 2025; 17: 1673 - 1679.
24. Hernandez BY, Vu NT. Cervical human papillomavirus infection among female sex workers in southern Vietnam. *Infect Agent Cancer*. 2008; 3: 7.
25. Huyen TTH, Azumi I, Cuong HN, et al. Infection with high-risk HPV types among female sex workers in northern Vietnam. *Journal of Medical Virology*. 2013; 85 (2): 288 - 294.
26. Bui TC, Tran LT, Markham CM, et al. Self-reported oral health, oral hygiene, and oral HPV infection in at-risk women in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015; 120 (1): 34 - 42.
27. Tuan LA, Prem K, Pham QD, et al. Anal human papillomavirus prevalence and risk factors among men who have sex with men in Vietnam. *Int J Infect Dis*. 2021; 112: 136 - 143.
28. Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM, et al. Sexual practices, partner concurrency and high rates of sexually transmissible infections among male sex workers in three cities in Vietnam. *Sex Health*. 2015; 12 (1): 39 - 47.
29. Hai HLL, Xiuqiong B, Azumi I, et al. Human papillomavirus infection in male patients with STI-related symptoms in Hanoi, Vietnam. *Journal of Medical Virology*. 2016; 88 (6): 1059 - 1066.
30. Le HHL, Auid-Orcid BX, Ishizaki A, et al. Low concordance of oral and genital HPV infection among male patients with sexually transmitted infections in Vietnam. *BMC Infect Dis*. 2019; 19 (1): 578.
31. Bac NH, Thang NC, Lan ALT, et al. Human papillomavirus prevalence and genotype distribution in Vietnamese male patients between 2016 and 2020. *Journal of Medical Virology*. 2022; 94 (6): 2892 - 2896.
32. Jingjing H, Li Z, Yuqing C, et al. Global HPV vaccination programs and coverage rates: a systematic review. *eClinicalMedicine*. 2025; 84.
33. Bộ Y tế. Việt Nam có thể loại trừ ung thư cổ tử cung trong 30 năm tới nếu nhân rộng tiêm chủng HPV. Truy cập ngày 01/07/2025. <https://bitly.li/f5tM>.
34. Zhang R, Ns Auid-Orcid W, Chung SL, et al. Uptake and service preferences of human papillomavirus vaccination in men who have sex with men. *Hum Vaccin Immunother*. 2025; 21 (1): 2440956.
35. Tran NT, Phan TNT, Pham TT, et al. Urban-rural disparities in acceptance of human papillomavirus vaccination among women in Can Tho, Vietnam. *Ann Ig*. 2023; 35 (6): 641 - 659.
36. Hữu Diễm Trinh Lê, Thuý Anh Nguyễn, Trí Nam Võ, cs. Thực hành và các yếu tố liên quan đến việc tiêm ngừa vắc xin HPV ở học sinh trung học phổ thông Long Mỹ tại thị xã Long Mỹ, tỉnh Hậu Giang năm 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; 72: 54 - 60.
37. UNFPA. An investment case study on HPV vaccination in Viet Nam. Truy cập ngày 15/07/2025. <https://vietnam.unfpa.org/en/publications/investment-case-study-hpv-vaccination-viet-nam>.
38. Nguyen TMH, Hoang VNK, Pranee L, et al. HPV vaccine uptake by Young adults in Hanoi, Vietnam: A qualitative investigation. *Vaccine: X*. 2025; 23: 100619.
39. Hữu Diễm Trinh Lê, Thuý Anh Nguyễn, Trí Nam Võ, cs. Kiến thức dự phòng lây nhiễm vi rút HPV trên học sinh trung học phổ thông tại thị xã Long Mỹ, tỉnh Hậu Giang năm 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; 73: 60 - 66.
40. Bach XT, Victoria LB, Long HN, et al. Media representation of vaccine side effects and its impact on utilization of vaccination services in Vietnam. *Patient Preference and Adherence*. 2018; 12 (null): 1717 - 1728.
41. Cục Thống kê. Báo cáo tình hình kinh tế – xã hội quý IV và năm 2023. Truy cập ngày 15/08/2025. <https://www.nso.gov.vn/bai-top/2023/12/bao-cau-tinh-hinh-kinh-te-xa-hoi-quy-iv-va-nam-2023/>

42. Ha DT, Huong NT, Thuy HT, et al. Mothers' willingness to pay for daughters' HPV vaccine in northern Vietnam. *Health Care for Women International*. 2018; 39 (4): 450 - 462.
43. Tri AD, Susan LR, Ellis DD, et al. Attitudes of Mothers in Da Nang, Vietnam toward a Human Papillomavirus Vaccine. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40 (6): 559 - 563.
44. PATH and Vietnam National Institute of Hygiene and Epidemiology. Evaluating HPV Vaccine Delivery Strategies in Vietnam. Truy cập ngày 15/08/2025. https://media.path.org/documents/CP_vietnam_eval_hpv_vacc_deliv.pdf.
45. Cover JK, Nghi NQ, LaMontagne DS, et al. Acceptance patterns and decision-making for human papillomavirus vaccination among parents in Vietnam: an in-depth qualitative study post-vaccination. *BMC Public Health*. 2012; 12: 629.
46. Santhanes D, Wong CP, Yap YY, et al. Factors involved in human papillomavirus (HPV) vaccine hesitancy among women in the South-East Asian Region (SEAR) and Western Pacific Region (WPR): A scoping review. *Hum Vaccin Immunother*. 2018; 14 (1): 124 - 133.
47. Rabia H, Nadeem IB, Anees ur R, et al. Vaccine Prices: A Systematic Review of Literature. *Vaccines*. 2020; 8.
48. Tingting Y, Xuelian Z, Chenghao P, et al. Informing HPV vaccine pricing for government-funded vaccination in mainland China: a modelling study. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2024; 52.
49. Pourat N, Jones JM. Role of insurance, income, and affordability in human papillomavirus vaccination. *Am J Manag Care*. 2012; 18 (6): 320 - 330.
50. Cam E, Courtney P, Christine A, et al. A systematic review of interventions to promote HPV vaccination globally. *BMC Public Health*. 2023; 23 (1): 1262.
51. WHO. Communication about the safety of human papillomavirus vaccines. Truy cập ngày 15/08/2025. <https://bitly.li/xiw0>.

A LITERATURE REVIEW: HPV PREVALENCE AND HPV VACCINE COVERAGE IN VIETNAM

Le Quang Thu, Tran Phuc Hau, Khuu Van Nghia, Nguyen Duy Phuc, Nguyen Vu Thuong

Pasteur Institute in Ho Chi Minh City

Human papillomavirus (HPV) is a common sexually transmitted infection (STI). This review aims to assess HPV prevalence in Vietnam, vaccine coverage, barriers to vaccination uptake, and solutions by analyzing original articles and reports published between 2003 and 2025 from PubMed, Google Scholar, and Web of Science databases (43 studies met inclusion criteria). Findings indicate that HPV prevalence in Vietnam varies across different groups: women (0.9%–10.9%); women with cervical lesions or those diagnosed with cervical cancer (41.2%–82.8%); female sex workers/STI patients (26.3%–85.0%); and men who have sex

with men (MSM)/male sex workers/STI patients (20.3%–34.8%). HPV vaccination coverage among women ranged from 4.0% to 12.0%. Barriers to HPV vaccination uptake include: (1) high vaccine cost; (2) limited knowledge about HPV and HPV vaccines; (3) concerns regarding adverse effects, infertility, and vaccine efficacy. Effective HPV control requires strengthening vaccination programs targeting high-risk groups, including both women and men, enhancing communication and health education, promoting physician's counseling, and implementing more affordable vaccine pricings.

Keywords: HPV; vaccine; barriers; Vietnam

TỔNG QUAN VỀ NĂNG LỰC NGHỀ NGHIỆP BÁC SĨ Y HỌC DỰ PHÒNG Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

Lê Thị Kim Chung*, Nguyễn Thị Thu Hà, Bùi Thị Minh Hạnh, Nguyễn Hữu Thắng,
Đào Xuân Đạt, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Minh Giang
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu có mục tiêu tổng quan mô tả thực trạng năng lực nghề nghiệp bác sĩ Y học dự phòng của một số nước trên thế giới. Qua tổng quan tư liệu y văn của 5 quốc gia từ 2005 tới 2025, kết quả cho thấy chuẩn năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng có giải phổ khá rộng, gồm 11 nhóm tiêu chuẩn (năng lực chính) và trung bình 48 loại tiêu chí (năng lực cụ thể). Cụ thể, các tiêu chuẩn năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng thế giới bao gồm: Năng lực Chuyên môn y tế / Chuyên gia y tế; Năng lực Y học dự phòng lâm sàng; Năng lực Y tế công cộng/ Sức khỏe dân số; Năng lực Dịch tễ học/ Thống kê sinh học/ Tin sinh học; Năng lực Y học môi trường/ Sức khỏe nghề nghiệp; Năng lực Quản lý/ Lãnh đạo/ Hệ thống Y tế/ Chiến lược chăm sóc sức khỏe; Năng lực Giao tiếp/ Truyền thông; Năng lực Hợp tác; Năng lực Vận động sức khỏe; Năng lực Học giả/ Nghiên cứu/ Học tập suốt đời; Năng lực Chuyên nghiệp/Đạo đức nghề nghiệp. Từ kết quả này Việt Nam có thể tham khảo để xây dựng năng lực nghề nghiệp cho bác sĩ Y học dự phòng tại Việt Nam.

Từ khóa: Bác sĩ Y học dự phòng; năng lực nghề nghiệp; thế giới

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác y tế dự phòng có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng một cộng đồng và một quốc gia phát triển sức khỏe bền vững, đảm bảo một môi trường sống lành mạnh và an toàn cho người dân. Theo Hội đồng Y học dự phòng (YHDP) Hoa Kỳ, y học dự phòng là chuyên ngành tập trung vào bảo vệ, thúc đẩy và duy trì sức khỏe cá nhân, cộng đồng, nhằm ngăn ngừa bệnh tật, khuyết tật và tử vong [1].

Năng lực được định nghĩa là sự tổng hợp các thuộc tính của mỗi cá nhân, đáp ứng yêu cầu của hoạt động và đảm bảo cho hoạt động đạt kết quả cao [2]. Năng lực nghề nghiệp (NLNN) là trình độ sử dụng kiến thức, kỹ năng, thái độ và khả năng phán đoán trong nghề, khả năng xử lý các tình huống có thể xảy ra khi hành nghề [2]. Năng lực và NLNN không cố định

mà không ngừng được hình thành và phát triển thông qua học tập, chăm chỉ, rèn luyện nghề nghiệp. Trong quá trình hành nghề, các bác sĩ sẽ không ngừng học hỏi để phát triển năng lực mới phù hợp với nhiệm vụ được giao [2].

Hiện nay, một số quốc gia đã đưa ra chuẩn năng lực cốt lõi riêng biệt cho đối tượng bác sĩ Y học dự phòng (YHDP) như Mỹ, Canada, Singapore, Ấn Độ, Ả rập-Xê út [3-7]. Hiện tại, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản cho bác sĩ Đa khoa, bác sĩ Y học cổ truyền, cử nhân Điều dưỡng, bác sĩ Răng Hàm Mặt, Dược sĩ, cử nhân Hộ sinh và cử nhân Y tế công cộng (YTCC) [2, 8-14]. Việt Nam cũng đã ban hành các tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp cho bác sĩ Y học dự phòng ở các hạng khác nhau (Hạng I, Hạng II, Hạng III), mô tả chi tiết các nhiệm vụ của họ, từ đó thể hiện các năng lực cần có [15]. Ví dụ, bác sĩ

*Tác giả: Lê Thị Kim Chung

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0936 585 990

Email: lekimchung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Y học dự phòng Hạng I có nhiệm vụ xây dựng, tổ chức, thực hiện kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cộng đồng; đề xuất các biện pháp quản lý sức khỏe cộng đồng [15]. Mặc dù vậy, bộ NLNN cho bác sĩ YHDP đến năm 2025 vẫn chưa được ban hành.

Nghiên cứu này có mục tiêu tổng quan mô tả thực trạng năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng của một số nước trên thế giới qua các tư liệu công bố trong vòng 20 năm (2005-2025), trên cơ sở đó góp phần đề xuất dự kiến chuẩn NLNN cho bác sĩ YHDP Việt Nam.

II. NỘI DUNG

2.1 Phương pháp tổng quan

Đối tượng nghiên cứu: Báo cáo, bài báo, báo cáo hội nghị tiếng Anh có nội dung NLNN của bác sĩ YHDP trên thế giới, có liên hệ, so sánh với một số tư liệu và y văn của Việt Nam trong cùng thời gian từ năm 6/2005 đến năm 6/2025.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khai thác các tài liệu tại các cơ sở dữ liệu học thuật trực tuyến. Thời gian thực hiện việc tìm kiếm tài liệu từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2025.

Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu tổng quan mô tả.

Phương pháp tìm kiếm và chọn tài liệu tổng quan: Sử dụng các từ khóa/ thuật ngữ tìm kiếm bao gồm: “professional competence”, “competence”, “preventive medicine doctor”, “preventive medicine”, “preventive medicine physician”. Các từ khóa/ thuật ngữ hoặc cụm từ tìm kiếm có liên quan được kết hợp bằng cách sử dụng toán tử “OR” và “AND” để tìm kiếm nâng cao. Chọn các tài liệu đề cập đến

đối tượng bác sĩ Y học dự phòng, có tiêu chuẩn năng lực nghề nghiệp hay năng lực chuyên môn. Tìm kiếm online trên Google Scholar, PubMed, Cochran, Scopus, Web of Science với cơ sở dữ liệu được cập nhật đến tháng 7/2025.

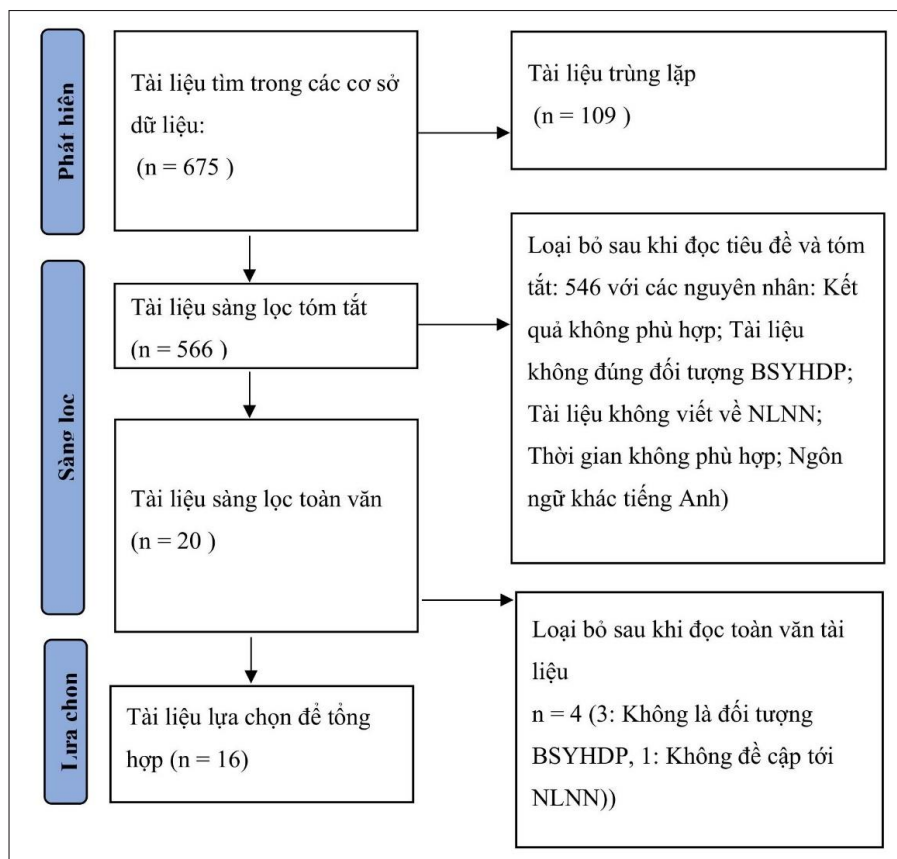
Đánh giá và trích xuất dữ liệu: Các tài liệu được tìm thấy từ các cơ sở dữ liệu trực tuyến được tải về và loại bỏ các bản ghi trùng lặp, thực hiện thông qua nền tảng Rayyan (<https://new.rayyan.ai/>), một công cụ hỗ trợ tổng quan. Hai tác giả thực hiện tổng hợp dữ liệu độc lập từ các nghiên cứu đủ điều kiện vào một file Excel. Các thông tin được trích xuất bao gồm: tiêu đề/ tên tài liệu, năm xuất bản/ cập nhật, tổ chức (nơi)/ tác giả công bố/ quốc gia, năng lực chính (tiêu chuẩn), năng lực cụ thể (tiêu chí). Một tác giả khác khác chịu trách nhiệm kiểm tra, xác minh và tổng hợp kết quả trích xuất từ hai nghiên cứu viên độc lập để tiến hành phân tích.

Xử lý và phân tích số liệu bằng Excel: Phân loại và tổng hợp các tiêu chuẩn về NLNN của BS YHDP trong các tài liệu. Trình bày số tiêu chí trong mỗi tiêu chuẩn về NLNN của BS YHDP trong các tài liệu.

2.2. Kết quả tổng quan

2.2.1 Kết quả tìm kiếm dữ liệu

Có 675 tài liệu được xác định thông qua tìm kiếm có hệ thống từ Google Scholar (n = 105), PubMed (n = 545), Cochran (n = 23), Scopus (n = 2), Web of Science (n = 0). Sau khi loại bỏ các bản ghi trùng lặp, chọn bài toàn văn, 566 bài báo còn lại được đưa vào giai đoạn sàng lọc tiêu đề và tóm tắt. Trong bước này, 546 bài không đáp ứng tiêu chí lựa chọn đã bị loại, còn lại 20 bài tiếp tục được đánh giá toàn văn và 16 tài liệu đáp ứng tiêu chí là cỡ mẫu nghiên cứu được đưa vào được lựa chọn để tổng quan tài liệu (Hình 1).



Hình 1. Lược đồ tìm kiếm tài liệu

2.2.2 Đặc điểm của các tài liệu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của các tài liệu nghiên cứu

TT	Tài liệu nghiên cứu	Năm	Công bố bởi	Năng lực chính	Năng lực cụ thể
1	Tài liệu [3]	2024	Hội đồng YHDP Hoa Kỳ	5	60
2	Tài liệu [7]	2018	Hội đồng Y khoa Hoàng gia Canada	7	29
3	Tài liệu [4]	2020	Hội đồng Khảo thí Quốc gia về Khoa học Y tế - Bộ Y tế Ấn Độ	12	74
4	Tài liệu [6]	2022	Hội đồng công nhận chuyên gia – Bộ Y tế Singapore	5	27
5	Tài liệu [5]	2022	Ủy ban Chuyên ngành Y tế Ả rập- Xê út	7	27
6	Tài liệu [16]	2001	BMJ 2001 Vol. 322 Issue 7288 Pages 712-5	Năng lực lâm sàng	
7	Tài liệu [17]	2011	Arch Bronconeumol 2011 Vol. 47 Issue 1 Pages 35-40	DTH và thống kê sinh học	
8	Tài liệu [18]	2020	Medicina 2020 Vol. 56 Issue 6: 259	Kỹ năng giao tiếp và quan hệ giữa các cá nhân	
9	Tài liệu [19]	2023	Complement Ther Med 2023 Vol. 78 Pages 102986	Kỹ năng giao tiếp và quan hệ giữa các cá nhân	

Bảng 1. Đặc điểm của các tài liệu nghiên cứu (tiếp)

TT	Tài liệu nghiên cứu	Năm	Công bố bởi	Năng lực chính	Năng lực cụ thể
10	Tài liệu [20]	2017	Can Med Educ J 2017 Vol. 8 Issue 3 Pages e71-e80	Lãnh đạo và quản lý	
11	Tài liệu [21]	2016	Ann Indian Acad Neurol 2016 Vol. 19 Issue Suppl 1 Pages S15-S20	Đạo đức và pháp lý	
12	Tài liệu [22]	2022	J Family Med Prim Care 2022 Vol. 11 Issue 8 Pages 4319-4329	Năng lực văn hóa	
13	Tài liệu [23]	2017	National Academies Press (US)	Công bằng y tế	
14	Tài liệu [24]	2017	BMC Health Serv Res 2017 Vol. 17 Issue 1 Pages 814	Năng lực văn hóa, giao tiếp	
15	Tài liệu [25]	2023	StatPearls Publisher	Năng lực văn hóa	
16	Tài liệu [26]	2016	Med Teach 2016 Vol. 38 Issue 11 Pages 1146-1151	Năng lực YTCC	

Tài liệu từ số thứ tự 1 đến 5 của Bảng 1, số năng lực chính (tiêu chuẩn) và số năng lực cụ thể (tiêu chí) cho BS YHDP của Ấn Độ là cao nhất, tương ứng là 12 tiêu chuẩn và 74 tiêu chí. Số tiêu chuẩn cho BS YHDP của Singapore là thấp nhất (5 tiêu chuẩn). Số tiêu chí cho BS YHDP xếp thứ tự từ cao xuống thấp là Ấn Độ (74 tiêu chí), Mỹ (60 tiêu chí), Canada (29 tiêu chí), Singapore (27 tiêu chí), Ả rập-Xê út (27

tiêu chí). Tài liệu từ số thứ tự 6 đến 16, các NLNN được trình bày với các nội dung chủ yếu về năng lực lâm sàng, năng lực dịch tễ học (DTH) và thống kê sinh học, năng lực về kỹ năng giao tiếp và quan hệ giữa các cá nhân, năng lực lãnh đạo và quản lý, đạo đức và pháp lý, năng lực văn hóa, năng lực YTCC.

2.2.3 Tiêu chuẩn NLNN cụ thể bác sĩ Y học dự phòng trên thế giới

Bảng 2. Tiêu chuẩn năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng trên thế giới

STT	Tiêu chuẩn	Có: 1, Không: 0				
		Mĩ	Canada	Ấn Độ	Singapore	Ả rập -Xê út
1	Năng lực Chuyên môn y tế / Chuyên gia y tế	0	1	1	1	1
2	Năng lực YHDP lâm sàng	1	0	1	0	0
3	Năng lực YTCC / Sức khỏe Dân số	1	1	1	1	1
4	Năng lực DTH/ Thống kê Sinh học/ Tin sinh học	1	0	1	1	0
5	Năng lực Y học Môi trường (YHMT) / Sức khỏe Nghề nghiệp (SKNN)	1	0	1	1	0
6	Năng lực Quản lý/ Lãnh đạo/ Hệ thống Y tế/ Chiến lược chăm sóc sức khỏe (CSSK)	1	1	1	1	1
7	Năng lực Giao tiếp / Truyền thông	0	1	1	1	1
8	Năng lực Hợp tác	0	1	1	0	1
9	Năng lực Vận động Sức khỏe	0	1	1	0	1
10	Năng lực Học giả / Nghiên cứu/ Học tập suốt đời	0	1	1	1	1
11	Năng lực Chuyên nghiệp/Đạo đức nghề nghiệp	1	1	0	1	1
	Tổng	6	8	10	8	8

Số tiêu chuẩn NLNN của BS YHDP của Ấn Độ là cao nhất, chiếm 10/11 tiêu chuẩn. Số tiêu chuẩn NLNN được tổng hợp lại cho BS YHDP của Canada, Singapore, Ả rập-Xê út chiếm 8/10 tiêu chuẩn. Số tiêu chuẩn NLNN của Mĩ thấp nhất, chiếm 6/11 tiêu chuẩn. Canada và Ả rập-Xê út cùng không có 3 tiêu chuẩn năng lực bao gồm năng lực YHDP lâm sàng, năng lực DTH/ Thống kê Sinh học/ Tin sinh học, năng lực YHMT /SKNN (Bảng 2).

Trên thế giới, mỗi nước đều có các điểm khác nhau về chuẩn NLNN của BS YHDP để đáp ứng nhu cầu thực tế tại mỗi quốc gia, dẫn tới không có một thống nhất chung về chuẩn năng lực YHDP. Riêng châu Âu, châu Phi, và châu Úc nhóm tác giả chưa tiếp cận được chuẩn năng lực chung mà chỉ có chuẩn đầu ra về kiến thức và thực hành do các trường ban hành nên chúng tôi không đưa vào nghiên cứu[26]. Nhìn chung, mỗi quốc gia sẽ có nhóm năng lực riêng cho BS YHDP, tuy nhiên thường đề cập đến là các nhóm năng lực về chuyên môn như Chuyên gia y tế (Canada) [7] hay nhóm cụ thể hơn về chuyên môn về dự phòng lâm sàng (Mỹ), dự phòng theo hướng YTCC, bác sĩ cộng đồng, SKNN, YHMT (Mỹ)...Bên cạnh đó, các nhóm năng lực khác được đề cập đến như nhóm năng lực về quản lý, giao tiếp, tính chuyên nghiệp, trách nhiệm trong công việc và kỹ năng khác. Tuy có sự đa dạng trong cấu trúc và nội dung của các chuẩn năng lực YHDP giữa 5 quốc gia nhưng nghiên cứu này đã nhóm các năng lực này thành 11 tiêu chuẩn chính. Hoa Kỳ: Áp dụng các năng lực cốt lõi của ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical

Education) cho bác sĩ nội trú YHDP [27]. Các chương trình nội trú YHDP và chăm sóc ban đầu có tích hợp y học tích hợp và y học lối sống, bao gồm các năng lực cụ thể trong các lĩnh vực này [28]. Canada sử dụng hoạt động chuyên môn đáng tin cậy để kết nối các năng lực cá nhân với thực hành cho đào tạo YTCC và YHDP [20]. Nhấn mạnh các năng lực hợp tác, hành vi chuyên nghiệp, đánh giá ngang hàng và cải thiện chất lượng [7]. Các chương trình PHPM (Public health and Preventive medicine) của Canada phụ thuộc vào các chương trình đào tạo lâm sàng và học thuật sau đại học để cung cấp các năng lực, kiến thức và kỹ năng liên quan đến sức khỏe cộng đồng [20]. Ấn Độ đề cập đến các kỹ năng dịch tễ học, thống kê và phân tích, bao gồm tiến hành khảo sát/nghiên cứu, phân tích và giải thích kết quả [4]. Ả Rập Xê Út: bao gồm các năng lực về giao tiếp (hội thảo, trình bày poster nghiên cứu, khóa học trực tuyến về kiến thức sức khỏe, kế hoạch truyền thông, thuyết trình khoa học, dự án giáo dục sức khỏe) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số tiêu chuẩn và tiêu chí cho BS YHDP cũng khác nhau ở mỗi nước. Sự khác nhau đó có khả năng phụ thuộc vào quan điểm của các nhà lập chính sách, các tổ chức biên soạn bộ chuẩn NLNN cho mỗi quốc gia. Chuẩn năng lực BS YHDP theo tiêu chuẩn của Ấn Độ có độ phủ rộng hơn cả, chiếm 10/11 tiêu chuẩn, chiếm số tiêu chí cao nhất 84 tiêu chí. Nghiên cứu cũng cho thấy Canada và Ả rập-Xê út không có tiêu chuẩn/ tiêu chí tương ứng thuộc các tiêu chuẩn năng lực YHDP lâm sàng, năng lực DTH, thống kê sinh học, tin sinh học và năng lực YHMT & SKNN.

2.2.4 Số lượng tiêu chí trong mỗi năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng trên thế giới

Bảng 3. Số lượng tiêu chí năng lực nghề nghiệp bác sĩ Y học dự phòng trên thế giới

STT	Tiêu chuẩn	Số tiêu chí					Số trung bình
		Mỹ	Canada	Ấn Độ	Singapore	Ả rập -Xê út	
1	Năng lực Chuyên môn y tế / Chuyên gia y tế	0	6	10	1	6	5
2	Năng lực YHDP lâm sàng	11	0	9	0	0	4
3	Năng lực YTCC/ Sức khỏe Dân số	18	4	24	9	3	12
4	Năng lực DTH/ Thống kê Sinh học/ Tin sinh học	5	0	4	7	0	3
5	Năng lực YHMT/ SKNN	14	0	5	3	0	4
6	Năng lực Quản lý/ Lãnh đạo/ Hệ thống Y tế/ Chiến lược CSSK	12	4	14	11	4	9
7	Năng lực Giao tiếp / Truyền thông	0	5	5	2	5	3
8	Năng lực Hợp tác	0	3	2	0	2	1
9	Năng lực Vận động Sức khỏe	0	3	4	0	3	2
10	Năng lực Học giả / Nghiên cứu/ Học tập suốt đời	0	4	7	2	4	3
11	Năng lực Chuyên nghiệp/Đạo đức nghề nghiệp	2	3	0	1	3	2
	Tổng	62	32	84	36	30	48

Số tiêu chí cho mỗi NLNN của BS YHDP của Ấn Độ (84 tiêu chí), Mỹ (62), Singapore (36), Canada (32), Ả rập-Xê út (30). Mỹ không có tiêu chí thuộc các tiêu chuẩn Chuyên môn y tế / Chuyên gia y tế, Giao tiếp / Truyền thông, Hợp tác, năng lực Vận động Sức khỏe, Học giả/ Nghiên cứu/Học tập suốt đời. Singapore không có tiêu chí cho năng lực YHDP lâm sàng, Hợp tác, Vận động Sức khỏe. Ấn Độ không có tiêu chí cho năng lực Chuyên nghiệp/Đạo đức nghề nghiệp. Canada và Ả rập-Xê út không có tiêu chí cho năng lực YHDP lâm sàng, DTH/ Thống kê Sinh học/ Tin sinh học, YHMT / SKNN (Bảng 3).

Dù mỗi nước có cách tiếp cận riêng, nhưng đều tập trung vào việc đào tạo bác sĩ có năng lực chuyên môn tốt trong lĩnh vực YHDP. Điểm tương đồng về NLNN của BS YHDP các nước là đều tập trung vào vai trò năng lực YTCC, sức khỏe dân số, năng lực quản lý/lãnh đạo/hệ thống y tế/chiến lược CSSK. Mỗi quốc

gia có ưu tiên khác nhau trong hệ thống y tế dự phòng. Mỹ, Ấn Độ tập trung vào nghiên cứu và giải quyết vấn đề sức khỏe ở cấp độ quần thể, chú trọng trong việc xây dựng các chính sách và kế hoạch hỗ trợ sức khỏe cá nhân và cộng đồng thông qua các năng lực thuộc tiêu chuẩn YTCC. Canada, Ả Rập-Xê út [5;7] nhấn mạnh vai trò của BS YHDP với vai trò là chuyên gia y tế với các chuyên môn y tế nhất định. Ấn Độ [4] chú trọng vào năng lực của bác sĩ cộng đồng, bao gồm xác định nhu cầu sức khỏe, lãnh đạo, và phân tích vấn đề, cùng với quản lý nguồn lực và nghiên cứu. Singapore [6] tập trung vào việc phát triển năng lực quản lý, lãnh đạo, hệ thống y tế, chiến lược CSSK, các năng lực về YTCC và DTH, thống kê sinh học, tin sinh học.

Như vậy, NLNN của BS YHDP trên thế giới tập trung vào các lĩnh vực cốt lõi như chăm sóc ban đầu bệnh nhân và cộng đồng thông qua chuyên môn y tế và kiến thức y học, giao tiếp,

tính chuyên nghiệp, học tập suốt đời và thực hành dựa trên hệ thống, cùng với các năng lực chuyên biệt về dịch tễ học, chính sách YTCC, nâng cao sức khỏe, dịch vụ dự phòng lâm sàng và nghiên cứu. Từ kết quả phân tích NLNN của BS YHDP của các nước trên thế giới, vận dụng cùng các văn bản quy phạm pháp luật của Việt Nam để đưa ra đề xuất dự kiến bộ chuẩn NLNN cho BS YHDP Việt Nam. Số lượng chuẩn năng lực BS YHDP tại Việt Nam nên cân nhắc chọn khoảng 8-10 chuẩn năng lực, trong đó có các chuẩn năng lực điển hình cho BS YHDP trên thế giới và một số chuẩn năng lực đặc thù, phù hợp với thực tế và đáp ứng nhu cầu về YHDP và thực hành YTCC tại Việt Nam

2.3 Hạn chế của tổng quan

Tổng quan chưa tiếp cận được nguồn luận văn, luận án về chuẩn NLNN của BS YHDP tiếng Anh. Nhóm nghiên cứu cũng chưa thể tổng quan về những nguyên nhân hay lý do mà các nước đã đưa vào chuẩn quốc gia các nhóm tiêu chuẩn, tiêu chí NLNN của BS YHDP (như có ở kết quả nghiên cứu). Các nội dung về NLNN cho BS YHDP trên thế giới trong 10 năm có số lượng hạn chế nên nhóm tác giả đã mở rộng hơn thời gian tham khảo các tài liệu bổ sung được công bố trong vòng 20 năm.

II. KẾT LUẬN

Qua tổng quan tư liệu y văn của 5 quốc gia từ 2005 tới 2025, kết quả cho thấy chuẩn năng lực nghề nghiệp của bác sĩ Y học dự phòng có giải phổ khá rộng, gồm 11 nhóm tiêu chuẩn (năng lực chính) và trung bình 48 loại tiêu chí (năng lực cụ thể). Các tiêu chuẩn bao gồm: Năng lực chuyên môn y tế, chuyên gia y tế; Năng lực y học dự phòng lâm sàng; Năng lực y tế công cộng, sức khỏe dân số; Năng lực dịch tễ học, thống kê sinh học, tin sinh học; Năng lực y học môi trường, sức khỏe nghề nghiệp; Năng lực quản lý, lãnh đạo, hệ thống y tế, chiến lược chăm sóc sức khỏe; Năng lực giao tiếp, truyền thông; Năng lực hợp tác; Năng lực vận động sức khỏe; Năng lực học giả, nghiên cứu, học tập suốt đời; Năng lực chuyên nghiệp, đạo

đức nghề nghiệp. Số lượng chuẩn năng lực BS YHDP tại Việt Nam nên cân nhắc các chuẩn năng lực điển hình cho bác sĩ YHDP trên thế giới và một số chuẩn năng lực đặc thù, phù hợp với thực tế và đáp ứng nhu cầu về YHDP và thực hành YTCC tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moini JAO, Ferdowsi K, Moini M. Chapter 1 - The complexity of health care. Academic Press. 2023.
2. UK Government. FHI360. Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo. Hướng dẫn xây dựng chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản cho bác sĩ chuyên khoa. 2022.
3. The American Board of Preventive Medicine. Preventive Medicine Core Content Outline. Accessed 10.2024. <https://www.theabpm.org/become-certified/exam-content/preventive-medicine-core-content-outline/>.
4. National Board of Examinations. Guidelines for Competency Based Training Programme in DNB - Social and Preventive Medicine. 2024. <https://nbe.edu.in/mainpdf/curriculum/Social-Preventive-Medicine.pdf>.
5. Saudi Commission for Health Specialties. Preventive Medicine Curriculum. Accessed 10.2024 2024. https://scfhs.org.sa/sites/default/files/2022-05/6592%20Preventive_Medicine_2022.pdf.
6. Singapore Specialists Accreditation Board. Preventive Medicine Residency. Accessed 10.2024 2024. <https://sab.healthprofessionals.gov.sg/specialist-training/list-of-recognised-specialties/preventive-medicine>.
7. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of Training in the Specialty of Public Health and Preventive Medicine. Accessed 10.2024 2024. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/public-health-and-preventive-medicine/public-health-preventive-medicine-otr-e.pdf>.
8. Bộ Y tế. Quyết định 3473/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2022 về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân Hộ sinh Việt Nam. 2022.
9. Bộ Y tế. Quyết định 1854/QĐ-BYT ngày 18 tháng 5 năm 2015 về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của Bác sĩ Đa khoa. Thư viện pháp luật. 2015.
10. Bộ Y tế. Quyết định 2642/QĐ-BYT ngày 24 tháng 6 năm 2019 về việc phê duyệt Chuẩn năng

- lực nghề nghiệp cơ bản của "Cử nhân Y tế công cộng". Thư viện pháp luật. 2019.
11. Quyết định 3159/QĐ-BYT ngày 23 tháng 11 năm 2022 về việc phê duyệt "Chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản của bác sĩ Y học cổ truyền Việt Nam. 2022.
 12. Quyết định 3474/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2022 về việc phê duyệt "Chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản của cử nhân điều dưỡng Việt Nam. 2022.
 13. Quyết định 4815/QĐ-BYT ngày 15 tháng 10 năm 2019 về việc phê duyệt "Chuẩn năng lực cơ bản của dược sĩ Việt Nam. 2019.
 14. Quyết định 4575/QĐ-BYT ngày 23 tháng 8 năm 2016 về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ Răng Hàm Mặt. 2016.
 15. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ. Thông tư liên tịch 10/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27 tháng 5 năm 2015. Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp Bác sĩ, Bác sĩ Y học dự phòng, y sĩ. Thư viện pháp luật. 2015.
 16. McKinley RK, Fraser RC, Baker R. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. *BMJ*. 2001; 322; 712-715. 10.1136/bmj.322.7288.712.
 17. Sobradillo P, Pozo F, Agusti A. P4 medicine: the future around the corner, *Arch Bronconeumol* 47. 2011; 35 - 40. 10.1016/j.arbres.2010.09.009.
 18. Hanganu B, Iorga M, Muraru ID, Ioan BG. Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them?, *Medicina (Kaunas)* 56 (2020). 10.3390/medicina56060259.
 19. Garcia-Padilla P, Garcia-Padilla D, Ramirez-Castro MF, et al. Patient-doctor interactions around alternative and complementary medicine in the context of oncology care in a Latin American country, *Complement Ther Med* 78 (2023) 102986. 10.1016/j.ctim.2023.102986.
 20. Moloughney B, Moore K, Dagnone D, Strong D. The development of national entrustable professional activities to inform the training and assessment of public health and preventative medicine residents. *Can Med Educ J*. 2017; e71-e80.
 21. Raveesh BN, Nayak RB, Kumbar SF. Preventing medico-legal issues in clinical practice. *Ann Indian Acad Neurol* 19. 2016; S15 - S20. 10.4103/0972-2327.192886.
 22. Rukadikar C, Mali S, Bajpai R, et al. A review on cultural competency in medical education, *J Family Med Prim Care*. 2022; 4319 - 4329. 10.4103/jfmprc.jfmprc_2503_21.
 23. Acevedo-Garcia D. The National Academies of Sciences• Engineering• Medicine Committee on Community-Based Solutions to promote health equity in the United States. 2017.
 24. Mangrio E, Sjogren FK. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17: 814. 10.1186/s12913-017-2731-0.
 25. Martin DLSSNSYRL. Cultural Religious Competence in Clinical Practice. *StatPearls*. 2023.
 26. Peik SM, Mohan KM, Baba T, et al. Comparison of public health and preventive medicine physician specialty training in six countries: Identifying challenges and opportunities. *Med Teach*. 2016; 38: 1146 - 1151. 10.3109/0142159X.2016.1170784.
 27. Wells EV, Sarigiannis AN, Boulton ML. Assessing integration of clinical and public health skills in preventive medicine residencies: using competency mapping. *Am J Prev Med*. 2012; 42: S107 - S116. 10.1016/j.amepre.2012.04.004.
 28. Burton D, Trask J, Sandvold I, et al. Debay, Integrative Medicine in Preventive Medicine Education: Implementation Analysis. *Am J Prev Med*. 2015; 49: S241 - S248. 10.1016/j.amepre.2015.07.026.

OVERVIEW OF PROFESSIONAL COMPETENCIES OF PREVENTIVE MEDICINE DOCTORS IN SOME COUNTRIES AROUND THE WORLD

**Le Thi Kim Chung, Nguyen Thi Thu Ha, Bui Thi Minh Hanh, Nguyen Huu Thang,
Dao Xuan Dat, Le Thi Thanh Xuan, Le Minh Giang**
Hanoi Medical University

The objective of study to review the professional competencies of preventive medicine doctors in some countries around the world. Through the review of medical literature from 5 countries from 2005 to 2025, the results show that the professional competency standards of preventive medicine doctors have a fairly wide spectrum, including 11 groups of standards (main competencies) and an average of 48 types of criteria (specific competencies). Specifically, the professional competency standards of preventive medicine doctors in the world include: Medical Professional/Medical Expert competencies; Clinical Preventive Medicine competencies; Public Health/Population Health

competencies; Epidemiology/Biostatistics/Bioinformatics competencies; Environmental Medicine/Occupational Health competencies; Management/Leadership/Health System/Health Care Strategy competencies; Communication/Media competencies; Collaboration competencies; Health Advocacy competencies; Scholar/Research/Lifelong Learning competencies; Professional/Professional Ethics competencies. From these results, Vietnam can refer to build professional competencies for preventive medicine doctors in Vietnam.

Keywords: Preventive medicine doctor; professional competence; world.

DOI: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2025/2723>

TỶ LỆ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHƯA ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH XÉT NGHIỆM TẠI VIỆN PASTEUR THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2024

Nguyễn Minh Ngọc¹, Nguyễn Thị Phương Lan^{1*}, Nguyễn Thị Thu Hường¹,
Đinh Văn Thới¹, Nguyễn Thị Thu Thảo², Nguyễn Ngọc Minh², Võ Minh Phúc³,
Nguyễn Vũ Thượg¹

¹*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh*

³*Bệnh viện quốc tế Becamex*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 385 người trưởng thành từ 35 tuổi xét nghiệm tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2024 nhằm xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường (TĐTD), đái tháo đường (ĐTĐ) chưa được chẩn đoán và mô tả một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ tiền ĐTĐ là 45,5%, ĐTĐ chưa được chẩn đoán là 8,1%. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là 50,9 ($\pm 10,3$), nam giới chiếm tỷ lệ 37,9% và nữ giới chiếm tỷ lệ 62,1%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của dân số nghiên cứu là 23,3 ($\pm 3,1$). Các yếu tố liên quan đến tình trạng TĐTD và ĐTĐ chưa được chẩn đoán là tuổi ≥ 65 tuổi (OR = 7,8, KTC 95%: 2,5 – 24,4), tăng huyết áp (OR = 1,8, KTC 95%: 1,1 – 3,1), tình trạng tăng cholesterol toàn phần (OR = 2,0, KTC 95%: 1,2 – 3,5), tăng triglyceride máu $> 2,8$ mmol/L (OR = 2,6, KTC 95%: 1,3 – 5,1), đang điều trị statin (OR = 4,3, KTC 95%: 1,5 – 12,5). Do đó, cần nhận diện những người có yếu tố liên quan để sàng lọc phát hiện sớm TĐTD và ĐTĐ để có chiến lược can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường, đái tháo đường chưa được chẩn đoán, yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa, đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose huyết mạn tính, bắt nguồn từ sự thiếu hụt trong tiết insulin, tác động của insulin, hoặc cả hai. Tình trạng tăng glucose huyết kéo dài có thể dẫn đến rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương nhiều cơ quan như tim, mạch máu, thận, mắt và thần kinh [1]. Theo báo cáo của Liên đoàn đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2021, tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ ở nhóm tuổi từ 20-79 trên toàn cầu là 10,5%, tương đương 536,6 triệu người.

Dự báo đến năm 2045, con số này có thể tăng lên 12,2%, tương đương 783,2 triệu người, cho thấy xu hướng gia tăng đáng lo ngại của bệnh lý này trên phạm vi toàn cầu [2].

Tiền đái tháo đường (TĐTD) là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và người đái tháo đường típ 2. Khoảng 5-10% người TĐTD sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm và tổng cộng 70% người TĐTD sẽ thành ĐTĐ thực sự. Việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực người mắc TĐTD sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc ĐTĐ típ 2 và dự phòng các biến chứng tim mạch và biến chứng khác do tăng glucose huyết [3].

*Tác giả: Nguyễn Thị Phương Lan
Địa chỉ: Viện Pasteur TP.Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0976 969 507
Email: lanntp@pasteurhcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/07/2025
Ngày phản biện: 16/08/2025
Ngày đăng bài: 30/09/2025

Việt Nam hiện đang trong quá trình chuyển dịch nhân khẩu học với tốc độ già hóa dân số và đô thị hóa diễn ra nhanh chóng, đặc biệt tại các thành phố lớn. Cùng với sự thay đổi về lối sống và môi trường sống, gánh nặng bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng, trở thành thách thức lớn đối với hệ thống y tế công cộng. Tại Việt Nam, theo khảo sát quốc gia về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2021, tỉ lệ những người bị rối loạn đường huyết lúc đói (đường huyết $\geq 6,1$ mmol/L và $< 7,0$ mmol/L) là 11% ở cả hai giới, tỷ lệ người có lượng đường trong máu tăng (giá trị đường huyết ≥ 7 mmol) hoặc đang dùng thuốc ĐTĐ là 7,1%. Các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm trong dân số từ 18 đến 69 tuổi bao gồm hút thuốc lá (20,8%), uống rượu/bia thường xuyên (36,9%), chế độ ăn thiếu rau quả (60%), ít hoạt động thể chất (22,2%), thừa cân/béo phì (21,6%), THA (26,2%) [4]. Nghiên cứu của tác giả Võ Tuấn Khoa năm 2016 tại Bệnh viện Nhân dân 115 Thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM) trên những người có yếu tố nguy cơ cho thấy tỉ lệ TĐTĐ và ĐTĐ chưa được chẩn đoán lần lượt là 55,8% và 15,3% [5]. ĐTĐ đang gia tăng tại TP.HCM và cần có những chiến lược can thiệp dự phòng cho người dân trong thời gian tới [6]. Viện Pasteur TP.HCM thực hiện các hoạt động y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe cộng đồng, xét nghiệm, sàng lọc phát hiện sớm các các bệnh lý nội khoa, bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm. Hàng ngày chúng tôi tiếp nhận những khách hàng, người bệnh đến thực hiện các xét nghiệm, tiêm ngừa với mục đích kiểm tra sức khỏe, tầm soát sớm các bất thường liên quan đến tình trạng bệnh tật. Chúng tôi đưa ra những câu hỏi tỉ lệ tiền đái tháo đường và đái tháo đường chưa được chẩn đoán trên những người từ 35 tuổi là bao nhiêu? Những yếu tố nào liên quan đến tình trạng này? Xuất phát từ những câu hỏi đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích xác định tỉ lệ TĐTĐ, ĐTĐ chưa được chẩn đoán và mô tả các yếu tố liên quan ở người từ 35 tuổi xét nghiệm tại Viện Pasteur TP.HCM. Từ đó, chúng tôi cung cấp thêm cơ sở dữ liệu cho Chương trình tầm soát TĐTĐ và ĐTĐ tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu:

Người trưởng thành từ 35 tuổi, chưa được chẩn đoán TĐTĐ, ĐTĐ.

Tiêu chuẩn chọn vào:

Người trưởng thành từ 35 tuổi trở lên và chưa được chẩn đoán TĐTĐ, ĐTĐ trước đó đến xét nghiệm tại Viện Pasteur TP.HCM.

Tiêu chuẩn loại ra:

Người có ít nhất một trong các tiêu chí sau:

Người đang mắc các bệnh: nhồi máu cơ tim, đột quỵ, viêm tụy cấp, suy tim cấp, suy gan cấp, suy thận cấp, người bệnh tâm thần hoặc không tinh táo để trả lời các câu hỏi của nghiên cứu viên.

Người đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: corticoid, thuốc chống trầm cảm, estrogen.

Phụ nữ đang mang thai.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng khám Viện Pasteur TP.HCM từ tháng 05/2024 đến tháng 10/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu một tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần chọn; α là mức ý nghĩa thống kê, lựa chọn $\alpha = 0,05$ thì giá trị mức độ tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; d là độ chính xác mong muốn ($d = 0,05$); p là tỉ lệ TĐTĐ và ĐTĐ chưa được chẩn đoán trên

người trưởng thành từ 35 tuổi trở lên ($p = 0,5$). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đạt và cộng sự nhằm xác định tỉ lệ TĐTĐ và ĐTĐ chưa được chẩn đoán ở người từ 45 tuổi tại Khánh Hòa và các yếu tố liên quan. Tỉ lệ TĐTĐ và ĐTĐ chưa được chẩn đoán dựa trên glucose đói hoặc HbA1c lần lượt là 50,1% và 8,1% [7]. Áp dụng các tỉ lệ trong nghiên cứu này vào công thức trên, chúng tôi tính được cỡ mẫu cần lấy là 385 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu toàn bộ, những người từ 35 tuổi đến xét nghiệm tổng quát tại Viện Pasteur TP.HCM thỏa tiêu chuẩn nhận vào của nghiên cứu, không thỏa các tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Định nghĩa biến số

Nhóm biến số nhân trắc và dân số xã hội bao gồm tuổi, giới tính, dân tộc, nghề nghiệp, nơi cư ngụ, tình trạng hút thuốc lá hiện tại, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường; Nhóm biến số bệnh đi kèm bao gồm THA, rối loạn lipid (RLLP) máu, bệnh mạch vành và đột quỵ; Nhóm biến số lâm sàng bao gồm chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo, vòng hông, tỉ số eo/hông, béo phì trung tâm, huyết áp (huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương); Nhóm biến số cận lâm sàng bao gồm glucose huyết tương đói, HbA1c, bilan mỡ máu (Cholesterol TP, LDL-Cholesterol, HDL-Cholesterol, triglyceride).

Tuổi (năm) lúc vào nghiên cứu: biến số định lượng liên tục, tính bằng năm tại thời điểm nghiên cứu, trừ năm sinh.

Nhóm tuổi, biến số thứ tự, gồm bốn giá trị là các nhóm (từ 35 tuổi – 44 tuổi), (từ 45 tuổi – 54 tuổi), (từ 55 tuổi – 64 tuổi) và nhóm ≥ 65 tuổi

Giới tính là biến nhị giá, gồm 2 giá trị nam và nữ

Dân tộc là biến định tính- nhị giá, gồm 2 giá trị là dân tộc kinh và dân tộc khác

Tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ: biến số nhị giá, gồm hai giá trị: “Có” và “Không”, được ghi nhận từ lời khai của người bệnh, gọi là “Có” khi người bệnh có người thân đời thứ nhất (bố, mẹ, anh chị em ruột, con ruột) bị ĐTĐ.

BMI: Biến số định lượng liên tục, đơn vị là kg/m^2 , được tính theo công thức:

$$\text{BMI}(\text{kg/m}^2) = \frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao (m)}^2}$$

Kết quả được làm tròn đến số thập phân thứ nhất, trong đó:

Cân nặng (đơn vị là kg): Biến định lượng liên tục, kết quả được làm tròn đến số thập phân thứ nhất. Tất cả bệnh nhân được đo cân nặng khi đói tại thời điểm nhận vào nghiên cứu bằng cùng một loại cân điện tử đặt tại phòng khám. Bệnh nhân không mặc áo khoác, không đội mũ, không mang giày, không kèm theo ví tiền, điện thoại.

Chiều cao (đơn vị là m): Biến định lượng liên tục, kết quả được làm tròn đến số thập phân thứ nhất. Bệnh nhân được đo chiều cao tại thời điểm nhận vào nghiên cứu bằng cùng một loại thước đo với độ chính xác đến 0,1 cm. Khi đo, bệnh nhân đứng thẳng sao cho đầu, lưng, hông, gót chân cùng chạm vào tường, hai tay buông dọc theo thân mình, mắt nhìn thẳng, không đội mũ, không mang giày, dép.

Vòng eo (đơn vị là cm): Biến số định lượng, liên tục. Vòng eo được đo bằng cách vòng qua điểm giữa tính từ bờ dưới xương sườn thấp nhất và bờ cao nhất của mào chậu, ở thì thở ra. Bệnh nhân đứng thẳng, hai chân khép lại, hai tay dọc theo thân mình, mặc áo ngoài mỏng nhất, kết quả được làm tròn đến số thập phân thứ nhất.

Vòng hông (đơn vị là cm): Biến số định lượng liên tục, kết quả được làm tròn đến số thập phân thứ nhất. Vòng hông được đo bằng chu vi qua hai gai chậu trước trên theo chiều ngang. Bệnh nhân đứng thẳng, hai chân khép lại, không mặc áo khoác.

THA được định nghĩa là “có” khi người bệnh thỏa mãn 1 trong 2 tiêu chí [8] là huyết

áp tâm thu lớn hơn hoặc bằng 140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn hoặc bằng 90 mmHg, trong ít nhất hai lần đo tại phòng khám hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị thuốc hạ áp theo toa của bác sĩ chuyên khoa hoặc giấy xuất viện.

RLLP máu được định nghĩa là “có” khi người bệnh được chẩn đoán rối loạn lipid máu (người bệnh có ít nhất một trong các tiêu chuẩn theo hướng dẫn của Hiệp hội các nhà Nội tiết Lâm sàng Hoa Kỳ năm 2017 [9].

Cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L (200mg/dL) và/hoặc,

LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L (100mg/dL) và/hoặc,

HDL-C $\leq 1,03$ mmol/L (40 mg/dL) đối với nam, HDL-C $\leq 1,29$ mmol/L (50mg/dL) đối với nữ và/hoặc,

Triglycerides $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL)

Hoặc người bệnh đang điều trị thuốc rối loạn lipid

Tình trạng béo phì trung tâm được gọi là “Có” khi thỏa tiêu chí của IDF 2005 (Vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ hoặc tỉ số eo/hông $\geq 0,9$ ở nam và $\geq 0,8$ cm ở nữ).

Phân loại BMI: Biến số thứ tự gồm 5 giá trị theo bảng phân loại của WHO năm 2004 giành cho người Châu Á [10]:

Nhẹ cân: BMI $< 18,5$ kg/m²

Bình thường: BMI (18,5 - 22,9 kg/m²)

Thừa cân: BMI (23 - 24,9 kg/m²)

Béo phì độ I: BMI (25 - 29,9 kg/m²)

Béo phì độ II: BMI ≥ 30 kg/m²

Chẩn đoán TĐTĐ và ĐTĐ theo tiêu chí chẩn đoán TĐTĐ và ĐTĐ của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2023 [11]:

Chẩn đoán TĐTĐ khi người bệnh có nồng độ glucose huyết tương lúc đói từ 5,6 - 6,9 mmol/L (100 - 125 mg/dL) hoặc HbA1c: 5,7 – 6,4% (39 - 47 mmol/l).

Chẩn đoán ĐTĐ khi người bệnh có nồng độ glucose huyết tương đói ≥ 7 mmol/l (≥ 126 mg/dL) hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên là bác sỹ trực tiếp giải thích rõ ràng về mục đích tiến hành nghiên cứu, mục tiêu nghiên cứu, ý nghĩa của nghiên cứu, giải thích và hướng dẫn bệnh nhân ký vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu. Bác sỹ phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn, thăm khám lâm sàng, và ghi nhận các kết quả cận lâm sàng. Nội dung phỏng vấn trực tiếp từ bệnh nhân hoặc ghi nhận từ sổ khám bệnh, toa thuốc (nếu có) bao gồm:

Các câu hỏi về thông tin cá nhân cơ bản (Họ tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ hiện tại, số điện thoại), mã số nghiên cứu

Tiền sử bản thân có bệnh lý tim mạch (bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên, đột quỵ, suy tim), đang điều trị thuốc hạ áp, đang điều trị rối loạn lipid máu, đang điều trị thuốc statin, đang điều trị Aspirin, tiền sử gia đình bị ĐTĐ.

Tình trạng hút thuốc lá (thuốc lá và thuốc lá điện tử): hiện tại có hút thuốc, đã từng hút thuốc, chưa bao giờ hút thuốc.

Bác sỹ thăm khám lâm sàng trực tiếp để thu thập các thông tin của đối tượng nghiên cứu bao gồm: cân nặng, chiều cao, chu vi vòng eo (vòng bụng), vòng hông, tính chỉ số eo hông, đo huyết áp để thu thập thông tin về huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương.

Thu thập thông tin cận lâm sàng: tra cứu theo mã số xét nghiệm để thu thập kết quả xét nghiệm và điền kết quả xét nghiệm vào phiếu thu thập thông tin, những trường hợp thiếu thông tin hoặc các thông tin chưa rõ thì bác sỹ nghiên cứu sẽ gọi điện thoại cho bệnh nhân để hoàn thiện phiếu thu thập thông tin.

Các xét nghiệm: Lấy 5ml máu tĩnh mạch vào buổi sáng (khi bệnh nhân đã nhịn ăn, uống

8h, ngoại trừ nước lọc), đem quay ly tâm và gửi đến phòng xét nghiệm trong vòng 30 phút), mẫu máu được bảo quản và vận chuyển ở nhiệt độ 2-8oC về phòng xét nghiệm để thực hiện các xét nghiệm glucose đói, HbA1c, Bilan mỡ máu. Xét nghiệm HbA1c thực hiện tại Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh (lấy máu tĩnh mạch và đo bằng phương pháp miễn dịch độ đục trên máy sinh hóa tự động Cobas c502 của hãng Roche, Janpan). Phương pháp này đã được chuẩn hóa theo mẫu thử tham chiếu trong nghiên cứu DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) do NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program) cấp chứng nhận. Xét nghiệm glucose đói và Bilan mỡ được đo bằng phương pháp điện hóa phát quang trên máy sinh hóa tự động Cobas c502 của hãng Roche, Janpan.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và dùng phần mềm SPSS 25 để xử lý và phân tích. Phân tích các yếu tố liên quan theo mô hình hồi qui logistic.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được hưởng đầy đủ quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, số 37/GCN-PAS, ngày 7/12/2023.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (n = 385)

Đặc điểm	n (%)
Tuổi (năm) TB ± ĐLC	50,9 ± 10,3
Nhóm tuổi	
35 - 44	115 (29,5)
45 - 54	136 (35,5)
55 - 64	89 (23,1)
≥ 65	45 (11,7)
Giới, n (%)	
Nam	146 (37,9)
Nữ	239 (62,1)
Dân tộc, n (%)	
Kinh	376 (97,7)
Khác	9 (2,3)
Nơi cư ngụ, n (%)	
TP.HCM	220 (57,1)
Khác	165 (42,9)
Tiền sử gia đình có ĐTD	140 (36,4)
Bệnh đồng mắc	
Bệnh mạch vành	23 (5,9)
Đột quỵ	4 (1)
Suy tim	2 (0,5)
THA	50 (13)
Rối loạn lipid máu	37 (9,6)
BMI (kg/m ²), TB± ĐLC	23,3 ± 3,1

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (n = 385) (tiếp)

Đặc điểm	n (%)
Phân loại BMI	
Nhẹ cân	18 (4,7)
Bình thường	169 (43,9)
Thừa cân	95 (24,7)
Béo phì	103 (26,8)
Vòng eo (cm), TB $\pm$ ĐLC	82,6 $\pm$ 9,1
Vòng hông (cm), TV (Q1-Q3)	94,7 (90 - 99)
Tỉ số eo/hông, TB $\pm$ ĐLC	0,87 $\pm$ 0,6
Béo phì trung tâm, n (%)	171 (44,4)
Vòng eo $\geq$ 90 cm (nam)	65 (16,9)
Vòng eo $\geq$ 80 cm (nữ)	106 (27,5)

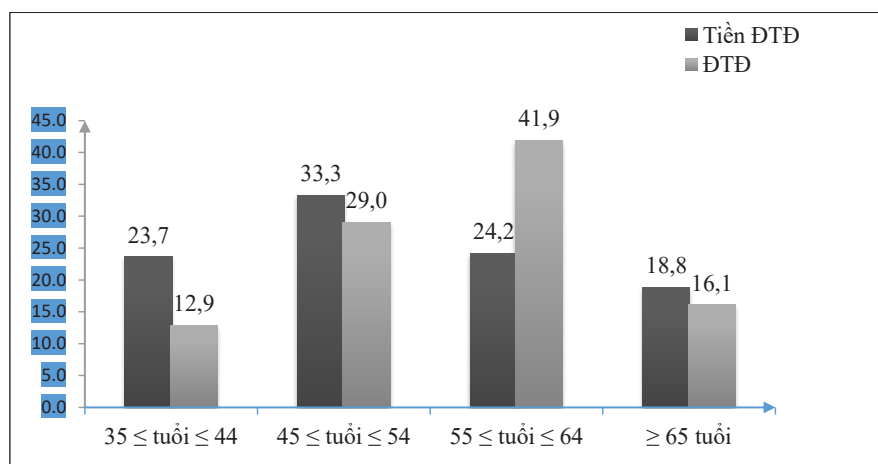
TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; TV: Trung vị; BMI: chỉ số khối cơ thể

Dân số nghiên cứu gồm 385 người, tuổi trung bình $50,9 \pm 10,3$, nữ chiếm 62,1%. Phần lớn là người Kinh (97,7%), cư trú tại TP.HCM (57,1%). Người có tiền sử THA và đang điều trị THA chiếm tỉ lệ 13%, rối loạn lipid máu 9,6%, tiền sử gia đình mắc ĐTDĐ 36,4%. BMI trung bình là $23,3 \pm 3,1$, với 51,5% thừa cân/béo phì. Béo phì trung tâm ghi nhận ở 27,5%

nữ và 16,9% nam.

3.2 Tỉ lệ TĐTĐ, ĐTDĐ chưa được chẩn đoán trong dân số nghiên cứu (n= 385)

Nghiên cứu ghi nhận 45,5% trường hợp mắc TĐTĐ và 8,1% người mắc ĐTDĐ mới được chẩn đoán.



Hình 1. Tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường và đái tháo đường theo nhóm tuổi

TĐTĐ cao nhất ở nhóm từ 45 đến 54 tuổi chiếm tỉ lệ 33,7%, thấp hơn ở nhóm từ 35 đến 44 tuổi chiếm tỉ lệ 24,0%, nhóm từ 55 đến 64 tuổi chiếm tỉ lệ 23,4% và thấp nhất ở nhóm từ 65 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 18,9%, sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm người bệnh ĐTDĐ, tỉ lệ ĐTDĐ cao nhất ở nhóm từ 55 đến 64 tuổi chiếm 41,9% và thấp nhất ở nhóm từ 35 đến 44 tuổi chiếm tỉ lệ 12,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ tiền đái tháo đường và đái tháo đường theo giới

Đặc điểm	Nữ	Nam	Giá trị p*
TĐTĐ, n (%) (n = 175)	97 (55,4)	78 (44,6)	0,014
ĐTĐ, n (%) (n = 31)	18 (58,1)	13 (41,9)	0,0631

* Kiểm định Chi-Square

TĐTĐ ở nữ giới chiếm tỉ lệ 55,4% cao hơn so với nam giới (44,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. ĐTĐ ở nữ (58,1%) cũng chiếm tỉ lệ cao hơn so với nam giới 41,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Tỷ lệ tiền đái tháo đường và đái tháo đường theo tiền sử gia đình mắc đái tháo đường

Đặc điểm	Tiền sử gia đình có ĐTĐ	Bình thường	Giá trị p*
TĐTĐ, n (%) (n = 175)	63 (36)	112 (64)	$p = 0,892$
ĐTĐ, n (%) (n = 31)	18 (58,1)	13 (41,9)	$p = 0,009$

*Kiểm định Chi-Square

Trong nhóm TĐTĐ, tỉ lệ người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ là 36%, không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ là 64%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm ĐTĐ, tỉ lệ người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ chiếm tỉ lệ cao hơn (58,1%) so với nhóm bình thường (41,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3 Các yếu tố liên quan của tiền đái tháo đường – đái tháo đường

Bảng 4. Các yếu tố liên quan tiền đái tháo đường - đái tháo đường

Đặc điểm	Đơn biến		Đa biến	
	OR (95% CI)	p*	OR (95% CI)	p*
Nhóm tuổi ≥ 65 tuổi	8,1 (3,4 - 19,8)	$<0,001$	7,8 (2,5 - 24,4)	$<0,001$
THA (có/ không)	2,8 (1,8 - 4,4)	$<0,001$	1,8 (1,1 - 3,1)	0,02
Tăng cholesterol TP (có/ không)	1,9 (1,3 - 2,9)	0,002	2,0 (1,2 - 3,5)	0,009
Tăng triglycerides (có/ không)	3,1 (1,7 - 5,5)	$<0,001$	2,6 (1,3 - 5,1)	0,008
Đang điều trị statin (có/ không)	5,7 (2,2 - 15,1)	$<0,001$	4,3 (1,5 - 12,5)	0,008
Béo phì trung tâm (có/ không)	2,8 (1,8 - 4,3)	$<0,001$		
Phân loại BMI (Bình thường/thừa cân - béo phì)	2,3 (1,6 - 3,5)	$<0,001$		
Gan nhiễm mỡ (có/ không)	2,7 (1,6 - 4,5)	$<0,001$		

TP: toàn phần; OR: odds ratio ; CI: khoảng tin cậy

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc tiền đái tháo đường – đái tháo đường (TĐTĐ – ĐTĐ) gồm: tuổi ≥ 65 (OR = 7,8; KTC 95%: 2,5 - 24,4; $p < 0,001$), tăng huyết áp (OR = 1,8; KTC 95%: 1,1 - 3,1; $p = 0,02$), tăng cholesterol toàn phần (OR = 2,0; KTC 95%: 1,2 - 3,5; $p = 0,009$), triglyceride $> 2,8$ mmol/L (OR = 2,6; KTC

95%: 1,3 – 5,1; $p = 0,008$) và đang điều trị statin (OR = 4,3; KTC 95%: 1,5 – 12,5; $p = 0,008$). Tất cả các yếu tố đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $50,9 \pm 10,3$ tuổi, tương đương với các nghiên cứu trong nước như của Võ Tuấn Khoa (54,4 tuổi) [5], đây là nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên những người từ 18 tuổi trở lên không có tiền sử mắc ĐTĐ trước đó và có một trong các yếu tố nguy cơ liên quan khi tham gia chương trình sàng lọc sức khỏe tại TP.HCM, việc chẩn đoán TĐTĐ và ĐTĐ đều dựa trên khuyến cáo của ADA, dựa trên các yếu tố nguy cơ cần tầm soát. Nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 45 – 54 chiếm tỷ lệ cao nhất (35,5%), tiếp theo là nhóm 35 – 44 (29,5%), nhóm 55 – 64 (23,1%) và từ 65 tuổi trở lên (11,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt và cộng sự tại Khánh Hòa, trong đó nhóm 45–54 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5%) và nhóm ≥ 65 tuổi thấp nhất (17,9%). Sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai nghiên cứu có thể do độ tuổi tầm soát sớm từ 35 tuổi theo khuyến cáo của ADA 2023, sớm hơn 10 năm so với hướng dẫn Việt Nam 2020. Ngoài ra còn có sự khác biệt về địa lý và tập quán sinh hoạt như lối sống, thói quen và điều kiện tiếp cận y tế có thể ảnh hưởng đến phân bố nhóm tuổi [7].

Phân bố giới tính trong nghiên cứu cho thấy nữ chiếm 62,1%, tương đương gần 2/3 dân số nghiên cứu, tương đồng với nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa tại BV Nhân dân 115 (tỷ lệ nam/nữ 1:2 [5].) và Hồ Phạm Thục Lan tại TP.HCM [12]. Điều này phản ánh xu hướng nữ giới chủ động hơn trong việc tầm soát sức khỏe tại các phòng khám dịch.

4.2 Tỷ lệ tiền đái tháo đường và đái tháo đường trong dân số nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận 45,5% trường hợp mắc TĐTĐ và 8,1% người mắc ĐTĐ mới được chẩn

đoán. Tỷ lệ TĐTĐ và ĐTĐ mới phát hiện chiếm hơn 50% của quần thể nghiên cứu. Tỷ lệ TĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tỷ lệ TĐTĐ trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đạt đều là 8,1%. Về tỷ lệ TĐTĐ mới phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đạt là 50,1% [7]. Cả hai nghiên cứu đều áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA năm 2023 (nghiên cứu của chúng tôi) và nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt là dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2017. Nghiên cứu của tác giả Võ Tuấn Khoa chẩn đoán TĐTĐ, ĐTĐ dựa vào xét nghiệm glucose HT đói và HbA1c với tỷ lệ lần lượt là 55,8% và 15,3% [5]. Nghiên cứu của tác giả Vương Bảo Trân tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM ghi nhận tỷ lệ mắc TĐTĐ là 60,1% (55,3 – 65,6 %), tỷ lệ người mắc ĐTĐ mới được chẩn đoán là 18 % (KTC 95 %: 14,6 – 22,8 %) [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ TĐTĐ và ĐTĐ thấp hơn so với nghiên cứu của hai tác giả trên là bởi vì nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm người chỉ có 1 yếu tố nguy cơ là trên 35 tuổi theo khuyến cáo của ADA, sớm hơn khuyến cáo của Việt Nam 10 tuổi.

Nghiên cứu của Phạm Ngọc Oanh, tỷ lệ ĐTĐ ở người trưởng thành 18–69 tuổi là 8,6%, cao nhất ở nhóm tuổi 50–59 và người có BMI ≥ 30 . Tỷ lệ TĐTĐ là 15,5%, tăng theo tuổi, BMI và béo bụng. Các yếu tố liên quan gồm tuổi ≥ 45 , béo bụng và tiền sử gia đình mắc ĐTĐ [6]. So với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐTĐ và TĐTĐ trong nghiên cứu này thấp hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước tại TP.HCM về tỷ lệ TĐTĐ và ĐTĐ mới phát hiện. Nghiên cứu cộng đồng của Phạm Ngọc Oanh (2020) trên 1.242 người từ 18–69 tuổi ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ là 8,6% và TĐTĐ là 15,5%. Tại các bệnh viện, nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa (2016) tại Bệnh viện Nhân dân 115 và của Vương Bảo Trân tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đáng kể. Đặc biệt, nghiên cứu của Hồ Phạm Thục Lan (2015) trên người ≥ 30 tuổi cho thấy tỷ lệ TĐTĐ theo glucose huyết tương lúc đói là 12,1%, theo HbA1c là

34,6%; tỉ lệ ĐTĐ tương ứng là 6,3% và 9,7%. Những khác biệt này phản ánh sự đa dạng về phương pháp chẩn đoán và đặc điểm dân số nghiên cứu. Qua các nghiên cứu có thể thấy tần suất mắc TĐTĐ và ĐTĐ ở TP.HCM đang gia tăng rất nhanh, đặc biệt là nhóm những người có yếu tố liên quan. Do vậy, từ năm 2020, Bộ Y tế Việt Nam đã có những hướng dẫn chẩn đoán và điều trị TĐTĐ và ĐTĐ, trong đó khuyến cáo tầm soát bệnh trên những người từ 45 tuổi trở lên, những người thừa cân – béo phì có kèm theo một trong các yếu tố nguy cơ như tiền sử gia đình có người thân thuộc thể hệ thứ nhất bị ĐTĐ, tiền sử có các bệnh đồng mắc, trên cả những người có tiền sử ĐTĐ thai kỳ [3].

Từ kết quả nghiên cứu này chúng tôi khuyến nghị nên quan tâm đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh TĐTĐ, ĐTĐ cũng với những yếu tố liên quan để người dân có thể nhận biết được, đồng thời nên khuyến khích các chương trình tầm soát sức khỏe ngoài cộng đồng như tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu: phòng khám đa khoa, phòng khám bác sĩ y học gia đình, tại các trạm y tế xã/phường. Từ đó phát hiện sớm những bất thường về sức khỏe ngay từ giai đoạn sớm khi BN mới ở những giai đoạn đầu, từ đó giảm gánh nặng bệnh tật liên quan đến ĐTĐ, giảm được những biến chứng do bệnh gây nên.

4.3 Các yếu tố liên quan tiền đái tháo đường – đái tháo đường

Trong mô hình phân tích đa biến, những biến số có giá trị $p < 0,05$ là nhóm tuổi cao (nhóm tuổi ≥ 65 tuổi) với OR là 7,84 ($p < 0,001$), THA với OR là 1,83 ($p = 0,02$), tình trạng tăng cholesterol TP với OR = 2,03 ($p = 0,009$), tăng triglycerides $> 2,8$ mmol/L với OR là 2,55 ($p = 0,008$), đang điều trị statin với OR là 4,3 ($p = 0,008$). Một số yếu tố có thể giải thích cho những đặc điểm trong nghiên cứu của chúng tôi như sau:

Thứ nhất, nhóm tuổi cao từ lâu đã được chứng minh là một trong những yếu tố liên quan của TĐTĐ và ĐTĐ, ADA năm 2023 khuyến cáo nên sàng lọc TĐTĐ và ĐTĐ ở tất cả những người từ 35 tuổi trở lên [11]. Tỉ lệ mắc bệnh

gia tăng theo tuổi và tăng cao nhất trong nhóm từ 70 – 75 tuổi [2], nghiên cứu của chúng tôi không phân loại khoảng tuổi từ 70 -75 nhưng nhóm tuổi trên 65 tuổi ghi nhận là yếu tố liên quan của TĐTĐ và ĐTĐ nằm trong khoảng tuổi này. Những người không bị rối loạn dung nạp glucose thì cứ tăng thêm 10 tuổi, HbA1c sẽ tăng thêm 0,1%. Các nghiên cứu về dịch tễ học trong nước và trên thế giới đều đã chứng minh yếu tố tuổi liên quan đến tình trạng TĐTĐ và ĐTĐ. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt yếu tố nhóm tuổi ≥ 65 tuổi trong mô hình phân tích đơn biến làm tăng nguy cơ TĐTĐ–ĐTĐ với OR là 2.40 (1,31 – 4,53), mô hình phân tích đa biến thì nhóm tuổi ≥ 65 làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ với OR = 1,40 (0,70–2,90) [7]. Nghiên cứu của Tôn Thất Thanh cũng cho thấy tuổi cao là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ – ĐTĐ, nhóm tuổi ≥ 65 tuổi làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ với OR là 1,30 (1,13 – 1,50), tăng nguy cơ mắc ĐTĐ với OR là 2,18 (1,77 – 2,69) [14]. Về cơ chế bệnh sinh, tình trạng đề kháng insulin sẽ tăng dần và chức năng tế bào beta tụy sẽ suy giảm dần theo thời gian, trung bình 0,7% mỗi năm, do đó người lớn tuổi có nguy cơ mắc TĐTĐ và ĐTĐ nhiều hơn [15].

Thứ hai, về yếu tố liên quan THA nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra THA làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ – ĐTĐ với OR là 1,83. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đạt, yếu tố THA trong làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ với OR là 1,22 (0,90–1,65), THA làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ với OR 1,77 (0,96–3,25). Trong nghiên cứu của Tôn Thất Thanh thì yếu tố THA làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ lên 1,10 (1,03 – 1,17), tăng nguy cơ mắc ĐTĐ lên 1,36 (1,25 - 1.48). Nghiên cứu của tác giả Vương Bảo Trân cho thấy yếu tố THA làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ và ĐTĐ với OR là 5,71 (2,97–11,80), yếu tố THA làm tăng nguy cơ TĐTĐ – ĐTĐ của tác giả cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [13], điều này có thể giải thích là dân số nghiên cứu của tác giả là nhóm người đã có yếu tố nguy cơ sẵn có. THA và TĐTĐ – ĐTĐ đều là biểu hiện của hội chứng rối loạn chuyển hóa. Sự tác động qua lại giữa TĐTĐ – ĐTĐ và THA đã được chứng minh qua các nghiên cứu [16]. Trong cơ chế

bệnh sinh của THA và ĐTĐ đều mang những đặc điểm chung của hội chứng rối loạn chuyển hóa, cả hai bệnh đều xuất phát từ tình trạng đề kháng insulin và thừa cân – béo phì, từ đó dẫn đến tình trạng viêm nội mạch, dẫn đến xơ vữa mạch, rối loạn chức năng nội mô mạch máu, tái cấu trúc mạch máu nhỏ như trong cơ chế bệnh sinh của bệnh thận mạn, bệnh vồng mạch và bệnh thần kinh do ĐTĐ. Đồng thời, cả hai tình trạng bệnh đều có sự tăng hoạt tính của hệ renin – angiotensin – aldosterone, stress oxy hóa, kích thích phản ứng viêm trong cơ thể [17].

Thứ ba, về yếu tố rối loạn lipid máu, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng tăng cholesterol TP làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ - ĐTĐ với OR là 2,03 (1,20 – 3,45) đang điều trị statin OR là 4,3 (1,47 – 12,49). Nghiên cứu của Tôn Thất Thanh ghi nhận tình trạng rối loạn lipid máu (qua hồi bệnh) cho thấy có RLLP máu làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ với OR là 0,99 (0,86 – 1,14), RLLP máu làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ với OR là 1,45 (1,21 – 1,73) [14], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng đang điều trị RLLP là BN có bệnh và đang dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại thời điểm thăm khám). RLLP máu cũng là một bệnh lý trong hội chứng rối loạn chuyển hóa, trong đó tình trạng đề kháng insulin dẫn đến tăng nguy cơ mắc TĐTĐ và ĐTĐ. RLLP và ĐTĐ là hai tình trạng bệnh ảnh hưởng qua lại với nhau, có cùng cơ chế của hiện tượng đề kháng insulin và thừa cân – béo phì [17].

Như vậy, tuổi càng cao, THA, RLLP máu (tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid) và đang điều trị statin làm tăng nguy cơ mắc TĐTĐ – ĐTĐ. Những yếu tố này đều nằm trong hội chứng rối loạn chuyển hóa, là những bệnh lý đồng mắc đi cùng nhau, có mối liên hệ qua lại lẫn nhau. Việc không kiểm soát tốt và đầy đủ bệnh chính và các bệnh lý đi kèm đều có thể dẫn đến những kết cục xấu về sức khỏe, không kiểm soát tốt bệnh lý đi kèm sẽ làm nặng thêm bệnh lý nền và ngược lại không kiểm soát tốt bệnh nền sẽ làm nặng thêm các bệnh lý đi kèm. Vì vậy, tầm soát tình trạng TĐTĐ, ĐTĐ dựa vào những yếu tố nguy cơ theo khuyến

cáo của các hiệp hội (Khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam, ADA) và dựa vào các nghiên cứu cụ thể trên những dân số nghiên cứu cụ thể. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra việc tầm soát TĐTĐ, ĐTĐ trên những người từ 35 tuổi (đặc biệt là những người ≥ 65 tuổi), người trên có các tình trạng bệnh đi kèm như THA, RLLP (tăng cholesterol toàn phần, tăng triglyceride $> 2,8$ mmol/L), người đang điều trị thuốc statin là rất cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, thứ nhất là nghiên cứu không thực hiện được nghiệm pháp dung nạp glucose máu, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu thực hiện xét nghiệm glucose HT đói (100%) và tỷ lệ người tham gia có xét nghiệm HbA1c chỉ đạt 80,8% (311/385). Do đó, tỷ lệ TĐTĐ và ĐTĐ có thể ước lượng thấp hơn. Hạn chế thứ 2, xét nghiệm HbA1c bằng phương pháp miễn dịch độ đục trên máy sinh hóa tự động Cobas c502 của hãng Roche, Japan không phải là chuẩn vàng để phân tích HbA1c, tuy nhiên đây là phương pháp phù hợp với điều kiện thực tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 385 người trưởng thành từ 35 tuổi trở lên đến kiểm tra sức khỏe tại Viện Pasteur TP.HCM, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TĐTĐ, ĐTĐ chưa được chẩn đoán ở người trưởng thành ≥ 35 tuổi xét nghiệm tại Viện Pasteur TP.HCM lần lượt là 45,5% và 8,1%. Các yếu tố liên quan của TĐTĐ và ĐTĐ chưa được chẩn đoán ở người trưởng thành bao gồm nhóm tuổi ≥ 65 với OR là 7,4 (2,5 – 24,4), tăng huyết áp với OR là 1,8 (1,1 – 3,1), tăng cholesterol TP với OR là 2,0 (1,2 – 3,5), tăng triglycerides $> 2,8$ mmol/L với OR là 2,6 (1,3 – 5,1), đang điều trị statin với OR là 4,3 (1,5 – 12,5). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi đưa ra khuyến nghị về việc cần chú ý tầm soát TĐTĐ, ĐTĐ ở những người trưởng thành ≥ 35 tuổi, đặc biệt là ở những người có độ tuổi ≥ 65 , đang điều trị statin, những người có tình trạng tăng triglyceride $> 2,8$ mmol/L, tăng cholesterol TP $\geq 5,2$ mmol/L và người có tăng huyết áp. Khi thực hiện tầm soát TĐTĐ và ĐTĐ nên dựa vào cả hai tiêu chí xét nghiệm là glucose huyết tương đói và HbA1c để tránh bỏ sót chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5481/QĐ-BYT, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường Bộ Y tế. 2020.
2. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022; 183: 109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119.
3. Quyết định số 3087/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền Đái tháo đường. Bộ Y tế. 2020.
4. World Health Organization. National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Viet Nam, 2021. In National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Viet Nam, 2021. 2025.
5. Võ Tuấn Khoa, Trần Quang Nam. Tỷ lệ tiền đái tháo đường và đái tháo đường chưa chẩn đoán ở người có yếu tố nguy cơ tại bệnh viện nhân dân 115. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2018; 22: 344 – 348.
6. Phạm Ngọc Oanh, Phan Thanh Tâm, Trần Quốc Cường. Đái tháo đường và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố hồ chí minh năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2023; 19 (1+ 2): 57 – 65.
7. Nguyen VD, Vien QM, Do TH, et al. Prevalence of undiagnosed diabetes and pre-diabetes and its associated risk factors in Vietnam. *Journal of Global Health Science.* 2019; 1 (1)
8. Huỳnh Văn Minh, Phan Thái Hào, Hoàng Anh Tiến. Cập nhật chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp - so sánh các khuyến cáo hiện hành. *Tạp chí Nội khoa Việt Nam* 2020; 19 + 20: 7 – 14.
9. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease. *Endocr Pract.* 2017; 23(Suppl 2): 1 - 87. doi:10.4158/EP171764.APPGL.
10. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Research Support, Non-U S Gov't Review. *Lancet.* 2004; 363 (9403): 157 - 163.
11. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care.* 2023; 46 (Suppl 1): S19 – S40. doi:10.2337/dc23-S002.
12. Ho PLT, Nguyen UD, Tran TX, Nguyen TV. Discordance in the diagnosis of diabetes: Comparison between HbA1c and fasting plasma glucose. *PloS one.* 2017; 12 (8): e0182192.
13. Vuong TB, Tran TM, Tran NQ. High prevalence of prediabetes and type 2 diabetes, and identification of associated factors, in high-risk adults in vietnam: a cross-sectional study. *Diabetes Epidemiology and Management.* 2024; 100239.
14. Ton TT, Tran ATN, Do IT, et al. Trends in prediabetes and diabetes prevalence and associated risk factors in Vietnamese adults. *Epidemiol Health.* 2020; 42: e2020029. doi:10.4178/epih.e2020029.
15. Chang AM, Halter JB. Aging and insulin secretion. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism.* 2003; 284 (1): E7 - E12.
16. Kim MJ, Lim NK, Choi SJ, Park HY. Hypertension is an independent risk factor for type 2 diabetes: the Korean genome and epidemiology study. *Hypertension Research.* 2015; 38 (11): 783 - 789.
17. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. *Can J Cardiol.* 2018; 34 (5): 575 - 584. doi:10.1016/j.cjca.2017.12.005.

PREDIABETES, UNDIAGNOSED DIABETES AND RELATED FACTORS IN ADULTS TESTED AT PASTEUR INSTITUTE IN HO CHI MINH CITY IN 2024

Nguyen Minh Ngoc¹, Nguyen Thi Phuong Lan^{1*}, Nguyen Thi Thu Huong¹,
Dinh Van Thoi¹, Nguyen Thi Thu Thao², Nguyen Ngoc Minh², Vo Minh Phuc³,
Nguyễn Vũ Thượng¹

¹*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

²*Pham Ngoc Thach University of Medicine*

³*Becamex International Hospital*

A cross-sectional study was conducted on 385 adults aged 35 years and over tested at the Pasteur Institute in Ho Chi Minh City from the May to October 2024 to determine the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and describe some related factors in adults. The results showed that the prevalence of prediabetes was 45,5%, undiagnosed diabetes was 8,1%. The average age of the study population was 50,9 ($\pm$ 10,3) years, with males accounting for 37,9% and females 62,1%. The mean body mass index (BMI) was 23,3 ($\pm$ 3,1). Related factors with prediabetes

and undiagnosed diabetes included age $\geq$ 65 years (OR = 7,8, 95% CI: 2,5–24,4), hypertension (OR = 1,8, 95% CI: 1,1–3,1), elevated total cholesterol (OR = 2,0, 95% CI: 1,2–3,5), triglycerides $>$ 2,8 mmol/L (OR = 2,6, 95% CI: 1,3–5,1), and statin treatment (OR = 4,3, 95% CI: 1,5–12,5). Therefore, identifying individuals with related factors is essential for early screening and appropriate intervention strategies for prediabetes and undiagnosed diabetes.

Keywords: Prediabetes, undiagnosed diabetes, related factors

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA BIẾN CHỨNG TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI TỈNH HÀ NAM NĂM 2024

Đỗ Ngân Giang, Trần Thị Nga*, Vũ An Khánh, Tường Vũ Duy Hùng
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý mạn tính phổ biến và là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến nhiều biến chứng như tai biến mạch máu não, suy tim, suy thận và tổn thương mắt. Tại Việt Nam, tỷ lệ người mắc THA ngày càng gia tăng, đặc biệt ở người cao tuổi. Kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh (NB) đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng. Nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa biến chứng THA của NB tại xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 450 người bệnh THA tại xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. Kết quả cho thấy có 30,7% NB có kiến thức đạt, 47,8% NB có thái độ tốt và 78,2% NB có thực hành đạt về phòng ngừa biến chứng THA. Người bệnh THA tại xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam có kiến thức và thái độ về phòng ngừa biến chứng THA còn hạn chế nhưng thực hành ở mức khá. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều điểm cần cải thiện để đảm bảo việc quản lý THA hiệu quả và ngăn ngừa biến chứng lâu dài.

Từ khóa: Tăng huyết áp, kiến thức, thái độ, thực hành, dự phòng biến chứng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý phổ biến với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng trên thế giới và Việt Nam, bệnh diễn biến thầm lặng vì thường không có triệu chứng cảnh báo trước [1]. Kết quả điều tra STEPS tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ THA ở người trưởng thành đã tăng từ 18,9% (2015) lên 26,2% (2021) [2]. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tật và tỷ lệ tử vong của các bệnh không lây nhiễm tăng nhanh chóng trong vài thập kỷ qua, trong đó bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Theo WHO, có 17,5 triệu ca tử vong về các bệnh tim mạch trên thế giới mỗi năm, trong đó tử vong vì biến chứng của THA chiếm 9,4 triệu ca [3]. Các biến chứng THA thường gặp như biến chứng tim mạch, biến chứng về não, biến chứng về thận, biến chứng về mắt và biến chứng về mạch ngoại vi [4].

Các biện pháp phòng ngừa biến chứng THA bao gồm việc tuân thủ điều trị và kết hợp thay

đổi lối sống (kiêng ăn mặn, kiêng ăn đồ dầu mỡ, hạn chế rượu bia, thuốc lá, tăng cường vận động và kiểm soát cân nặng). Để phòng ngừa biến chứng THA, việc có kiến thức, thái độ và thực hành tốt đóng vai trò rất quan trọng, các thử nghiệm lâm sàng cho thấy NB tuân thủ điều trị có thể làm giảm nguy cơ đột quỵ, nhồi máu cơ tim và các biến chứng nguy hiểm khác [4]. Người bệnh hiểu biết về bệnh có xu hướng tuân thủ điều trị và có lối sống lành mạnh hơn. Một số nghiên cứu trên NB điều trị ngoại trú tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ có kiến thức và thực hành về phòng ngừa biến chứng THA ở mức đạt thấp. Theo kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy, tỷ lệ người có kiến thức, thái độ đạt về phòng ngừa biến chứng THA lần lượt là 19,3% và 84,7% [5]. Một nghiên cứu khác trên bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên cho tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành và dự phòng biến chứng THA lần lượt là 56,2%; 42,8% và 29,3% [6].

*Tác giả: Trần Thị Nga

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0913 015 757

Email: tranthinga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/07/2025

Ngày phản biện: 12/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Tỷ lệ người mắc bệnh THA ở tỉnh Hà Nam có xu hướng tăng theo thời gian [7]. Người bệnh có kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa biến chứng THA như thế nào? Nhằm cung cấp bằng chứng cho các nhà quản lý để đưa ra giải pháp phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả quản lý bệnh THA tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là mô tả kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa biến chứng THA của người bệnh tại xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người dân mắc bệnh THA tại xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên; có khả năng nghe, hiểu và trả lời rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không có mặt tại thời điểm thu thập số liệu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025. Thời gian thu thập số liệu: Từ ngày 01/09/2024 đến ngày 01/10/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần có; Z: Là hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha = 0,05$ tương đương khoảng tin cậy 95% thì; $Z = 1,96$. p: Chọn p lần lượt là 0,562; 0,428; 0,293 là tỷ lệ kiến thức, thái độ và thực hành đạt về phòng

ngừa biến chứng THA của NB theo nghiên cứu của tác giả Phạm Hương Lan [5]. d: Mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn $d = 0,046$.

Dựa vào công thức trên, cỡ mẫu nghiên cứu tính được lần lượt là 447, 445 và 377 người. Chọn cỡ mẫu lớn nhất là 447. Thực tế thu được 450 đối tượng nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn dựa vào danh sách người bệnh THA được quản lý tại trạm y tế 2 xã An Ninh và Ngọc Lũ. Điều tra viên lựa chọn NB ở gần trạm y tế nhất để tiến hành phỏng vấn, sau đó di chuyển tới nhà NB tiếp theo theo phương pháp công liên công cho tới khi đủ số mẫu nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về kiến thức phòng ngừa biến chứng THA: Biểu hiện của THA, định nghĩa về THA, biến chứng của THA, chế độ theo dõi đo THA, nguyên tắc điều trị THA, cách dùng thuốc THA, cách dự phòng biến chứng, yếu tố làm bệnh nặng hơn.

Nhóm biến số về thái độ phòng ngừa biến chứng THA: Sự nguy hại của thói quen xấu ảnh hưởng dẫn đến THA, biện pháp thay đổi lối sống và dùng thuốc hỗ trợ, sự nguy hiểm của biến chứng do THA, tuân thủ chỉ định, sử dụng máy đo HA, điều trị toàn diện, thái độ chủ quan với THA, điều trị kiên trì, mức độ THA và điều trị muộn, tuân thủ điều trị và tái khám.

Nhóm biến số về thực hành phòng ngừa biến chứng THA: Chế độ đo huyết áp, kiểm soát cân nặng, tập thể dục thể thao, chế độ sử dụng muối, mức độ sử dụng dầu mỡ, mức độ sử dụng rượu bia, mức độ hút thuốc, uống thuốc điều trị, tái khám theo lịch hẹn, chế độ điều trị.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi gồm 3 phần: Phần 1: Thông tin chung của người bệnh (10 câu hỏi), phần

2: Thông tin liên quan đến bệnh THA (14 câu hỏi), phần 3: Kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa biến chứng THA (28 câu hỏi).

Kiến thức của NB về phòng ngừa biến chứng THA gồm 8 câu hỏi trên các khía cạnh như (1) Định nghĩa về THA, (2) Chỉ số huyết áp (HA) mục tiêu (3) Chế độ theo dõi HA, (4) Cách dự phòng biến chứng, (5) Yếu tố nguy cơ gây THA, (6) Nguyên tắc điều trị THA, (7) Cách dùng thuốc THA, (8) Biến chứng của THA.

Thái độ của NB về phòng ngừa biến chứng THA được đánh giá qua 10 câu hỏi theo thang likert từ 1-5 điểm tương ứng hoàn toàn không đồng ý, không đồng ý, trung lập, đồng ý, hoàn toàn đồng ý trên các khía cạnh như: (1) sự nguy hại của thói quen xấu, (2) biện pháp thay đổi lối sống và dùng thuốc, (3) sự nguy hiểm của biến chứng THA, (4) tuân thủ chỉ định của bác sỹ, (5) sử dụng máy đo HA cá nhân, (6) điều trị toàn diện, (7) thái độ chủ quan với THA, (8) kiên trì điều trị liên tục, suốt đời, (9) HA cao và điều trị muộn gây nhiều tổn hại, (10) tuân thủ điều trị, tái khám định kỳ và có lối sống lành mạnh.

- Thực hành của NB về THA được đánh giá qua 10 câu hỏi: (1) Chế độ đo HA, (2) Kiểm soát cân nặng, (3) Tập thể dục thể thao, (4) Chế độ sử dụng muối, (5) Mức độ sử dụng dầu mỡ, (6) Mức độ sử dụng rượu bia, (7) Mức độ hút thuốc, (8) Uống thuốc điều trị, (9) Tái khám, (10) Chế độ điều trị.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp NB, sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn trên Google form.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập và làm sạch số liệu bằng phần mềm Excel. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.2. Các phép thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm.

Tiêu chuẩn đánh giá: Dựa trên nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Phương (2022) và nghiên cứu của Oula Phommahasay (2019) [5, 8].

+ Kiến thức: Phân loại kiến thức đạt khi trả lời đúng từ 4 câu hỏi trở lên ($\geq 50\%$) và không đạt khi trả lời đúng dưới 4 câu. Mỗi câu hỏi được tính là trả lời đúng khi chọn $\geq 50\%$ đáp án đúng.

+ Thái độ: Thái độ NB chia làm 3 mức độ: từ 40-50 điểm: tốt; 30-39 điểm: trung bình; ≤ 29 điểm: kém.

+ Thực hành: Phân loại kiến thức đạt khi trả lời đúng từ 5 câu hỏi trở lên ($\geq 50\%$) và không đạt khi trả lời đúng dưới 5 câu. Mỗi câu hỏi được tính là trả lời đúng khi chọn $\geq 50\%$ đáp án đúng.

Sai số và biện pháp khắc phục sai số

Sai số

Sai số do điều tra viên: Điều tra viên bỏ sót câu hỏi khi thu thập thông tin, sai số phỏng vấn, sai số khi ghi chép thông tin.

Sai số nhớ lại: Do đối tượng không nhớ chính xác thông tin khi được phỏng vấn, đối tượng không hiểu rõ câu hỏi nhưng không hỏi lại.

Cách khắc phục sai số

Tập huấn luyện điều tra viên phỏng vấn theo bộ câu hỏi

Điều tra viên đặt câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu, giải thích để NB hiểu và trả lời đúng.

Trước khi kết thúc phỏng vấn, điều tra viên kiểm tra lại để đảm bảo không bỏ sót thông tin.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội theo QĐ 8716/ĐHYHN-ĐTĐH ngày 30/12/2024 và được sự chấp thuận của trạm y tế xã An Ninh và Ngọc Lũ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. Đối tượng được thông báo đầy đủ mục đích và các thông tin liên quan về nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được mã hóa và đảm bảo tính bảo mật.

III. KẾT QUẢ

3.1 Kiến thức và thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp

Bảng 1. Kiến thức phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp của người bệnh (n = 450)

	Kiến thức	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chế độ theo dõi đo HA	Hàng ngày	211	46,9
	Hàng tuần	64	14,2
	Hàng tháng	66	14,7
	Chỉ đo khi có biểu hiện của THA	81	18,0
	Chỉ đo khi đi khám định kì	28	6,2
Định nghĩa về THA	HATT $\geq$ 140mmHg và/ hoặc HATTr $\geq$ 90mmHg	401	89,1
	Khác	49	10,9
HA mục tiêu	<140/90mmHg	398	88,4
	Khác	52	11,6
Nguyên tắc điều trị THA	Thay đổi lối sống	38	8,4
	Dùng thuốc theo đơn bác sĩ	176	39,1
	Dùng thuốc và thay đổi lối sống	215	47,8
	Không biết	21	4,7
Cách sử dụng thuốc HA	Chỉ uống khi thấy HA cao	68	15,1
	Uống hàng ngày, đều đặn và lâu dài	336	74,7
	Uống theo từng đợt	31	6,9
	Không biết	15	3,3
Yếu tố nguy cơ gây THA	Tuổi cao	294	34,7
	Ăn mặn	256	58,9
	Ăn thức ăn có nhiều mỡ động vật	142	31,6
	Uống rượu, bia	148	32,9
	Hút thuốc lá	130	28,9
	Thừa cân, béo phì	96	21,3
	Gia đình có người THA	55	12,2
	Ít vận động	103	22,9
	Căng thẳng	64	14,2
	Không biết	78	17,3
Biện pháp duy trì và phòng ngừa biến chứng của THA	Dùng thuốc đúng, đủ liều theo chỉ định của bác sĩ	348	77,3
	Ăn nhiều hoa quả, rau, các loại ngũ cốc và gạo chế biến thô, thực phẩm nhiều chất xơ	191	42,4
	Giảm tối đa muối	169	37,6
	Hạn chế thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, chất béo.	146	32,4
	Duy trì BMI từ 18,5 – 22,9	62	13,8
	Không hút/Bỏ thuốc lá	126	28,0

Bảng 1. Kiến thức phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp của người bệnh (n = 450) (tiếp)

	Kiến thức	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	Tập luyện thể lực (≥ 30 phút/ngày).	74	16,4
	Hạn chế uống rượu/bia	134	29,8
	Kiểm soát tốt căng thẳng	65	14,4
	Tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột	55	12,2
	Khác	61	13,6
Các biến chứng của THA	Biến chứng về tim mạch	174	38,7
	Biến chứng về thận	86	19,1
	Biến chứng về mạch máu	137	30,4
	Biến chứng về thần kinh	122	27,1
	Biến chứng về mắt	65	14,4

HA: Huyết áp; THA: Tăng huyết áp

89,1% và 88,4% người bệnh có kiến thức đúng về chỉ số THA và HA mục tiêu. Đa số người bệnh lựa chọn đúng cách theo dõi HA (61,1%), trong khi 18% chỉ đo khi có biểu hiện của THA không đo huyết áp thường xuyên. Yếu tố nguy cơ gây THA mà người bệnh biết đến nhiều nhất là ăn mặn (58,9%) và tuổi cao (34,7%), 17,3% không biết về các yếu tố nguy cơ. Biện pháp dùng thuốc đúng, đủ liều theo chỉ định của bác sĩ là biện pháp phòng ngừa

BC THA chiếm tỷ lệ cao nhất (77,3%), tiếp đến là ăn nhiều thực phẩm giàu chất xơ (42,4%). Khảo sát kiến thức về biến chứng của THA cho thấy bệnh nhân biết nhiều nhất về biến chứng tim mạch (38,7%) và thấp nhất là biến chứng về mắt (14,4%).

Kết quả phân tích về kiến thức phòng ngừa biến chứng THA cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có kiến thức không đạt (69,3%).

Bảng 2. Thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp của người bệnh (n = 450)

Thái độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt (40 - 50 điểm)	215	47,8
Trung bình (30 - 39 điểm)	228	50,7
Kém (≤ 29 điểm)	7	1,5
Tổng cộng	450	100

Tỷ lệ NB có thái độ trung bình về phòng ngừa biến chứng THA chiếm tỷ lệ cao nhất (50,67%),

tiếp đến là tỷ lệ có thái độ tốt (50,67%) và thấp nhất là tỷ lệ NB có thái độ kém (1,55%).

3.2 Thực hành về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp

Bảng 3. Thực hành phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp của người bệnh (n = 450)

	Thực hành	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đo HA	Hàng ngày	158	35,1
	Hàng tuần	77	17,1
	Hàng tháng	70	15,6
	Chỉ đo khi thấy đau đầu	64	14,2
	Chỉ đo khi đi khám định kỳ	68	15,1
	Không đo	13	2,9
Cách điều trị HA hiện tại	Chỉ dùng thuốc	178	39,6
	Thay đổi lối sống	75	11,7
	Kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống	197	43,8
Tái khám theo lịch hẹn	Thường xuyên, đúng hẹn	280	62,2
	Tái khám không đồng đều	103	22,9
	Không tái khám	67	14,9
Theo dõi cân nặng	Có, ít nhất 02 tháng/lần	222	49,3
	Không	228	50,7
Tập thể dục thể thao	Có	296	65,8
	Không	154	34,2
Kiêng ăn mặn	Có	263	58,4
	Không	187	41,6
Kiêng ăn mỡ	Có	246	54,7
	Không	204	45,3
Sử dụng rượu, bia	Có	87	19,3
	Không/bỏ uống	363	80,7
Hút thuốc lá	Đang hút thuốc	41	9,1
	Chưa từng hút/đã bỏ	409	90,9
Uống thuốc thường xuyên	Có	376	83,6
	Không	74	16,4

HA: Huyết áp

Có 35,1% và 17,1% NB lựa chọn theo dõi số đo HA hàng ngày và hàng tuần. 43,8% NB đang kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống để điều trị THA. Đa số NB tái khám đúng hẹn (62,2%), vẫn còn 14,9% NB không tái khám. Phần lớn NB hạn chế sử dụng rượu bia, thuốc lá (theo thứ tự 80,7% và 90,9%), Hầu hết NB uống thuốc thường xuyên, chiếm tỷ lệ 83,6%.

Kết quả phân tích về thực hành phòng ngừa

biến chứng THA cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có thực hành ở mức đạt (78,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức và thái độ về phòng ngừa biến chứng THA của người bệnh

Phần lớn NB xác định đúng chỉ số THA và HA mục tiêu (89,1% và 88,4%), tuy nhiên kiến

thức về cách đo HA và nguyên tắc điều trị THA vẫn còn hạn chế. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Phương với tỷ lệ có kiến thức về chỉ số THA và cách đo HA dưới 60% [5]. Về điều trị THA, tỷ lệ NB cho rằng chỉ cần dùng thuốc là có thể phòng ngừa biến chứng THA còn khá cao (39,1%). Ngoài ra, chỉ 75% NB cho biết cần uống thuốc điều trị hàng ngày, đều đặn và lâu dài, trong khi nghiên cứu của Oula tại Lào cho thấy tỷ lệ hiểu đúng về dùng thuốc lên tới 95,4% [8]. Sự khác biệt này có thể do mức độ tiếp cận thông tin y tế và tư vấn từ nhân viên y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế.

Về yếu tố nguy cơ gây THA, yếu tố được NB nhận biết nhiều nhất là ăn mặn (58,9%), tiếp theo là tuổi cao (34,7%), uống rượu bia (32,9%), và ăn nhiều mỡ động vật (31,6%). Một số yếu tố nguy cơ khác như căng thẳng, thừa cân, béo phì; và ít vận động lại được nhận biết ở mức thấp hơn, dù đây là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến lối sống và có thể thay đổi được. Đặc biệt, 17,3% NB không biết bất kỳ yếu tố nguy cơ nào, cho thấy kiến thức chung về nguyên nhân gây THA tại cộng đồng vẫn còn hạn chế. Sự thiếu hụt kiến thức này nếu không được cải thiện sẽ ảnh hưởng đến khả năng tự phòng bệnh và kiểm soát huyết áp lâu dài.

Về các biện pháp duy trì và phòng ngừa biến chứng của THA, đa số đối tượng nghiên cứu nhận thức được tầm quan trọng của việc dùng thuốc đúng, đủ liều theo chỉ định của bác sĩ với tỷ lệ cao nhất trong số các biện pháp là (77,3%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Dương Thiện Ân với tỷ lệ 85,9% NB chọn biện pháp dùng thuốc là cách dự phòng biến chứng của bệnh [9]. Các biện pháp thay đổi lối sống lành mạnh như ăn nhiều thực phẩm giàu chất xơ, giảm muối và hạn chế thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, chất béo có tỷ lệ còn khá thấp (lần lượt là 42,4%, 37,6% và 32,4%). Biện pháp duy trì BMI hợp lý, tập luyện thể lực thường xuyên, không hút thuốc lá, hạn chế uống rượu bia, kiểm soát căng thẳng và tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột đều có tỷ lệ

thấp dưới 30% cho thấy nhận thức của NB vẫn còn hạn chế.

Về biến chứng THA, kết quả cho thấy tỷ lệ NB biết về biến chứng về tim mạch, mạch máu và thần kinh (38,7%; 30,4% và 27,1%) cao hơn so với biến chứng về thận và mắt (19,1% và 14,4%). Điều này phản ánh rằng phần lớn NB chỉ chú ý đến các biến chứng phổ biến hoặc dễ nhận thấy hơn, trong khi các biến chứng thầm lặng như tổn thương thận hoặc mắt thường bị bỏ qua. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Dương Thiện Ân (2020) với tỷ lệ NB có kiến thức về biến chứng TBMMN và suy tim cao hơn hẳn so với các biến chứng còn lại [9]. Nghiên cứu trên NB cao tuổi ở Nepal (2015) cũng cho kết quả tương tự về tỷ lệ nhận biết biến chứng về mắt ở mức thấp (13,84%) [10].

Về kiến thức chung, NB có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ thấp (30,7%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Phương tại Bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ (19,3%) nhưng thấp hơn so với 1 số nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh An Giang và TTYT tỉnh Hưng Yên (lần lượt là 63,5% và 56,2%) [5, 6, 9]. Điều này cho thấy sự khác biệt về tiếp cận thông tin và truyền thông sức khỏe giữa các vùng miền, đồng thời phản ánh kiến thức phòng ngừa biến chứng THA của NB tại tỉnh Hà Nam còn chưa tốt.

Thái độ trong việc phòng ngừa biến chứng THA: NB có thái độ tốt chiếm 47,8% và 1,5% có thái độ kém. Có thể thấy NB nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng ngừa biến chứng THA. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Venkatesh U. (2016) thực hiện tại Ấn Độ và nghiên cứu của Nguyễn Việt Phương (2022) tại Cần Thơ, trong đó tỷ lệ NB có thái độ tốt lần lượt là 73,8% và 84,7% [5, 11]. Sự khác biệt có thể đến từ yếu tố địa lý, trình độ dân trí, mức độ tiếp cận thông tin và tư vấn của nhân viên y tế tại từng địa phương. Vì vậy, việc tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe và tư vấn cá nhân tại y tế cơ sở là cần thiết để nâng cao hơn nữa nhận thức và hình thành thái độ tích cực trong cộng đồng người bệnh THA.

4.2 Thực hành về phòng ngừa biến chứng THA của người bệnh

Kết quả cho thấy phần lớn NB thực hiện đo huyết áp đúng theo quy định (52,2%) nhưng vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ chỉ đo khi thấy đau đầu hoặc khi đi khám định kỳ (14,2%; 15,1%) và 2,9% NB không đo HA. Điều này có thể lý giải bởi phần đông hộ gia đình mà chúng tôi khảo sát còn chưa có máy đo HA tại nhà, gây khó khăn trong việc theo dõi. Tỷ lệ NB kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống chỉ chiếm 43,8%, còn lại phần lớn vẫn chỉ tập trung vào điều trị bằng thuốc (43,7%). Kết quả nghiên cứu còn cho thấy có đến 22,9% NB không tái khám đúng hẹn và 14,9% không tái khám NB còn chủ quan trong việc phòng ngừa biến chứng THA, dễ dẫn đến những rủi ro không kiểm soát về mặt sức khỏe.

Tỷ lệ NB không hút thuốc lá và không sử dụng rượu bia chiếm tỷ lệ cao (90,9% và 80,7%) phản ánh mức độ thực hành khá tốt. Phần lớn NB đã có ý thức tập luyện thể dục, thể thao (65,8%), song cần cải thiện hơn nữa. Ngoài ra, các biện pháp khác chưa được NB thực hiện nhiều khi tỷ lệ ở NB kiêng ăn mặn, kiêng ăn mỡ và theo dõi cân nặng còn chưa cao. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Dương Thiện Ân (2020) cũng cho thấy sự tương đồng khi có tỷ lệ không sử dụng thuốc lá, rượu bia ở mức cao và tỷ lệ thực hiện kiểm soát cân nặng còn hạn chế, tuy nhiên có sự khác biệt trong việc tập luyện thể dục, thể thao và việc sử dụng muối, chất béo trong chế độ ăn [9]. Có thể thấy cần nâng cao ý thức trong việc thực hiện các biện pháp thay đổi lối sống ở NB tại 2 xã nhằm kiểm soát bệnh và các biến chứng có thể xảy ra. Về sử dụng thuốc hạ huyết áp, đa số NB tuân thủ tốt với tỷ lệ uống thuốc thường xuyên chiếm 83,6%. Nhìn chung, NB đã có ý thức tuân thủ điều trị bằng thuốc và loại bỏ một số hành vi nguy cơ, song việc kết hợp toàn diện giữa dùng thuốc, theo dõi huyết áp và thay đổi lối sống vẫn còn hạn chế.

Đa số NB có thực hành đạt về phòng ngừa biến chứng THA (78,2%), cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Dương Thiện

Ân (53,1%) và Venkatesh U. cùng cộng sự (37,1%) [9, 11]. Mặc dù đây là tín hiệu tích cực, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ NB có thực hành chưa đạt (21,8%) cần được quan tâm và cải thiện hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NB có kiến thức đạt về phòng chống biến chứng THA còn hạn chế, tuy nhiên tỷ lệ thực hành đạt lại ở mức cao. Điều này có thể được lý giải: Người bệnh có thể chưa có kiến thức về y học, nhưng vẫn duy trì các hành vi phòng ngừa nhờ tuân thủ chỉ định của thầy thuốc. Điều này phản ánh hành vi sức khỏe chịu ảnh hưởng từ chỉ dẫn y tế và sự tin tưởng vào nhân viên y tế, hơn là từ hiểu biết lý thuyết của cá nhân. Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng góp phần quan trọng trong duy trì hành vi đúng. Người thân thường đóng vai trò nhắc nhở uống thuốc, chuẩn bị bữa ăn ít muối, khuyến khích tập luyện. Do đó, dù kiến thức của NB chưa cao, thực hành vẫn được đảm bảo ở mức tốt. Một số trường hợp từng mắc biến chứng hoặc chứng kiến người khác gặp biến chứng tim mạch, tai biến mạch máu não... đã hình thành động lực thay đổi hành vi để phòng tránh. Điều này cũng gợi ý rằng nếu công tác giáo dục sức khỏe được đẩy mạnh, giúp NB hiểu rõ hơn về cơ chế và nguy cơ biến chứng, thì việc thực hành có thể được duy trì bền vững và mang tính chủ động hơn.

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu tại cộng đồng với số lượng mẫu lớn vì vậy nghiên cứu viên không thực hiện quan sát để đánh giá thực hành của người bệnh được, đánh giá thực hành thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi kết quả có thể chưa phản ánh đúng với thực tế. Ngoài ra, nghiên cứu này chưa đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng một số biến chứng của THA như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, suy thận.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức và thái độ về phòng ngừa biến chứng THA của NB còn hạn chế. Tỷ lệ NB kiến thức đạt và thái độ tốt về phòng ngừa biến chứng THA lần lượt là 30,7% và 47,8%.

Cần tăng cường giáo dục sức khỏe tại tuyến cơ sở về các biến chứng THA, yếu tố nguy cơ và nguyên tắc điều trị THA thông qua truyền thông trực quan, dễ hiểu, phù hợp trình độ dân trí địa phương, đồng thời lồng ghép nội dung phòng ngừa biến chứng THA vào các buổi sinh hoạt câu lạc bộ sức khỏe, hoạt động y tế thôn bản. Tỷ lệ thực hành về phòng ngừa biến chứng THA của NB tương đối tốt (78,2%). Đa số NB đã tuân thủ uống thuốc thường xuyên (83,6%), hạn chế thuốc lá (90,9%) và rượu bia (80,7%). Tuy nhiên, chỉ có 35,1% đo huyết áp hàng ngày, 43,8% kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống, 62,2% tái khám đúng hẹn và 50,7% NB chưa theo dõi cân nặng. Mặc dù tỷ lệ thực hành đạt về phòng ngừa biến chứng THA của người bệnh tương đối tốt song vẫn cần cải thiện để đảm bảo việc quản lý THA hiệu quả và ngăn ngừa biến chứng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cổng thông tin Bộ Y tế. Tăng huyết áp là một bệnh lý nguy hiểm - Chương trình mục tiêu quốc gia. Truy cập ngày 01/10/ 2024. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/tang-huyet-ap-la-mot-benh-ly-nguy-hiem.
2. WHO. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2021. Truy cập ngày 22/8/2025. [https://qppl.dienbien.gov.vn/qlvb/vbpq.nsf/3d0f058120469ad34725726600365420/6582A74F66F05DC547258A-9E000A6444/\\$file/31-10_2%20STEP-report-VietName%20\(20,5x29,5cm\)-Nov15-VNese.pdf](https://qppl.dienbien.gov.vn/qlvb/vbpq.nsf/3d0f058120469ad34725726600365420/6582A74F66F05DC547258A-9E000A6444/$file/31-10_2%20STEP-report-VietName%20(20,5x29,5cm)-Nov15-VNese.pdf).
3. A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Accessed September 24, 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>.
4. Cổng thông tin Bộ Y tế. Tăng huyết áp và những biến chứng khó lường - Chương trình mục tiêu quốc gia. Truy cập ngày 23/8/2025. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/tang-huyet-ap-va-nhung-bien-chung-kho-luong.
5. Nguyễn Việt Phương, Nguyễn Trọng Hiến, Phan Kiều My, và cộng sự. Kiến thức, thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. CTUMP. 2023; 60: 72 - 79. doi:10.58490/ctump.2023i60.198.
6. Phạm Hương Lan. Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên. Truy cập ngày 03/5/2025. <https://nsti.vista.gov.vn/publication/view/danh-gia-kien-thuc-thai-do-thuc-hanh-du-phong-bien-chung-o-benh-nhan-tang-huyet-ap-dieu-tri-ngoai-tru-tai-trung-tam-y-te-huyen-an-thi-tinh-hung-yen-14035.html>.
7. Niên giám thống kê 2023. Truy cập ngày 2/3/2025. https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2024/06/NG-TCTK-2023_Final.pdf.
8. Oula Phommahasay. Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện tỉnh Xiêng Khoảng - Lào năm 2019, và yếu tố liên quan. Truy cập ngày 03/5/2025. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201910211540-059da194-301c-48e2-9250-5e0c6bce785c//FullPreview&TotalPage=107&ext=jpg#page/2/mode/2up>.
9. Nguyễn Dương Thiện Ân, Nguyễn Thị Hồng Nguyên, Phan Ngọc Thùy. Kiến thức và thực hành dự phòng biến chứng tăng huyết áp của bệnh nhân tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2020. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 2020; 10: 239 - 250.
10. lThapa R, Tan H, Thapa S, Rens G. Prevalence, Associated Factors and Awareness of Hypertensive Retinopathy Among an Elderly Population with Hypertension in Nepal: The Bhaktapur Retina Study. 2020. doi:10.21203/rs.3.rs-122941/v1.
11. U. V. Knowledge, Attitude and Practice in Relation to Stroke: Comparative Study between Hypertensive and Non-Hypertensive Patients Attending a Tertiary Care Centre in Gorakhpur, Uttar Pradesh, India. Journal of Medical Science And clinical Research. 2016; 04: 15014 - 15021. doi:10.18535/jmscr/v4i12.116.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON PREVENTING HYPERTENSION COMPLICATIONS AMONG PATIENTS IN HANAM PROVINCE IN 2024

Do Ngan Giang, Tran Thi Nga, Vu An Khanh, Tuong Vu Duy Hung
Hanoi Medical University

Hypertension is a common chronic condition and a major risk factor for complications, including stroke, heart failure, kidney disease, and eye damage. In Vietnam, the prevalence of HTN has been increasing, particularly among older people. Patients' knowledge, attitudes, and practices play an important role in controlling blood pressure and preventing complications. This study aimed to assess the knowledge, attitudes, and practices regarding the prevention of hypertensive complications among patients in An Ninh and Ngoc Lu communes, Binh Luc district, Ha Nam province. A cross-sectional study was conducted on 450 hypertensive

patients in these two communes. The results showed that 30.7% of patients had adequate knowledge, 47.8% demonstrated good attitudes, and 78.2% had adequate practices in preventing hypertensive complications. Overall, patients in An Ninh and Ngoc Lu communes had limited knowledge and attitudes but relatively good practices. However, further improvements are still needed to enhance patient awareness and attitudes in order to achieve effective hypertension management and reduce long-term complications.

Keywords: Hypertension, knowledge, attitudes, practices, complication prevention.

THÁI ĐỘ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG BỆNH VIÊM KẾT MẠC CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Huỳnh Thị Hồng Đoan*, Lê Thị Tường Vi, Nguyễn Chí Nghĩa, Lưu Thảo Uyên, Huỳnh Thái Hòa, Quách Huỳnh Long Chấn, Phan Thị Yến Nhi, Nguyễn Phương Anh, Lê Trung Hiếu
Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Bệnh viêm kết mạc là bệnh có khả năng lây lan nhanh chóng. Trẻ em là đối tượng nguy cơ lây nhiễm cao. Thái độ của các bà mẹ đóng vai trò quan trọng trong phòng bệnh viêm kết mạc ở trẻ em. Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỷ lệ thái độ tốt và mô tả một số yếu tố liên quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024. Đối tượng nghiên cứu là bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Tỷ lệ thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc còn thấp (52,7%). Một số yếu tố liên quan đến thái độ tốt của bà mẹ có con dưới 5 tuổi: trình độ học vấn Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học; ; nơi cư trú thành thị; kênh truyền thông Internet, mạng xã hội. Cần tăng cường tổ chức các hoạt động truyền thông về phòng bệnh viêm kết mạc, trong đó chú trọng truyền thông qua internet, mạng xã hội cho đối tượng bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

Từ khóa: Viêm kết mạc mắt; bà mẹ có con dưới 5 tuổi; Cần Thơ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm kết mạc là tình trạng viêm mô kết mạc, biểu hiện bởi sung huyết mạch máu, phù nề, đau và thường kèm theo tiết dịch do virus, vi khuẩn hoặc các chất gây dị ứng. Bệnh gây đỏ, kích ứng mắt và viêm màng kết mạc. Tình trạng này dễ lây lan và thường xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là trẻ em và người trẻ do tiếp xúc gần với rất nhiều người khác ở trường học hoặc trung tâm chăm sóc trẻ em. Ngoài ra, trẻ em không thực hiện vệ sinh tốt. Bên cạnh đó, trẻ dưới 5 tuổi dễ mắc viêm kết mạc do hệ miễn dịch còn yếu và thường xuyên tiếp xúc với môi trường tập thể (như nhà trẻ, trường mầm non), nơi bệnh viêm kết mạc dễ lây lan [1].

Tại Cần Thơ (2023), số trẻ mắc viêm kết mạc đã tăng gần 67,0% so với năm 2022. Mặc

dù bệnh có thể tự khỏi sau 7-14 ngày, việc lây lan nhanh chóng của dịch viêm kết mạc, đặc biệt là ở trẻ em, đang trở thành một vấn đề đáng lo ngại cho sức khỏe cộng đồng [2].

Trẻ nhỏ, đặc biệt là trong độ tuổi dưới 5, có hệ miễn dịch còn yếu do đó dễ mắc các bệnh truyền nhiễm, bao gồm viêm kết mạc. Ở giai đoạn này, trẻ chưa có khả năng tự chăm sóc bản thân, không thể chủ động thực hiện vệ sinh cá nhân hay nhận biết các triệu chứng bệnh lý, dẫn đến sự phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Trong phần lớn các gia đình tại Việt Nam, người mẹ đảm nhận vai trò chăm sóc chính, chịu trách nhiệm theo dõi sức khỏe hàng ngày và đưa ra các quyết định liên quan đến chăm sóc y tế cho trẻ. Các hành vi phòng bệnh như vệ sinh mắt, tay, mặt cho trẻ, cũng như việc hạn chế tiếp xúc với các yếu tố nguy

*Tác giả: Huỳnh Thị Hồng Đoan

Địa chỉ: Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Điện thoại: 0945 238 936

Email: 2053040011@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/07/2025

Ngày phản biện: 25/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

cơ lây nhiễm, chịu ảnh hưởng chủ yếu từ thái độ của người mẹ.

Do đó, thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi đối với việc phòng bệnh viêm kết mạc đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa, kiểm soát và giảm gánh nặng bệnh lý này cho trẻ dưới 5 tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thái độ và một số yếu tố liên quan về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024 với mục tiêu xác định tỷ lệ thái độ tốt về phòng bệnh viêm kết mạc và mô tả một số yếu tố quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi thường trú và sinh sống ít nhất 6 tháng tại thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi vắng nhà sau 03 lần không gặp.

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi không trực tiếp nuôi và chăm sóc con.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Cần Thơ trong năm 2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó độ tin cậy 95%, $d=5,6\%$ là sai số

tương đối; $p = 0,351$ là tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi có thái độ tích cực về phòng, chống viêm kết mạc theo nghiên cứu của Mohamed NE và cộng sự (2024). Dự phòng mất mẫu và sai số 5%, cỡ mẫu tối thiểu là 293. Thực tế chúng tôi thu được là 300.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên 2 giai đoạn.

Giai đoạn 1: chọn địa điểm nghiên cứu: chọn ngẫu nhiên 01 quận và 01 huyện thuộc thành phố Cần Thơ kết quả bốc thăm là quận Cái Răng và huyện Cờ Đỏ. Tại mỗi quận, huyện chúng tôi bốc thăm chọn ngẫu nhiên 2 xã, phường.

Giai đoạn 2: chọn đối tượng nghiên cứu tại mỗi xã phường chọn ít nhất 73 đối tượng theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin chung: tuổi; dân tộc; tôn giáo; nghề nghiệp; trình độ học vấn; tình trạng kinh tế; nơi sinh sống; kiến thức về bệnh viêm kết mạc được đánh giá bằng 5 câu hỏi với điểm tối đa là 5 điểm, nếu đối tượng có câu trả lời đạt ≥ 3 điểm thì được xem là có kiến thức đúng.

Thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc được đánh giá qua thang 5 Likert: hoàn toàn đồng ý (5 điểm); đồng ý (4 điểm); không ý kiến (3 điểm); không đồng ý (2 điểm); hoàn toàn không đồng ý (1 điểm).

Thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi được mô tả qua 7 nhóm yếu tố tổng điểm là 30:

- + Bệnh viêm kết mạc là bệnh nguy hiểm.
- + Bệnh viêm kết mạc rất dễ lây nhiễm khi tiếp xúc gần với người mắc bệnh.
- + Việc phòng ngừa bệnh viêm kết mạc là rất quan trọng.
- + Cần tìm thêm thông tin về các biện pháp phòng ngừa viêm kết mạc.
- + Sẵn sàng thực hiện các biện pháp an toàn để phòng viêm kết mạc.
- + Sẵn sàng kêu gọi mọi người chung tay phòng viêm kết mạc.

+ Một số yếu tố liên quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc mắt của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi, dân tộc, tôn giáo, tình trạng kinh tế, phương tiện truyền thông, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi sinh sống, kiến thức về bệnh viêm kết mạc.

Phân loại thái độ: tốt 18-30 điểm; chưa tốt 6-17 điểm.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích dữ liệu: tiến hành nhập

dữ liệu và làm sạch dữ liệu trên phần mềm Excel 2019. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 25.0 sử dụng các toán thống kê như: tần số, tỷ lệ %, kiểm định chi-square.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Số: 23.087.SV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Bảng 1. Đặc điểm chung của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc tại thành phố Cần Thơ năm 2024 (n = 300)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 20	10	3,3
	21-40	266	88,7
	>40	24	8,0
Dân tộc	Kinh	289	96,3
	Khác	11	3,7
Tôn giáo	Không theo đạo	174	58,0
	Đạo Phật	110	36,7
	Đạo khác	16	5,3
Trình độ học vấn	Không đi học	19	6,3
	Tiểu học/Trung học cơ sở	108	36,0
	Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	173	57,7
Nghề nghiệp	Cán bộ, văn phòng	70	23,3
	Nông dân, công nhân	45	15,0
	Buôn bán	69	23,0
	Nội trợ	116	38,7
Nơi sinh sống	Lê Bình	79	26,3
	Thường Thạnh	71	23,7
	Trung An	89	29,7
	Trung Thạnh	61	20,3
Tình trạng kinh tế	Trung bình trở lên	255	85,0
	Nghèo/Cận nghèo	45	15,0
Kiến thức	Đúng	73	24,3%
	Chưa đúng	227	75,7%

Nhận xét: nhóm tuổi từ 21-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (88,7%). Dân tộc Kinh chiếm đa số (96,3%). Về tôn giáo, không theo đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (58,0%). Về trình độ học vấn, Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (57,7%).

Về nghề nghiệp chủ yếu là công việc nội trợ (38,7%). Tình trạng kinh tế chủ mức trung bình trở lên (85%). Có 24,3% người có kiến thức đúng về bệnh viêm kết mạc.

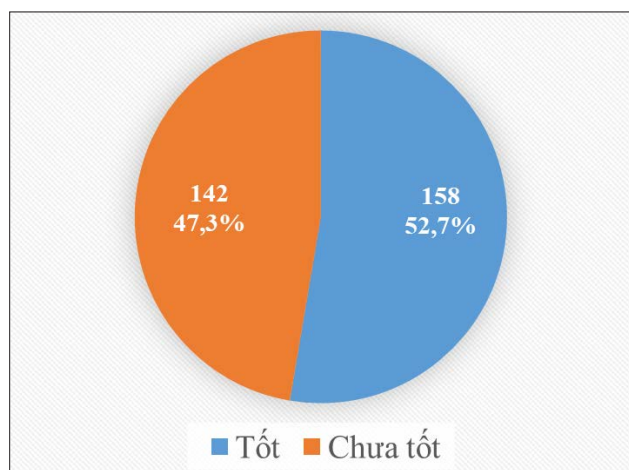
3.2 Thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc

Bảng 2. Thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc tại thành phố Cần Thơ năm 2024 (n = 300)

Các yếu tố	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Bệnh viêm kết mạc là bệnh nguy hiểm	213 (71,0%)	6 (2,0%)	30 (10,0%)	23 (7,7%)	28 (9,3%)
Bệnh viêm kết mạc rất dễ lây nhiễm khi tiếp xúc gần với người mắc bệnh	168 (56,0%)	25 (8,3%)	25 (8,3%)	37 (12,3%)	45 (15,1%)
Việc phòng ngừa bệnh viêm kết mạc là rất quan trọng	251 (83,7%)	2 (0,7%)	14 (4,7%)	19 (6,3%)	14 (4,7%)
Cần tìm thêm thông tin về các biện pháp phòng ngừa viêm kết mạc	196 (65,3%)	23 (7,7%)	29 (9,7%)	30 (10,0%)	22 (7,3%)
Chị sẵn sàng thực hiện các biện pháp an toàn để phòng viêm kết mạc	214 (71,3%)	11 (3,8%)	19 (6,3%)	28 (9,3%)	28 (9,3%)
Chị sẵn sàng kêu gọi mọi người chung tay phòng viêm kết mạc	193 (64,3%)	40 (13,3%)	14 (4,7%)	23 (7,7%)	30 (10,0%)

Nhận định cho rằng “Bệnh viêm kết mạc là bệnh nguy hiểm” có (71,0%) hoàn toàn đồng ý. Đối với nhận định “Bệnh viêm kết mạc rất dễ lây nhiễm khi tiếp xúc gần với người mắc bệnh” có (56,0%) hoàn toàn đồng ý. Về tầm quan trọng của phòng ngừa, có (83,7%) hoàn toàn đồng ý. Về nhu cầu tìm hiểu thêm các biện pháp phòng ngừa, có (65,3%) hoàn toàn

đồng ý. Đối với việc sẵn sàng thực hiện các biện pháp an toàn, có (71,3%) hoàn toàn đồng ý. Cuối cùng, về việc kêu gọi cộng đồng chung tay phòng ngừa, có (64,3%) hoàn toàn đồng ý. Nhìn chung, đa số các bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhận thức rõ nguy cơ, tầm quan trọng và có thái độ tốt về bệnh viêm kết mạc.



Hình 1. Thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh viêm kết mạc tại thành phố Cần Thơ năm 2024 (n = 300)

Có (52,7%) bà mẹ có con dưới 5 tuổi có tỷ lệ thái độ tốt, tỷ lệ thái độ chưa tốt chiếm 47,3%.

3.3 Yếu tố liên quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024 (n = 300)

Các yếu tố		Thái độ		OR (KTC 95%)	P
		Tốt (n,%)	Chưa tốt (n,%)		
Tuổi	≤20	5 (50,0%)	5 (50,0%)	-	-
	21–40	140 (52,6%)	126 (47,4%)	0,861 (0,243-3,054)	0,840
	>40	13 (54,2%)	11 (45,8%)	0,288 (0,052-1,597)	0,179
Dân tộc	Kinh	153 (52,9%)	136 (47,1%)	-	-
	Khác	5 (45,5%)	6 (54,5%)	1,35 (0,387-4,712)	0,625
Tôn giáo	Không theo đạo	91 (52,3%)	83 (47,7%)	-	-
	Đạo Phật	61 (55,5%)	49 (44,5%)	0,854 (0,504 -1,447)	0,586
	Đạo khác	6 (37,5)	10 (62,5)	2,345 (0,757 -7,265)	0,151
Nghề nghiệp	Cán bộ, văn phòng	44 (62,9%)	26 (37,1%)	-	-
	Nông dân, công nhân	20 (43,5%)	26 (56,5%)	0,45 (0,21 – 0,97)	0,056
	Buôn bán	41 (59,4%)	28 (40,6%)	0,87 (0,44 – 1,71)	0,729
	Nội trợ	53 (46,1%)	62 (53,9%)	0,51 (0,28 – 0,93)	0,034
Học vấn	Không đi học	3 (15,8%)	16 (84,2%)	16,145 (3,632-71,829)	0,002
	Tiểu học/Trung học cơ sở	51 (47,2%)	57 (52,8%)	1,423(0,742 – 2,730)	0,285
	Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	104 (60,1%)	69 (39,9%)	—	—
Nơi sinh sống	Thành thị	89 (59,3%)	61 (40,7%)	1,713 (1,087-2,700)	0,021
	Nông thôn	69 (46%)	81 (54%)		

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến thái độ về phòng bệnh viêm kết mạc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2024 (n = 300) (tiếp)

Các yếu tố		Thái độ		OR (KTC 95%)	P
		Tốt (n,%)	Chưa tốt (n,%)		
Kinh tế	Trung bình trở lên	137 (53,7%)	118 (46,3%)	1,327 (0,699-2,520)	0,382
	Nghèo/Cận nghèo	21 (46,7%)	24 (53,3%)		
Kiến thức	Đúng	44 (27,8%)	114 (72,2%)	1,500 (0,880-2,570)	0,136
	Chưa đúng	29 (20,4%)	113 (79,6%)		
Truyền thông	Tivi	109 (59,9%)	73 (40,1%)	-	-
	Phát thanh	14 (60,9%)	9 (39,1%)	1,04 (0,43 – 2,53)	0,545
	Báo chí	9 (40,9%)	13 (59,1%)	0,46 (0,19 – 1,14)	0,228
	Tờ rơi	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,89 (0,19 – 4,11)	0,231
	Internet, mạng xã hội	21 (80,8%)	5 (19,2%)	2,81 (1,01 – 7,80)	0,025
	Khác	2 (5,0%)	38 (95,0%)	0,04 (0,008 – 0,15)	<0,001*

Nhận xét: đối tượng có trình độ Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học có thái độ tốt về bệnh (60,1%) cao hơn những người Không đi học (15,8%); đối tượng sống ở khu vực Thành thị có thái độ tốt (59,3%) cao hơn khu vực Nông thôn (46%), tiếp cận thông tin qua Internet, mạng xã hội đều có thái độ tốt (80,8%) cao hơn các phương tiện Khác với OR lần lượt là 16,145 (KTC 3,632 - 71,829), 1,713 (KTC 1,087 - 2,700), 0,303 (KTC 1,01-7,80), các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, kiến thức bệnh viêm kết mạc chưa ghi nhận liên quan ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Viêm kết mạc là một bệnh lý mắt hay gặp với nhiều hình thái tổn thương đa dạng. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, diễn biến có thể theo từng mùa, từng thời điểm trong năm và tỷ lệ mắc bệnh có thể khác nhau ở các vùng miền [3, 4].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bà mẹ con dưới 5 tuổi tham gia nghiên cứu có thái độ tốt về bệnh viêm kết mạc là 52,7% và 47,3% đối tượng có thái độ chưa tốt về bệnh viêm kết

mạc. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Mahadi Bashir và cộng sự (2024) là 47,2% [5]. Các kết quả đều cho thấy chưa có nhiều sự quan tâm của đối tượng là bà mẹ có con dưới 5 tuổi đến việc phòng bệnh viêm kết mạc, có thể nguyên nhân do đối tượng thiếu kiến thức về bệnh (24,3%), thái độ chưa tốt cao có thể dẫn đến sự chủ quan trong việc chăm sóc mắt, tuân thủ các biện pháp phòng tránh cũng như phát hiện kịp thời các biến chứng của bệnh viêm kết mạc. Do đó cần phải tăng cường các hoạt động truyền thông giúp nâng cao thái độ của đối tượng trong phòng bệnh viêm kết mạc.

Có 71,0% đồng ý với quan điểm rằng “Bệnh viêm kết mạc là bệnh nguy hiểm”, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Maxwell Silva (2023) là 68,8% trong thời gian dài không điều trị sẽ dễ chuyển biến thành viêm loét giác mạc, nặng hơn là thủng nhãn cầu và một số biến chứng khác [6]. Ngoài ra, có 56,0% bà mẹ có con dưới 5 tuổi đồng ý rằng “Bệnh viêm kết mạc rất dễ lây lan khi tiếp xúc gần với người mắc bệnh”. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Maxwell Silva (2023), trong đó tỷ lệ nhận thức đúng về khả năng lây nhiễm là 66,2% [6]. Trong khi đó, một nghiên cứu khác của Mahadi Bashir và cộng sự (2024) có 40,5% người nhận thức đúng về khả năng lây nhiễm của bệnh [5]. Từ các kết quả này cho thấy mức

độ nhận thức và thái độ về phòng tránh viêm kết mạc ở các nhóm vẫn còn khác nhau, nhưng nhìn chung việc nâng cao ý thức giúp họ chú ý hơn trong việc phòng ngừa và chăm sóc bảo vệ mắt khi mắc bệnh.

Chúng tôi ghi nhận có 65,5% bà mẹ có con dưới 5 tuổi tin rằng việc thu thập thêm thông tin về bệnh viêm kết mạc là điều cần thiết, trong khi 83,7% đồng ý rằng việc ngăn chặn sự lan tỏa của bệnh viêm kết mạc là vô cùng quan trọng trong cộng đồng. Do tính chất rất dễ lây lan nên việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa sẽ giúp ngăn chặn tình trạng bệnh tiến triển và diễn biến xấu. Có 71,3% và 64,3% sẵn sàng áp dụng các biện pháp an toàn để phòng viêm kết mạc và sẵn sàng khuyến khích những người khác tham gia chung tay phòng viêm kết mạc.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đối tượng có độ tuổi từ ≤ 20 tuổi có thái độ tốt là 50%, độ tuổi 21-40 có thái độ tốt là 52,6%, nhóm tuổi >40 có thái độ tốt là 54,2%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả cho thấy tỷ lệ thái độ tốt gần tương đương với nhau ở các nhóm tuổi. Tuổi tác phản ánh sự phát triển sinh học, nhưng thái độ là sự tổng hợp của nhận thức, tình cảm và hành vi, hình thành qua giáo dục, trải nghiệm, môi trường văn hóa – xã hội, do đó muốn hình thành thái độ tốt cần quan tâm đến các nhóm yếu tố xã hội hơn là yếu tố sinh học. Chúng tôi cũng ghi nhận nghề nghiệp là cán bộ văn phòng có thái độ tốt phòng bệnh viêm kết mạc chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,9%, trong khi nhóm thấp nhất là nông dân, công nhân với 42,2%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả cho thấy nghề nghiệp không phải là yếu tố quyết định chính đến thái độ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng ngừa viêm kết mạc không phụ thuộc nhiều vào nghề nghiệp mà chịu ảnh hưởng nhiều hơn từ các yếu tố khác.

Về dân tộc, tỷ lệ thái độ tốt ở nhóm dân tộc Kinh là 52,9% và nhóm dân tộc Khác là 45,5% ($p = 0,625$). Điều này cho thấy yếu tố dân tộc không phải là nhân tố quyết định chính đến thái độ phòng bệnh của bà mẹ có con dưới 5

tuổi. Do đó, ảnh hưởng của dân tộc đến thái độ phòng bệnh có thể phụ thuộc nhiều vào đặc điểm văn hóa và xã hội của từng khu vực.

Về tôn giáo, tỷ lệ thái độ tốt lần lượt là 55,5% ở nhóm theo Đạo Phật, 52,3% ở nhóm Không theo đạo, và 37,5% ở nhóm Đạo Khác ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy tôn giáo không phải là yếu tố chính ảnh hưởng đến thái độ của bà mẹ của bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong việc phòng ngừa bệnh viêm kết mạc. Điều này có thể phản ánh sự đồng đều của các chương trình giáo dục sức khỏe trong cộng đồng, không phân biệt tôn giáo. Tuy nhiên, nghiên cứu ở một số quốc gia khác đã chỉ ra tôn giáo có thể ảnh hưởng đến thái độ liên quan đến sức khỏe. Ví dụ như Gupta và Singh (2017) ở Ấn Độ với kết quả Đạo Hindu 58% và các Đạo Khác 40%, nhận thấy sự khác biệt trong thái độ phòng bệnh giữa các nhóm tôn giáo do các phong tục và niềm tin tôn giáo khác nhau [7]. Vì vậy, trong các bối cảnh văn hóa đa dạng hơn hoặc có sự phân hóa rõ ràng về tín ngưỡng, tôn giáo có thể đóng vai trò quan trọng hơn trong việc định hình thái độ và hành vi phòng bệnh.

Về trình độ học vấn, ở nhóm không đi học tỷ lệ thái độ tốt về phòng bệnh viêm kết mạc là 15,8%, bậc Tiểu học/Trung học cơ sở có tỷ lệ thái độ tốt là 47,2%, bậc Trung học phổ thông trở lên có tỷ lệ thái độ tốt là 60,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy trình độ học vấn thấp có thể ảnh hưởng tiêu cực đến nhận thức và thái độ trong việc phòng ngừa viêm kết mạc, trình độ học vấn càng cao, khả năng nhận thức và thái độ tốt trong phòng bệnh càng được củng cố. Như vậy, có thể thấy rằng giáo dục đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành thái độ tốt. Các bà mẹ có trình độ học vấn cao thường có sự quan tâm, hiểu biết và thái độ tốt hơn đối với việc phòng ngừa bệnh viêm kết mạc ở trẻ.

Về nơi sinh sống, đối tượng sống ở thành thị có thái độ tốt chiếm tỷ lệ 59,3% cao hơn nông thôn có thái độ tốt là 46,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này phản ánh mức độ tiếp cận thông tin ở thành thị tốt hơn. Ảnh hưởng của môi trường sống và giáo dục

trong việc hình thành thái độ tốt. Có thể cũng liên quan đến các chương trình truyền thông, chính sách xã hội có mức độ bao phủ khác nhau giữa hai khu vực sinh sống. Về tình trạng kinh tế, tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi có thái độ tốt trong nhóm kinh tế trung bình trở lên (53,7%) cao hơn so với nhóm Nghèo/Cận nghèo (46,7%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy việc hình thành thái độ tốt về phòng các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là bệnh viêm kết mạc ít chịu tác động bởi kinh tế mà phụ thuộc vào các yếu tố khác.

Chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi có kiến thức đúng có thái độ tốt là 27,8%, kiến thức chưa đúng có thái độ tốt là 20,4%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điều này cho thấy kiến thức đúng không dẫn đến thái độ tốt trong phòng bệnh viêm kết mạc. Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tuy có kiến thức đúng về bệnh và nhận thức rằng viêm kết mạc là bệnh lành tính, dễ điều trị và ít gây biến chứng nên thường có xu hướng đánh giá thấp mức độ nguy hiểm của bệnh. Từ đó dẫn đến tâm lý chủ quan, lơ là trong công tác phòng ngừa. Việc hình thành thái độ tốt còn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác như niềm tin cá nhân, kinh nghiệm thực tế, tác động của cộng đồng hay mức độ quan tâm đến sức khỏe của bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Do đó, ngay cả khi kiến thức chưa đúng, một số bà mẹ vẫn có thể có thái độ tốt nếu họ cảm nhận được nguy cơ hoặc có kinh nghiệm với bệnh trước đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các bà mẹ có con dưới 5 tuổi có thái độ tốt trong phòng bệnh viêm kết mạc tiếp cận thông tin chủ yếu qua Internet và mạng xã hội (80,8%). Điều này cho thấy nguồn thông tin hiện đại, nhanh chóng và dễ tiếp cận có vai trò quan trọng trong việc hình thành thái độ tốt đối với phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tại Jeddah do Almasaud JS thực hiện, trong đó Internet chỉ chiếm 33,2% và tương đồng với nghiên cứu của Samuel Kyei ở Ghana, khi Internet và phương tiện truyền thông cũng được xác định là nguồn thông tin chính [8, 9]. Bên cạnh đó, Tivi vẫn giữ vai trò quan trọng, đặc biệt ở những khu vực mà

Internet chưa phổ biến, chiếm tỷ lệ (59,9%) trong nhóm có thái độ tốt. Như vậy, cả phương tiện truyền thông truyền thống và hiện đại đều có ảnh hưởng nhất định đến thái độ của bà mẹ trong phòng bệnh. Từ kết quả này có thể thấy rằng, việc đa dạng hóa kênh truyền thông là cần thiết để nâng cao thái độ phòng bệnh, đặc biệt cần kết hợp giữa Internet, mạng xã hội với các hình thức truyền thống như Tivi, Phát thanh, Tờ rơi,... nhằm tiếp cận đồng đều đến tất cả bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Ngoài ra, có thể tổ chức thêm các hoạt động cộng đồng như nhóm phụ huynh, buổi thảo luận và chia sẻ kinh nghiệm chăm sóc trẻ kết hợp với phát tờ rơi nhằm củng cố thái độ tốt trong phòng bệnh viêm kết mạc.

V. KẾT LUẬN

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Cần Thơ có thái độ tốt về phòng bệnh viêm kết mạc là (52,7%) và (47,3%) có thái độ chưa tốt, cho thấy sự chênh lệch giữa hai nhóm chưa rõ rệt. Các yếu tố liên quan đến thái độ tốt bao gồm: trình độ học vấn Trung học phổ thông/Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học; nơi cư trú Thành thị; kênh truyền thông Internet, mạng xã hội. Do đó, cần đa dạng hóa các kênh truyền thông để nâng cao thái độ phòng bệnh, đặc biệt cần kết hợp giữa Internet, mạng xã hội với các hình thức truyền thống như Tivi, Phát thanh, Tờ rơi,... nhằm tiếp cận rộng rãi đến tất cả bà mẹ có con dưới 5 tuổi, nhất là tại khu vực Nông thôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kierstan B, Brenda P, Turbert D. Conjunctivitis: What is pink eye? American Academy of Ophthalmology. 2024. Truy cập ngày 11/9/2024. <https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>.
2. Báo Cần Thơ. Bùng phát bệnh đau mắt đỏ. Bệnh viện Nhi đồng TP Cần Thơ. Sở Y Tế Cần Thơ. 2023.
3. Shrestha A, Gurung J, Shrestha A, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding conjunctivitis among secondary school students in Pokhara, Nepal: A cross-sectional study. 2019.

4. World Health Organization. World report on vision. Geneva: WHO. 2019.
5. Ủy ban Nhân dân Thành phố Cần Thơ. Báo cáo tổng quan huyện Cờ Đỏ. Cần Thơ. 2022.
6. Maxwell S, Prajakta VB, Nachiket P, Malcolm S. Assessing knowledge, attitude, and practice regarding conjunctivitis among patients. *Journal of Clinical Ophthalmology and Research*. 2024; 12 (2): 91 - 95.
7. Gupta R & Singh P. The Role of Religion and Culture in Eye Health Practices in Rural India. *Asian Journal of Public Health*. 2017; 12 (2): 95 - 101.
8. Hiền Minh. Gia tăng các ca bệnh đau mắt đỏ. *Báo Điện tử Chính Phủ*. 2023.
9. Lê Thị Cẩm Thanh. Bệnh đau mắt đỏ gia tăng. *Sở Y tế Cần Thơ*. 2023.

ATTITUDES AND RELATED FACTORS TOWARD CONJUNCTIVITIS PREVENTION AMONG MOTHERS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN CAN THO CITY, 2024

**Huynh Thi Hong Doan, Le Thi Tuong Vi, Nguyen Chi Nghia, Luu Thao Uyen,
Huynh Thai Hoa, Quach Huynh Long Chan, Phan Thi Yen Nhi,
Nguyen Phuong Anh, Le Trung Hieu**
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Conjunctivitis is a rapidly contagious disease, and children are a high-risk group for infection. Mothers' attitudes play a crucial role in preventing conjunctivitis in children. This study aimed to determine the proportion of mothers with good attitudes and to describe factors related to their attitudes toward preventing conjunctivitis among mothers with children under five years old in Can Tho City in 2024. The study population included mothers with children under five, and a descriptive cross-sectional design with analysis was used. The proportion of mothers with good attitudes

toward conjunctivitis prevention was still low (52.7%). Factors associated with better attitudes included higher educational levels (high school, vocational training, college, university, or postgraduate), urban residence, and using the Internet and social media as communication channels. It is necessary to strengthen communication activities on conjunctivitis prevention, focusing especially on internet and social media channels targeting mothers with children under five.

Keywords: Conjunctivitis; mothers children under 5 years old; Can Tho

THỰC TRẠNG STRESS, LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC NỘI TRÚ TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2024

Lê Thị Khuyên*, Lê Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Xuân, Trịnh Thị Hằng
Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Hòa Bình

TÓM TẮT

Sức khỏe tâm thần học đường đang nổi lên như một vấn đề y tế công cộng cần được quan tâm đặc biệt. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 738 học sinh trường phổ thông Dân tộc nội trú trung học phổ thông tỉnh Hòa Bình từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024 nhằm mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của học sinh và một số yếu tố liên quan. Sử dụng thang đo DASS-21 với 21 câu hỏi gồm 3 vấn đề: trầm cảm, lo âu và stress để đánh giá sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm lần lượt là 51,6%, 69,7%, 46,9%. Đáng chú ý, 34,8% học sinh có cùng lúc 3 dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm kết hợp, 21,8% có 2 dấu hiệu kết hợp và 20,1% có 1 biểu hiện. Yếu tố mâu thuẫn với gia đình, mâu thuẫn với bạn bè có liên quan đến cả 3 vấn đề stress, lo âu, trầm cảm ($p < 0,001$). Giới tính có liên quan đến stress, lo âu ($p < 0,05$) và sống chung với bố mẹ có liên quan đến trầm cảm của học sinh ($p < 0,01$). Từ kết quả nghiên cứu thấy rằng số học sinh trung học tại khu vực nghiên cứu có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm đang ở mức khá cao, đặt ra yêu cầu cấp thiết cần có các biện pháp can thiệp kịp thời và phù hợp nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần học đường.

Từ khóa: Stress; lo âu; trầm cảm; học sinh; trung học phổ thông

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần (SKTT) là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của mỗi cá nhân, đặc biệt lứa tuổi học sinh trung học phổ thông (THPT). Theo tổ chức y tế thế giới có khoảng 10-20% trẻ em và thanh thiếu niên trên toàn thế giới mắc các rối loạn tâm thần liên quan đến stress, lo âu và trầm cảm, chiếm 16% gánh nặng bệnh tật và thương tật ở độ tuổi này nhưng phần lớn đều không tìm được sự giúp đỡ [1].

Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc các vấn đề SKTT ở độ tuổi thanh niên dao động từ 8-29% và khác nhau theo địa phương, giới tính, đặc điểm cá nhân và phương pháp nghiên cứu, khảo sát dịch tễ học trên mẫu đại diện của 10/63 tỉnh thành, tỷ lệ trung bình các vấn đề SKTT khoảng 12%

(phổ biến nhất là Stress, lo âu, trầm cảm) [2]. Qua khảo sát tại một số trường THPT ở các thành phố lớn bằng thang đo DASS-21 đều cho thấy tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm ở học sinh rất cao và trở thành vấn đề thời sự hiện nay. Ở TP Hồ Chí Minh tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm ở học sinh THPT lần lượt là 36,1%, 39,8%, 59,8% [3], học sinh THPT ở Hà Nội có các biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm cần can thiệp là 56,8%, 45,2% và 19,3% [4].

Học sinh trường phổ thông Dân tộc nội trú trung học phổ thông tỉnh Hòa Bình (trường PTDTNT THPT tỉnh Hòa Bình) là nhóm đối tượng đặc thù, phần lớn đến từ các dân tộc thiểu số, có điều kiện kinh tế đặc biệt khó khăn, sống xa gia đình và phải thích nghi với môi trường học tập – sinh hoạt tập trung. Những yếu tố này có thể làm gia tăng nguy cơ căng thẳng tâm lý.

*Tác giả: Lê Thị Khuyên

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Hòa Bình

Điện thoại: 0942 446 483

Email: lethikhuyen206@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/07/2025

Ngày phản biện: 17/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu để mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan của học sinh trường Phổ thông dân tộc nội trú THPT tỉnh Hòa Bình năm 2024, nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu cần thiết để khuyến nghị các chương trình can thiệp phù hợp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Học sinh trường PTDTNT THPT tỉnh Hòa Bình, năm 2024, đồng ý tham gia nghiên cứu và có giấy xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu của phụ huynh/người giám hộ và nhà trường.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường PTDTNT THPT tỉnh Hòa Bình từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ 738 học sinh Trường P THPT tỉnh Hòa Bình.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn chủ đích, lấy tất cả học sinh của nhà trường vào nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Giới tính, khối lớp, điều kiện kinh tế, bố mẹ sống chung, mâu thuẫn gia đình, mâu thuẫn bạn bè.

Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của ĐTNC.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi tự điền khuyết danh - không ghi họ tên của học sinh. Sử dụng thang đo DASS-21 với 21 câu hỏi gồm 3 vấn đề: trầm cảm, lo âu và stress để đánh giá sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu. Phỏng vấn ĐTNC bằng Google form.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Bảng 1. Các mức độ đánh giá trong thang đo DASS-21 [5]

Mức độ	Stress	Lo âu	Trầm cảm
Bình thường	0 – 14	0 – 7	0 – 9
Nhẹ	15 – 18	8 – 9	10 – 13
Vừa	19 – 25	10 – 14	14 – 20
Nặng	26 – 33	15 – 19	21 – 27
Rất nặng	≥ 34	≥ 20	≥ 28

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu xuất dưới dạng excel. Sau khi làm sạch số liệu được phân tích bằng phần mềm phân tích số liệu SPSS 22. Kết quả trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ %. Sử dụng Chi-square test xác định mối liên quan.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe

của ĐTNC, các ĐTNC được giải thích mục tiêu của nghiên cứu, có văn bản xác nhận đồng ý tham gia. Các thông tin thu được đảm bảo bí mật và không sử dụng với mục đích khác ngoài mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo trường PTDTNT THPT tỉnh Hòa Bình và thông qua bởi Hội đồng khoa học của Sở Y tế Hòa Bình tại Quyết định số 495/QĐ-SYT ngày 13/5/2024

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 738)

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	497	67,3
	Nam	241	32,7
Khối lớp	10	288	39,0
	11	278	37,7
	12	172	23,3
Điều kiện kinh tế	Nghèo	59	8,0
	Đủ sống, khá giả	679	92,0
Bố mẹ sống chung	Có	661	89,6
	Không	77	10,4
Mâu thuẫn với gia đình	Hơn 3 lần/năm	106	14,4
	Không/ít hơn 3 lần/năm	632	85,6
Mâu thuẫn với bạn bè	Có	368	49,9
	Không	370	50,1

Trong 738 học sinh tham gia nghiên cứu, có 67,3% học sinh nữ; 92% học sinh có điều kiện kinh tế đủ sống, khá giả. Số học sinh có bố mẹ không sống chung chiếm 10,4%. Tỷ lệ học sinh

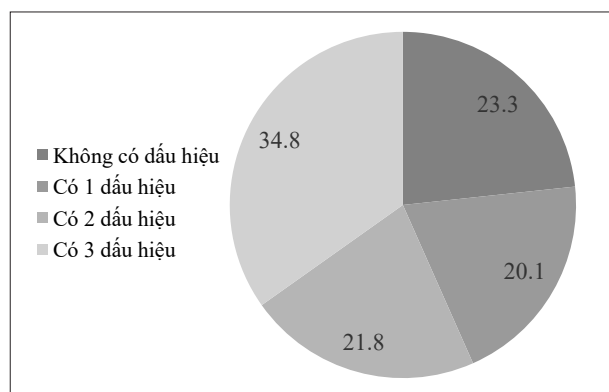
có mâu thuẫn với gia đình hơn 3 lần/năm chiếm 14,4% nhưng có tới gần 1/2 số học sinh có mâu thuẫn với bạn bè.

Bảng 3. Tỷ lệ và mức độ stress, lo âu và trầm cảm (n = 738)

Các biểu hiện		Stress		Lo âu		Trầm cảm	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không rối loạn		357	48,4	224	30,3	392	53,1
Có rối loạn		381	56,1	514	69,7	346	46,9
Mức độ rối loạn	Nhẹ	134	18,2	92	12,5	131	17,7
	Vừa	125	16,9	229	31,0	118	16,0
	Nặng	98	13,3	79	10,7	55	7,5
	Rất nặng	24	3,2	114	15,5	42	5,7

Có 51,6% học sinh có biểu hiện stress, chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa với 18,2% và 16,9%. Học sinh có mức độ stress nặng là 13,3%, rất nặng là 3,2%. Gần 70% học sinh có biểu hiện lo âu. Khoảng 1/3 số học sinh có lo âu mức

độ vừa. Lo âu mức độ nặng và rất nặng chiếm 26,2%. Có 46,9% học sinh có biểu hiện trầm cảm, chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa với 17,7% và 16,0%. Học sinh có mức độ trầm cảm nặng và rất nặng là 13,2%.



Hình 1. Dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm dạng kết hợp (n=738)

Trong 738 học sinh tham gia nghiên cứu có cảm kết hợp; có 21,8% học sinh có 2 dấu hiệu 34,8% học sinh có 3 dấu hiệu stress, lo âu, trầm và 20,1% học sinh có 1 dấu hiệu.

Bảng 4. Mối liên quan giữa stress với đặc điểm của ĐTNC n=738)

Đặc điểm		Stress				OR (CI 95%)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	270	54,3	227	45,7	1,4 (1-1,9)	0,035
	Nam	111	46,1	130	53,9		
Khối lớp	10	151	39,6	137	38,4	1	-
	11	131	34,4	147	41,2	1,2 (0,9-1,7)	0,207
	12	99	26	73	20,4	0,8 (0,6-1,2)	0,286
Điều kiện kinh tế	Nghèo	30	50,8	29	49,2	0,96 (0,6-1,6)	0,892
	Đủ sống, khá giả	352	51,7	328	48,3		
Bố mẹ sống chung	Không	47	61,0	30	39,0	1,5 (0,9-2,5)	0,082
	Có	334	50,5	327	49,5		
Mâu thuẫn với gia đình	Hơn 3 lần/năm	84	79,2	22	20,8	4,3 (2,6-7,1)	0,000
	Không/ít hơn 3 lần/năm	297	47,0	335	53,0		
Mâu thuẫn với bạn bè	Có	230	62,5	138	37,5	2,4 (1,8-3,2)	0,000
	Không	151	40,8	219	59,2		

Học sinh có giới tính nữ có nguy cơ stress gấp 1,4 lần so với học sinh nam ($p < 0,05$). Học sinh có mâu thuẫn với gia đình có nguy cơ stress cao hơn gấp 4,3 lần nhóm ít hoặc không có mâu thuẫn ($p < 0,05$). Học sinh có mâu thuẫn với bạn bè có nguy cơ stress cao hơn gấp 2,4 lần nhóm không có mâu thuẫn ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa lo âu với đặc điểm của ĐTNC (n=738)

Đặc điểm		Lo âu				OR (CI 95%)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	364	73,2	133	26,8	1,7 (1,2-2,3)	0,002
	Nam	150	62,2	91	37,8		
Khối lớp	10	199	38,7	89	39,7	1	-
	11	187	36,4	91	32,7	1,1 (0,8-1,5)	0,64
	12	128	24,9	44	19,6	0,8 (0,5-1,2)	0,224
Điều kiện kinh tế	Nghèo	41	69,5	18	30,5	0,99 (0,6-1,8)	0,978
	Đủ sống, khá giả	473	69,7	206	30,3		
Bố mẹ sống chung	Không	60	77,9	17	22,1	1,6 (0,9-2,8)	0,098
	Có	454	68,7	207	31,3		
Mâu thuẫn với gia đình	Hơn 3 lần/năm	93	87,7	13	12,3	3,6 (2-6,6)	0,000
	Không/ít hơn 3 lần/năm	421	66,6	211	33,4		
Mâu thuẫn với bạn bè	Có	284	77,2	84	22,8	2,1 (1,5-2,8)	0,000
	Không	230	62,2	140	37,8		

Học sinh có giới tính nữ có nguy cơ lo âu gấp 1,7 lần so với học sinh nam ($p<0,01$). Học sinh thường xuyên mâu thuẫn với gia đình có nguy cơ lo âu cao hơn gấp 3,6 lần nhóm ít hoặc không có mâu thuẫn ($p<0,001$). Học sinh có mâu thuẫn với bạn bè có nguy cơ lo âu cao hơn gấp 2,1 lần nhóm không có mâu thuẫn ($p<0,001$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa trầm cảm với đặc điểm của ĐTNC (n=738)

Đặc điểm		Trầm cảm				OR (CI 95%)	P
		Có	%	Không	%		
Giới tính	Nữ	239	48,1	258	51,9	1,2 (0,9-1,6)	0,346
	Nam	107	44,4	134	55,6		
Khối lớp	10	136	39,3	152	38,8	1	-
	11	122	35,3	156	39,8	1,1 (0,8-1,6)	0,426
	12	88	25,4	84	21,4	0,85 (0,6-1,2)	0,413
Điều kiện kinh tế	Nghèo	33	55,9	26	44,1	1,5 (0,9-2,5)	0,148
	Đủ sống, khá giả	313	46,1	366	53,9		
Bố mẹ sống chung	Không	48	62,3	29	37,7	2,0 (1,2-3,3)	0,004
	Có	298	45,1	363	54,9		
Mâu thuẫn với gia đình	Hơn 3 lần/năm	73	68,9	33	31,1	2,9 (1,9-4,5)	0,000
	Không/ít hơn 3 lần/năm	273	43,2	359	56,8		
Mâu thuẫn với bạn bè	Có	205	55,7	163	44,3	2,0 (1,5-2,7)	0,000
	Không	141	38,1	229	61,9		

Học sinh có bố mẹ không sống chung có nguy cơ trầm gấp 2 lần so với học sinh có bố mẹ sống chung ($p < 0,01$). Học sinh thường xuyên mâu thuẫn với gia đình có nguy cơ lo âu cao hơn gấp 2,9 lần nhóm ít hoặc không có mâu thuẫn ($p < 0,001$). Học sinh có mâu thuẫn với bạn bè có nguy cơ lo âu cao hơn gấp 2 lần nhóm không có mâu thuẫn ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 738 học sinh tham gia nghiên cứu được đánh giá theo thang đo DASS-21, tỷ lệ học sinh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm lần lượt là 51,6%, 69,7% và 46,9%. Những tỷ lệ này ở mức khá cao tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tuyền ở học sinh THPT tại tỉnh Cần Thơ (52,8%; 66,1%; 47,4%) [6], của Danh Thành Tín ở Hậu Giang (52,1%; 63,8%; 42,1%) [7] và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Hương Quỳnh ở Vinh năm 2020 (26,2%; 39,2%; 38,2%) [8].

Về biểu hiện stress, nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ stress ở học sinh khá cao (51,6%) gần bằng với nghiên cứu của tác giả Danh Thành Tín tại trường chuyên Vị Thanh tỉnh Hậu Giang (52,1%) [7], có thể do đối tượng nghiên cứu đều ở những ngôi trường top đầu của tỉnh, có áp lực học tập lớn. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Hà Thị Kim Hoàng [9] và Thanh Trúc Thái (51,6% so với 40,5% và 36,1%) [3].

Về biểu hiện lo âu, kết quả bảng 3 cho thấy có 69,7% học sinh có rối loạn lo âu. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Danh Lâm (49%) [10], và vượt trội so với nghiên cứu của Trần Thị Hương Quỳnh (39,2%) [8].

Về biểu hiện của trầm cảm, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có 46,9% học sinh có rối loạn trầm cảm. Tỷ lệ này cũng cao hơn một số nghiên cứu sử dụng cùng bộ công cụ đánh giá DASS-21. Đó là nghiên cứu của các tác giả Trần Thị Hương Quỳnh với 38,2% [8], tác giả Danh Thành Tín với 42,1% [7], tác giả Nguyễn Lê Bảo Hoàng với 40% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 34,8% học sinh xuất hiện đồng thời cả biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm. Kết quả này cao hơn kết quả của Vũ Thị Ly Ly Ngọc tại 3 trường THPT công lập tại Thành phố Hồ Chí Minh (22,7%) [12] và vượt trội so với nghiên cứu của Trần Hồ Vĩnh Lộc nghiên cứu trên 2 trường THPT tại cùng địa phương (13,2%) [13].

Lý giải sự khác biệt về biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm trong nghiên cứu này với các nghiên cứu khác, do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là các em học sinh người dân tộc thiểu số, phải sống xa vòng tay gia đình, sẽ có nhiều sự lo lắng hơn các em học sinh đang được sống cùng gia đình. Cũng có thể do thời điểm nghiên cứu chúng tôi chọn là lúc các em đang ôn thi kết thúc học kỳ 2, là thời điểm áp lực cao nhất.

Về các yếu tố liên quan đến rối loạn tâm lý của học sinh: Nghiên cứu chỉ ra rằng mâu thuẫn với gia đình, mâu thuẫn với bạn bè có liên quan đến cả ba rối loạn stress, lo âu, trầm cảm của học sinh ($p < 0,001$); việc sống chung với bố mẹ chỉ liên quan đến rối loạn trầm cảm của học sinh ($p < 0,01$). Trong khi kết quả nghiên cứu của Hà Thị Kim Hoàng chỉ ra mâu thuẫn với gia đình, mâu thuẫn với bạn bè và sống chung với bố mẹ liên quan đến cả ba rối loạn tâm lý trên [9]. Chúng tôi cũng cho thấy giới tính có liên quan đến rối loạn stress và lo âu: Học sinh nữ có nguy cơ stress gấp 1,4 lần và lo âu gấp 1,7 lần so với học sinh nam ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Tôn Thất Toàn: Học sinh nữ nguy cơ có biểu hiện lo âu và stress cao hơn 3 lần so với nam giới ($p < 0,001$) [14]. Điều này phù hợp với cơ chế phát triển khác biệt về giới tính giữa nam và nữ. Nữ giới phát triển sớm hơn, có xu hướng nhạy cảm, dễ căng thẳng, ngại ngùng và gặp khó khăn trong việc chia sẻ vấn đề của bản thân nên tỷ lệ mắc các vấn đề về cảm xúc thường cao hơn so với nam giới.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành ở một trường nên kết quả không thể đại diện cho học sinh trên thành phố Hòa Bình. Kết quả về tỷ lệ các rối loạn tâm lý của học sinh

không mang tính chuẩn đoán xác định, chưa thể đánh giá được mối quan hệ nhân quả. Một số yếu tố liên quan không đưa vào nghiên cứu: yếu tố di truyền gia đình, tình trạng sức khỏe học sinh,...

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm lần lượt là 51,6%, 69,7%, 46,9%. Tỷ lệ học sinh có 3 dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm kết hợp là 34,8%, 2 dấu hiệu kết hợp là 21,8% và có 1 dấu hiệu là 20,1%. Yếu tố mâu thuẫn với gia đình, mâu thuẫn với bạn bè có liên quan đến cả 3 vấn đề stress, lo âu, trầm cảm ($p < 0,001$). Giới tính có liên quan đến stress, lo âu ($p < 0,05$) và sống chung với bố mẹ có liên quan đến trầm cảm của học sinh ($p < 0,01$). Từ kết quả nghiên cứu thấy rằng stress, lo âu, trầm cảm ở học sinh trung học là vấn đề cấp thiết và cần có các biện pháp cấp thiết, kịp thời để cải thiện các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh trung học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hanna F, Barbui C, Dua T, et al. Global mental health: how are we doing? *World Psychiatry*. 2018; 17 (3): 367 - 368.
2. UNICEF. Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam. 2018.
3. Thai TT, Vu NLLT, Bui HHT. Mental health literacy and help-seeking preferences in high school students in Ho Chi Minh City, Vietnam. *School Mental Health*. 2020; 12 (2): 378 - 387.
4. Trần Văn Công, Nguyễn Thị Hoài Phương, Trần Thành Nam. Thực trạng khó khăn tâm lý của học sinh và nhu cầu sử dụng ứng dụng tư vấn tâm lý trong trường học. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2019; 61 (10).

5. Lovibond SH, Lovibond PF. Depression anxiety stress scales. *Psychological Assessment*. 1995.
6. Nguyễn Thị Thanh Tuyền. Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan của học sinh Trường Trung học phổ thông chuyên Lý Tự Trọng, Cần Thơ năm 2019. *Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng*. 2019.
7. Danh Thành Tín, Lê Minh Thuận, Huỳnh Ngọc Thanh. Tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm của học sinh trường THPT chuyên Vị Thanh tỉnh Hậu Giang và các yếu tố liên quan. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021; 25 (2): 161 - 167.
8. Trần Thị Hương Quỳnh. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress ở học sinh trường THPT Hà Huy Tập, TP Vinh, Nghệ An năm học 2019-2020 và một số yếu tố liên quan. *Trường Đại học Y Hà Nội*. 2020.
9. Hà Thị Kim Hoàng, Nguyễn Thùy Linh, Đỗ Mạnh Hùng và cs. Stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường THPT Thốt Nốt, thành phố Cần Thơ năm 2022. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*. 2023; 7: 9 - 17.
10. Nguyễn Danh Lâm, Lê Minh Giang, Nguyễn Thị Phương Mai và cs. Thực trạng nguy cơ stress, lo âu, trầm cảm của học sinh trung học phổ thông huyện Yên Định, Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 516 (1): 67 - 70.
11. Nguyễn Lê Bảo Hoàng, Huỳnh Văn Sơn, Bùi Hồng Quân. Sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông hậu Covid-19. *Tạp chí Nghiên cứu Dân tộc*. 2024; 3: 71 - 77.
12. Vũ Thị Ly Ly Ngọc. Năng lực sức khỏe về tâm thần và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Hồ Chí Minh. *Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018.
13. Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên. Trầm cảm, lo âu, căng thẳng và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024; 27 (5): 100 - 110.
14. Tôn Thất Toàn. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và hành vi, nhu cầu tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý học sinh lớp 12 trường Trung học phổ thông Lê Quý Đôn, tỉnh Khánh Hòa, năm 2018. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2021; 30 (4): 1990 - 7.

SITUATION OF STRESS, ANXIETY, DEPRESSION SOME RELATED FACTORS AMONG STUDENTS AT THE ETHNIC BOARDING HIGH SCHOOL IN HOA BINH PROVINCE, 2024

Le Thi Khuyen, Le Thi Hong Nhung, Nguyen Thi Xuan, Trinh Thi Hang
Center for Disease Control in Hoa Binh province

School mental health has become an increasingly important public health issue. A cross-sectional study was conducted among 738 students at the Ethnic Boarding high school in Hoa Binh province from January to October 2024 to describe the situation of stress, anxiety, and depression, and some related factors. The DASS-21 scale, consisting of 21 items covering three domains: depression, anxiety, and stress, was used to assess the mental health status of the study participants. The research results showed that the prevalence of stress, anxiety, and depression was 51.6%, 69.7%, and 46.9%, respectively. Of particular concern, 34.8% of students experienced all three conditions concurrently (stress, anxiety, and depression), 21.8% had two symptoms

combined, and 20.1% presented with one symptom. Conflicts with family and peers were significantly associated with stress, anxiety, and depression ($p < 0.001$). Gender showed a significant association with stress and anxiety ($p < 0.05$), whereas living with parents was significantly associated with depression among students ($p < .001$). These findings indicate that the proportion of high school students in the study area exhibiting symptoms of stress, anxiety, and depression is relatively high, underscoring the critical requirement for timely and appropriate interventions to improve school-based mental health.

Keywords: Stress; anxiety; depression; student; high school

Ý ĐỊNH TIÊM VẮC XIN HPV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỪ 18-45 TUỔI TẠI PHÒNG TIÊM CHỦNG, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Hữu Thắng^{1*}, Nguyễn Bích Ngọc¹, Vũ Thế Mạnh¹, Cao Thị Ngọc Anh¹,
Trần Hồng Liên², Lê Thanh Huyền³

¹*Viện đào tạo YHDP và YTCC, trường Đại học Y Hà Nội*

²*Học viện Y học cổ truyền Việt Nam*

³*Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mô tả ý định tiêm phòng vắc-xin HPV Gardasil 9 và các yếu tố liên quan ở người trưởng thành từ 18 đến 45 tuổi tại phòng tiêm chủng cơ sở 2, Trường Đại học Y Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 299 người tham gia. Dữ liệu được thu thập thông qua bảng hỏi tự điền có cấu trúc về thông tin nhân khẩu học, lịch sử tiêm vắc-xin và các yếu tố ảnh hưởng đến ý định tiêm vắc-xin HPV. Kết quả cho thấy, trong số 230 người chưa từng tiêm vắc-xin, có 58,3% cho biết họ có ý định tiêm vắc-xin này, trong khi chỉ 23,1% trong tổng số 299 người tham gia khảo sát đã từng tiêm Gardasil 9. Lý do phổ biến nhất khiến người tham gia không muốn tiêm là “cảm thấy không cần thiết” (14,8%). Nữ giới có tỷ lệ ý định tiêm vắc-xin cao hơn 1,95 lần so với nam giới. Độ tuổi cũng ảnh hưởng đến ý định tiêm vắc-xin, với tỷ lệ ý định tiêm cao hơn 1,49 lần ở nhóm từ 30 tuổi trở lên (53,7%) so với nhóm dưới 30 tuổi (46,3%). Tỷ lệ ý định tiêm vắc-xin HPV trong nhóm nghiên cứu vẫn còn thấp, chỉ đạt 58,26%. Điều này cho thấy vắc-xin HPV vẫn chưa được tiêm chủng rộng rãi, đặc biệt là trong nhóm nam giới và những người dưới 30 tuổi.

Từ khóa: Ý định tiêm; Vắc-xin HPV Gardasil 9; phòng ngừa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus HPV là nguyên nhân gây ra nhiều loại ung thư ở cả nam và nữ, trong đó ung thư cổ tử cung là loại phổ biến nhất ở nữ giới, với khoảng 570.000 ca mắc mới và 311.000 ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu [1]. Vắc xin phòng HPV đã chứng minh hiệu quả cao trong ngăn ngừa nhiễm các týp HPV gây tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung [2]. Nhiều nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng kiến thức, thái độ và nhận thức rủi ro là những yếu tố ý định chính ảnh hưởng đến ý định tiêm vắc xin HPV [3].

Ở Việt Nam, một số khảo sát ở nhóm nữ sinh đại học cho thấy hiểu biết về vắc xin HPV

còn hạn chế; các rào cản về chi phí, ngại tiêm và thiếu tin cậy nguồn cung cũng làm giảm tỉ lệ chấp nhận tiêm [4]. Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin HPV ở Việt Nam còn rất thấp, chủ yếu tập trung ở nhóm vị thành niên và phụ nữ dưới 26 tuổi; trong khi đó, người trưởng thành (18–45 tuổi) vẫn có nguy cơ nhiễm HPV cao do lối sống tình dục ngày càng mở và thiếu thông tin đầy đủ [5]. Tuy nhiên, hiện chưa tìm thấy nghiên cứu về ý định tiêm vắc xin và các yếu tố liên quan trong nhóm người trưởng thành. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả ý định tiêm phòng vắc xin HPV và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành 18-45 tuổi tại phòng tiêm chủng cơ sở số 2 trường Đại học Y Hà Nội.

*Tác giả: Nguyễn Hữu Thắng

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0915 313 175

Email: nguyenuuthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 20/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành từ 18-45 tuổi tại phòng tiêm chủng cơ sở 2 trường Đại học Y Hà Nội.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 09/2024 đến tháng 11/2024 tại phòng tiêm chủng cơ sở 2 trường Đại học Y Hà Nội, 35 Lê Văn Thiêm, Thanh Xuân, Hà Nội.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức chọn mẫu cho một tỷ lệ.

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần đạt trong nghiên cứu; $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Mức độ chính xác của nghiên cứu cần đạt dự kiến 95% ($\alpha = 0,05$) Giá trị $Z = 1,96$ thu được từ bảng Z; d: là sai số tuyệt đối; p: Tỷ lệ ước tính người trưởng thành có kiến thức hoặc thực hành tiêm chủng vắc xin HPV. Cỡ mẫu tối thiểu tính toán được là 231 người dựa trên kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Huyền năm 2023, với tỷ lệ người đã tiêm phòng vắc xin HPV là 18,5% [4]. Thực tế đã tiến hành phỏng vấn được 299 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn những người trưởng thành từ 18-45 tuổi đến sử dụng dịch vụ tiêm chủng tại phòng tiêm chủng cơ sở 2, trường Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến độc lập: Biến nhân khẩu học (tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, nơi cư trú, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân); cách đối tượng tiếp cận thông tin về vắc xin HPV, kiến thức, thái độ về vắc xin HPV.

Biến phụ thuộc: Ý định tiêm vắc xin HPV.

Ý định tiêm vắc xin HPV được định nghĩa là việc đối tượng chưa từng tiêm nhưng trả lời 'có' khi được hỏi về kế hoạch tiêm trong tương lai.

Để đánh giá kiến thức, thực hành của việc tiêm vắc xin HPV, chúng tôi xây dựng bộ câu hỏi dựa trên hướng dẫn dự phòng HPV của Bộ Y tế và tham khảo từ các nghiên cứu trước của tác giả Lê Văn Hội năm 2020 [6]. Nội dung kiến thức bao gồm 8 câu (tối đa 15 điểm): câu hỏi lựa chọn đơn 1 điểm /câu, câu hỏi nhiều lựa chọn mỗi lựa chọn đúng được 1 điểm, tổng điểm kiến thức chung dao động từ 0 – 15 điểm, tổng điểm kiến thức ≥ 8 điểm là đạt, < 8 điểm là chưa đạt. Phần thực hành tiêm chủng vắc-xin gồm 8 câu hỏi, đánh giá thực hành về vắc-xin phòng HPV trên đối tượng, những đối tượng đã tiêm đủ 3 mũi vắc xin được đánh giá thực hành là đạt (đã tiêm). Đối với đối tượng chưa tiêm, chúng tôi đánh giá thêm về ý định tiêm vắc-xin (có/không).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các điều tra viên sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu tại phòng tiêm chủng cơ sở 2 trường đại học Y Hà Nội. Sau đó, các giám sát viên là cán bộ của Viện Đào tạo YHDP và YTCC kiểm tra 5% trong tổng số phiếu để đảm bảo đầy đủ và chính xác.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu, làm sạch số liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và STATA 16. Thống kê mô tả bằng phân phối tần suất, tỷ lệ nhằm mô tả các đặc điểm cá nhân và mô tả, phân loại kiến thức và thực hành về tiêm vắc xin phòng HPV của đối tượng nghiên cứu. Ngoài thống kê mô tả, tiến hành hồi quy logistic đơn biến để tính toán Odds Ratio (OR) với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích đầy đủ về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên

cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan. Các kết quả nghiên cứu sẽ được thông báo cho cơ sở nơi tiến hành nghiên cứu và có những khuyến nghị thích hợp. Nghiên cứu được đồng ý bởi cơ sở y tế và được phê duyệt theo Quyết

định số 1589/QĐ-ĐHYHN của trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt đề tài cơ sở.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 299)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 30 tuổi	161	53,9
>= 30 tuổi	138	46,2
Giới tính		
Nam	96	32,1
Nữ	203	67,9
Dân tộc		
Kinh	290	97,0
Khác	9	3,0
Tôn giáo		
Không	272	91,0
Phật giáo	11	3,7
Thiên chúa giáo	12	4,0
Khác	4	1,3
Nơi cư trú		
Thành thị	268	89,6
Nông thôn	31	10,4
Trình độ học vấn		
THPT trở xuống	32	10,7
Trung cấp, cao đẳng	18	6,0
Đại học trở lên	249	83,3
Tình trạng hôn nhân		
Chưa kết hôn	120	40,1
Đã kết hôn	164	54,9
Ly hôn/ly thân/góa	15	5,0

Bảng 1 cho thấy, trong tổng số 299 đối tượng nghiên cứu, nhóm có độ tuổi dưới 30 chiếm tỷ lệ cao hơn (53,9%) so với nhóm từ 30 tuổi trở lên (46,1%). Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số với

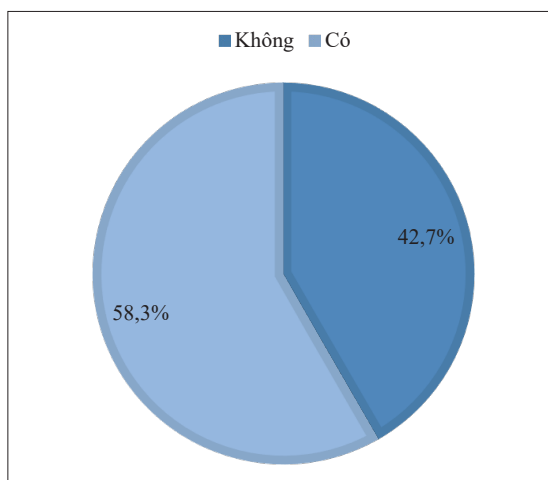
67,9%, cao hơn so với nam giới (32,1%). Về trình độ học vấn, phần lớn đối tượng có trình độ đại học trở lên (83,3%). Đa số đối tượng đã kết hôn (54,9%).

Bảng 2. Thực hành tiêm vắc xin phòng HPV của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã tiêm vắc xin phòng HPV (n = 299)		
Đã tiêm	69	23,1
Chưa tiêm	230	76,9
Lý do chưa tiêm vắc xin HPV (n = 230)		
Lo ngại về an toàn của vắc xin	27	11,7
Lo ngại về tác dụng phụ của vắc xin	23	10,0
Giá quá đắt	49	21,4
Không quan hệ tình dục	6	2,6
Không cần thiết	64	27,8
Đã quá tuổi tiêm	25	10,9
Không biết chỗ nào để tiêm	17	7,4
Khác	19	8,2

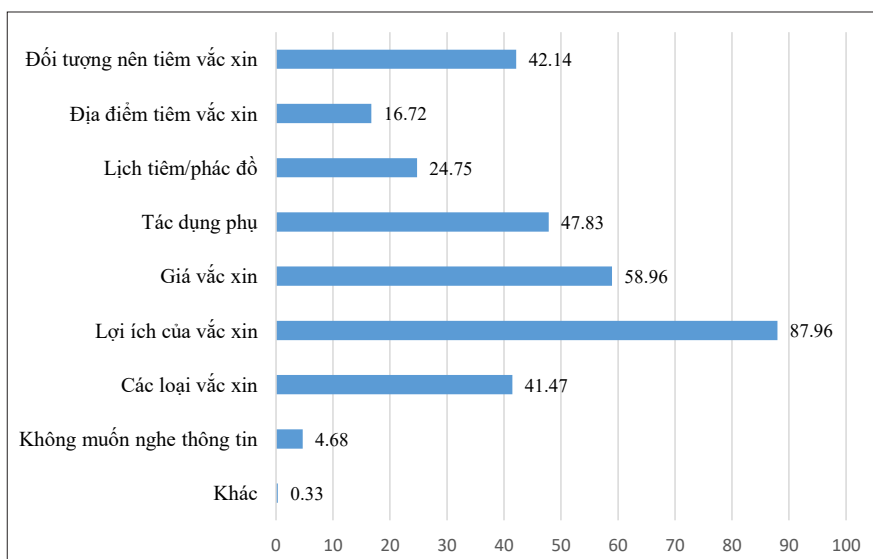
Bảng 2 cho thấy, chỉ 23,1% người tham gia cho biết đã từng tiêm vắc xin HPV. Lý do phổ biến nhất khiến họ chưa muốn tiêm là “cảm

thấy không cần thiết” (27,8%) và giá vắc xin còn đắt (21,4%) trong khi thấp nhất là “không quan hệ tình dục” chỉ chiếm 2,6%.

**Hình 1. Ý định tiêm vắc xin phòng HPV (n = 230)**

Hình 1 cho thấy, trong số 230 người chưa tiêm vắc xin phòng HPV, có 134 người chiếm

tỷ lệ 58,3% có ý định tiêm vắc xin phòng HPV trong tương lai.



Hình 2. Nội dung mong muốn được thông tin của đối tượng nghiên cứu khi có ý định tiêm vắc xin phòng HPV (n = 134)

Hình 2 cho thấy, có tới 88% người tham gia muốn biết về lợi ích của vắc xin phòng HPV, 59% muốn biết về giá của vắc xin và 47,8% muốn biết về tác dụng phụ. Người tham gia

chưa biết về đối tượng nên tiêm vắc xin chiếm tỷ lệ 42,1%. Chỉ có 4,7% không muốn nghe thông tin về loại vắc xin này.

Bảng 3. Mối liên quan giữa ý định tiêm và đặc điểm nhân khẩu học, kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học		Ý định tiêm		Tổng		OR	p
		Có (n, %)	Không (n, %)	n	%		
Giới tính	Nam	43 (32,1)	46 (47,9)	89	38,7	1	0,015
	Nữ	91 (67,9)	50 (52,1)	141	61,3	1,95	
Nhóm tuổi	>= 30 tuổi	72 (53,7)	39 (40,6)	111	48,3	1,49	0,05
	< 30 tuổi	62 (46,3)	57 (59,4)	119	51,7	1	
Học vấn	Cao đẳng trở xuống	30 (22,4)	16 (16,7)	16	7	1	0,235
	Đại học trở lên	104 (77,6)	80 (83,3)	184	80	1,44	
Hôn nhân	Độc thân	52 (38,8)	29 (30,2)	81	35,2	1	0,392
	Đã kết hôn	75 (56)	62 (64,6)	157	59,6	1,48	
	Khác	7 (5,2)	5 (5,2)	12	5,2	0,78	
Kiến thức	Đạt	32 (23,88)	18 (18,8)	50	21,7	1,23	0,352
	Chưa đạt	102 (76,1)	78 (81,3)	180	78,3	1	
Thái độ	Tích cực	94 (70,2)	62 (64,6)	156	67,8	1,29	0,373
	Chưa tích cực	40 (29,9)	34 (35,4)	74	32,2	1	

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy, mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ý định tiêm vắc xin HPV với hai yếu tố là giới tính và nhóm tuổi. Cụ thể, nữ giới (67,9%) có tỷ lệ ý định tiêm cao hơn 1,95 lần so với nam giới (32,1%). Tương tự, người từ 30 tuổi trở lên (53,7%) có tỷ lệ ý định tiêm cao hơn 1,49 lần so với nhóm dưới 30 tuổi (46,3%). Ngược lại, các yếu tố như trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, kiến thức và thái độ đối với vắc xin chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ý định tiêm.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 299 người trưởng thành từ 18 - 45 tuổi tại phòng tiêm chủng cơ sở 2 trường Đại học Y Hà Nội cho thấy người tham gia nghiên cứu chủ yếu là người dưới 30 tuổi (53,9%) và nữ giới (67,9%), phản ánh đặc điểm dân số thường xuyên tiếp cận với dịch vụ tiêm chủng và các chương trình y tế dự phòng tại cơ sở. Ngoài ra, phần lớn người tham gia có trình độ học vấn từ đại học trở lên (83,3%).

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ra rằng chỉ có 58,3% người tham gia bày tỏ ý định tiêm vắc-xin Gardasil 9, điều này thể hiện việc nhiều người chưa nhận thức đúng về mức độ nguy hiểm của HPV hoặc nghĩ rằng họ không có nguy cơ mắc bệnh. Chỉ 23,1% cho biết đã từng tiêm loại vắc-xin này. Gần tương đồng với tỷ lệ được báo cáo trong nghiên cứu của Idara N. Akpan và cộng sự, khi chỉ 15,6% người trưởng thành tại Mỹ từng được tiêm phòng HPV [7]. Nguyên nhân phổ biến nhất khiến đối tượng không muốn tiêm là cảm thấy “không cần thiết” (27,8%) và giá vắc xin còn cao (21,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Boakye và cộng sự cho rằng thiếu kiến thức, chi phí và tâm lý chủ quan là các rào cản quan trọng [8]. Ở Việt Nam, một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận tỷ lệ hiểu biết và thực hành về vắc xin HPV còn thấp. Ví dụ, Lê Văn Hội (2020) cho thấy nhiều sinh viên y chưa có kiến thức đầy đủ về HPV [6]; Ngô Thị Huyền (2023) báo cáo tỷ lệ sinh viên đã tiêm HPV vaccine chỉ đạt 18,5% [4]. Điều này cho thấy sự thiếu thông tin, thiếu sự

hiểu biết về tầm quan trọng của vắc-xin là một trong những yếu tố dẫn đến sự do dự trong việc tiêm vắc-xin. Bên cạnh đó, các bệnh liên quan đến HPV thường diễn tiến âm thầm, ít biểu hiện triệu chứng trong giai đoạn đầu có thể khiến nhiều người chủ quan, không nhận thức rõ ràng về nguy cơ bị lây nhiễm.

Khi khảo sát về nội dung muốn được truyền thông của đối tượng nghiên cứu, yếu tố “Lợi ích vắc xin” được quan tâm cao nhất (88 %), tiếp đến là “Giá vắc xin” (59 %) và “Tác dụng phụ” (47,8 %). Thông tin về “Loại vắc xin” (41,5 %) và “Đối tượng nên tiêm vắc xin” (42,1 %) cũng quan trọng, trong khi “Lịch tiêm/phác đồ” (24,8 %) và “Địa điểm” (16,7 %) cần bổ sung hỗ trợ. Đa số sẵn sàng tiếp nhận, chỉ 4,7 % không quan tâm. Từ tháng 5/2024, Bộ Y tế đã ban hành khuyến cáo tiêm phòng HPV ở cả nam giới và nữ giới, mở rộng độ tuổi tiêm phòng từ 9 - 45 tuổi, trước đó là 9 - 26 tuổi, từ đó có thể thấy đối tượng tham gia nghiên cứu bắt đầu quan tâm đến lợi ích của vắc xin và đối tượng nên tiêm, cho thấy nên chiến dịch truyền thông cập nhật đầy đủ nhóm tuổi mới, đồng thời nhấn mạnh lợi ích và an toàn cho cả nam giới trên 26 tuổi – những đối tượng lần đầu biết đến khuyến cáo mở rộng.

Nghiên cứu chỉ ra rằng nam giới có tỷ lệ ý định tiêm thấp hơn 0,48 lần so với nữ giới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu quốc tế, cho thấy nam giới ít quan tâm đến vắc xin HPV hơn, cả trong khởi đầu và hoàn tất liệu trình [9]. Nguyên nhân có thể đến từ yếu tố văn hóa – xã hội và nhận thức sức khỏe, khi HPV thường được xem là bệnh lý liên quan chủ yếu đến nữ giới.

Nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra rằng, tuổi có liên quan đến sự ý định tiêm phòng HPV. Cụ thể là những người từ 30 tuổi trở lên (53,7%) có tỷ lệ ý định tiêm cao hơn 1,2 lần so với nhóm dưới 30 tuổi (46,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mishari M. Alrashidi cùng các cộng sự [10]. Ở độ tuổi từ 30 trở lên, nhiều người đã trải qua các thay đổi lớn trong cuộc sống như lập gia đình, sinh con, hoặc thậm chí có những kinh nghiệm về

các vấn đề sức khỏe lâu dài. Do đó, họ có xu hướng quan tâm nhiều hơn đến các biện pháp phòng ngừa sức khỏe, đặc biệt là những mối nguy có thể ảnh hưởng lâu dài như ung thư cổ tử cung do HPV. Sự nhận thức này giúp họ có động lực tiêm vắc-xin như một biện pháp bảo vệ sức khỏe lâu dài. Ngược lại, nhóm dưới 30 tuổi có thể thiếu nhận thức đầy đủ về các mối nguy hiểm của HPV, đặc biệt khi vắc-xin chưa được phổ biến rộng rãi và các triệu chứng của bệnh chưa rõ ràng.

Nghiên cứu cũng gặp một số hạn chế. Biện phụ thuộc “ý định tiêm” mang tính chủ quan và có thể không phản ánh chính xác hành vi thực tế, do đó dễ dẫn đến sai số. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại một cơ sở y tế nên có thể xuất hiện bias về quần thể, khó khái quát cho toàn bộ cộng đồng. Trong tương lai, nên tiến hành nghiên cứu định tính và định lượng để tìm hiểu sâu hơn về điều này. Một số biến về thu nhập và nghề nghiệp là các thông tin mang tính cá nhân nên nhiều đối tượng tham gia nghiên cứu từ chối trả lời do đó không đưa vào để phân tích số liệu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ý định tiêm vắc-xin HPV còn thấp (58,26%), đặc biệt ở nam giới và người dưới 30 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do thiếu thông tin và nhận thức sai lệch về vắc-xin. Để cải thiện tình trạng này, cần tăng cường truyền thông cung cấp thông tin chính xác, nhấn mạnh lợi ích của vắc-xin, nhất là với nhóm trẻ và nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Cervical cancer fact sheet. 2023. Truy cập ngày 16/5/2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. FUTURE II Study Group. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine. *Lancet*. 2007; 369 (9580): 1693 – 1702.
3. Brewer NT, Fazekas KI. Predictors of HPV vaccine uptake. *Prev Med*. 2007; 45 (2 - 3): 107 – 114.
4. Ngô Thị Huyền. Kiến thức, thái độ và sự tuân thủ tiêm phòng vaccine HPV của sinh viên điều dưỡng và y đa khoa tại Trường Đại học Đại Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam (VMJ)*. 2023; 529 (2).
5. Bộ Y tế Việt Nam. Báo cáo chiến lược tiêm chủng quốc gia. Hà Nội; 2022.
6. Lê Văn Hội. Kiến thức, thái độ, thực hành tiêm vắc xin phòng ung thư cổ tử cung của sinh viên nữ khối y học dự phòng Trường Đại học Y Hà Nội năm 2019. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
7. Akpan IN, Taskin T, Wheldon CW, et al. Human papillomavirus vaccination uptake among 27-to-45-year-olds in the United States. *Prev Med*. 2024; 182: 107951. doi:10.1016/j.ypmed.2024.107951.
8. Boakye EA, Nair M, Abouelella DK, et al. Trends in reasons for human papillomavirus vaccine hesitancy: 2010–2020. *Pediatrics*. 2023; 151 (6): e2022060410. doi:10.1542/peds.2022-060410.
9. Boakye EA, Stierwalt T, Grundy S, et al. Human papillomavirus vaccination uptake among Native Hawaiian and Pacific Islander adults in the United States. *Ann Epidemiol*. 2022; 66: 52 – 55. doi:10.1016/j.annepidem.2021.09.003.
10. Alqarni SS, Alshehri SM, Alkhateeb MA, Alsudias LS. Assessing Saudi women’s awareness about human papillomavirus (HPV) and their susceptibility to receive the vaccine. *Hum Vaccin Immunother*. 2024; 20 (1): 2395086. doi:10.1080/21645515.2024.2395086.

INTENTION TO RECEIVE HPV VACCINE IN THE FUTURE AND SOME RELATED FACTORS AMONG ADULTS AGED 18-45 AT VACCINATION CENTER, HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2024 AND RELATED FACTORS

Nguyen Huu Thang¹, Nguyen Bich Ngoc¹, Vu The Manh¹, Cao Thi Ngoc Anh¹,
Tran Hong Lien², Le Thanh Huyen³

¹*Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

²*Vietnam University of Traditional Medicine*

³*Hanoi Medical University Branch in Thanh Hoa*

This study aims to describe the intention to receive the HPV Gardasil 9 vaccine and some related factors associated with the intention to vaccinate among adults aged 18 to 45 at Vaccination Center 2, Hanoi Medical University. A cross-sectional descriptive study was conducted on 299 participants. Data were collected using a structured self-administered questionnaire that included demographic information, vaccination history, and factors influencing the intention to receive the HPV vaccine. Findings revealed that 58.3% of participants intended to receive the Gardasil 9 vaccine, while only 23.1% have previously received this vaccine. The most common reason for not intending to vaccinate was “perceived

unnecessary” (14.8%). Female participants were 1.95 times higher to intend to receive the vaccine compared to male participants. Age also affected vaccination intention, with the likelihood of intention being 1.49 times higher in the group aged 30 and above (53.7%) compared to those under 30 (46.3%). The intention to receive the HPV vaccine in the community remained relatively low, with a rate of only 58.26%. This indicates that HPV vaccination is still not widely accepted, particularly among males and individuals under 30 years old.

Keywords: Vaccination intention; HPV Gardasil 9 vaccine; prevention

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, DỊCH TỄ BỆNH SỞI VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CA BỆNH NẶNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ THÁNG 01/2024 ĐẾN THÁNG 3/2025

Phan Thị Ngọc Thịnh*, Nguyễn Thị Phương Thúy, Trần Thị Ái Huyền¹,
Nguyễn Vũ Minh Thư¹, Nguyễn Thị Dương Huyền¹, Đặng Thị Xuân Dũng¹,
Trương Thị Kim Nguyên¹, Lê Thị Ánh Tuyết¹, Phạm Thị Huệ¹,
Nguyễn Hoài Thảo Tâm¹, Nguyễn Tú Anh¹, Phan Thị Hằng¹, Nguyễn Thị Trang¹,
Cao Thị Hồng Trâm¹, Nguyễn Thanh Thảo¹, Lữ Nhất Chương¹, Nguyễn Phúc Tài¹,
Mai Thanh Bửu¹, Lê Hồng Nga¹

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh

²Mạng lưới Chương trình Đào tạo về Dịch tễ học và Can thiệp Y tế Công cộng (TEPHINET)

TÓM TẮT

Sau dịch sởi 2018-2019, trong gần 4 năm hầu như không có ghi nhận ca bệnh mắc sởi, dịch sởi đã bùng phát trở lại tại Thành phố Hồ Chí Minh từ giữa năm 2024. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu toàn bộ ca bệnh sởi được ghi nhận từ 01/2024 – 03/2025 thông qua hệ thống giám sát bệnh sởi. Kết quả cho thấy thành phố ghi nhận 8.410 ca, trong đó có 7 ca tử vong (tỷ lệ tử vong 0,07%). Nam giới chiếm 56,5%, có sự gia tăng phân bố ca mắc sởi ở trẻ lớn và người lớn. Tỷ lệ điều trị nội trú là 58,7%; 20,4% được phân loại ca nặng và 1,8% cần hỗ trợ hô hấp. Về tình trạng tiêm chủng, chỉ 7,2% đã tiêm đủ ≥ 2 mũi, 52,1% chưa đủ và 33,5% không rõ tiền sử, phản ánh khoảng trống miễn dịch trong cộng đồng. Các ca bệnh tập trung nhiều tại địa bàn đông dân cư, khu công nghiệp và trường học. Nguy cơ bệnh nặng tăng ở trẻ <5 tuổi, chưa tiêm đủ mũi vắc xin sởi, đến khám muộn ≥ 2 ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường tiêm vét, đẩy mạnh giám sát tại trường học và truyền thông tiếp cận y tế sớm khi có triệu chứng bệnh.

Từ khóa: Dịch sởi; dịch tễ; yếu tố nguy cơ; ca bệnh sởi nặng; Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính có hệ số lây nhiễm rất cao (R_0 từ 12–18), có thể gây dịch nhanh chóng trong cộng đồng nếu tỷ lệ tiêm chủng không đạt mức bảo vệ [1, 2]. Mặc dù vắc xin sởi đã được triển khai rộng rãi, sởi vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em, đặc biệt tại các khu vực có tỷ lệ tiêm chủng thấp [3]. Theo WHO năm 2021 có khoảng 9 triệu ca mắc sởi và 128.000 ca tử

vong trên toàn cầu, chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi chưa được tiêm phòng [4]. Các đợt bùng phát sởi thường xảy ra khi tỷ lệ tiêm chủng dưới 95% – mức cần thiết để đạt miễn dịch cộng đồng [5].

Tại Việt Nam, dịch sởi năm 2018–2019 chủ yếu tập trung ở nhóm trẻ nhỏ, chưa tiêm hoặc tiêm chưa đủ mũi vắc xin. Tuy nhiên, giai đoạn gần đây đã ghi nhận sự thay đổi về cơ cấu tuổi mắc, với số ca mắc ở trẻ lớn hơn và cả người trưởng thành tăng lên, phản ánh tình trạng “lỗ hổng miễn dịch” trong cộng đồng [6, 7].

*Tác giả: Phan Thị Ngọc Thịnh

Địa chỉ: TT Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 034 555 9582

Email: thinhptn1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Tại Thành phố Hồ Chí Minh, từ giữa tháng 5/2024, sau khi ghi nhận ca sởi đầu tiên, số ca sởi gia tăng nhanh chóng trên toàn địa bàn Thành phố, đến tháng 8/2024, Thành phố Hồ Chí Minh công bố dịch sởi trên quy mô toàn Thành phố sau hơn 4 năm hầu như không phát hiện ca sởi kể từ sau đợt dịch 2018-2019. Đặc biệt, nhiều ca mắc được ghi nhận ở nhóm tuổi học đường và thanh niên, trong bối cảnh tỷ lệ tiêm chủng ở một số quận/huyện chưa đạt ngưỡng an toàn, làm gia tăng nguy cơ lây lan. Mặc dù đã triển khai nhiều hoạt động phòng chống dịch ngay từ sớm dựa trên đánh giá nguy cơ, Thành phố vẫn là nơi có số ca mắc sởi sớm và cao tại khu vực phía Nam.

Trong bối cảnh đó, việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh sởi và phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng tại TP.HCM trong đợt dịch 2024–2025 là cần thiết. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng và triển khai các giải pháp phòng, chống dịch sởi phù hợp, hiệu quả, đồng thời góp phần định hướng chiến lược tiêm chủng trong những năm tới.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân mắc sởi được cơ sở khám, chữa bệnh chẩn đoán và báo cáo lên Hệ thống thông tin báo cáo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm (Phần mềm Thông tư 54), đã được y tế dự phòng xác minh có địa chỉ cư trú tại TP.HCM.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian số liệu được thu thập: Ca bệnh sởi có ngày khởi phát từ 01/01/2024 – 31/03/2025

Thời gian thực hiện: Từ ngày 23/3/2025 đến ngày 20/04/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ ca được chẩn đoán mắc sởi có địa chỉ lưu trú tại TP.HCM được quản lý từ Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố (n=8.410 ca).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán mắc sởi, có địa chỉ cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh, khởi phát bệnh trong khoảng từ ngày 01/01/2024 đến 31/03/2025 thỏa mãn tiêu chí chọn vào và tiêu chí loại ra.

Tiêu chí chọn vào:

Ca bệnh sởi khởi phát trong khoảng 01/01/2024 – 31/03/2025, được các cơ sở khám chữa bệnh chẩn đoán và báo cáo lên Hệ thống thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm (Phần mềm Thông tư 54) và được các cơ sở y tế dự phòng xác minh có địa chỉ cư trú tại Thành phố.

Tiêu chí loại ra:

Bệnh nhân không có phiếu điều tra (do mất dấu trong quá trình xác minh, điều tra xử lý dịch)

Bệnh nhân có phiếu điều tra nhưng thiếu từ 50% thông tin trong phiếu điều tra trở lên hoặc không có thông tin về triệu chứng bệnh, biến chứng của bệnh.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số mô tả đặc điểm lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, hình thức điều trị, xét nghiệm, hỗ trợ hô hấp, phân loại chẩn đoán, ca nặng, ngày khởi phát, thời gian tiếp cận y tế, thời gian nằm viện.

Biến số mô tả đặc điểm dịch tễ học: giới, tuổi, nhóm tuổi, nghề nghiệp, quận huyện cư trú, tiền sử tiêm chủng, số mũi vắc xin sởi, tình trạng tiêm . Ổ dịch sởi (Ổ dịch sởi được xác định khi có từ 02 ca bệnh sởi trở lên trong cùng một thôn/bản/ấp/tổ dân phố (hoặc phạm vi tương đương), xuất hiện trong vòng 21 ngày).

Biến số phân tích mối liên quan: mối liên quan giữa độ nặng của bệnh và các yếu tố dịch tễ, lâm sàng. Trong đó bệnh sởi được định nghĩa nặng khi bệnh nhân có bất kỳ một trong các biến chứng của bệnh gồm: có hỗ trợ hô hấp, viêm não, hội chứng màng não, viêm tai, viêm phổi và tiêu chảy.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nguồn thu thập dữ liệu: Phiếu điều tra, báo cáo ca bệnh của các cơ sở y tế gửi về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Hồi cứu số liệu, xây dựng danh sách ca bệnh (linelist) từ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm, đối chiếu và bổ sung thông tin từ phiếu điều tra và báo cáo ca bệnh.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được tổng hợp, xử lý và phân tích trên phần mềm Excel Office 365 và Epi Info 7.2.5.0.

Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm để mô tả đặc điểm lâm sàng, dịch tễ học.

Sử dụng kiểm định Chi bình phương với tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố liên quan như giới, nhóm tuổi, nghề nghiệp, tiền sử tiêm chủng, phân loại chẩn đoán, thời gian tiếp cận

y tế, thời gian nằm viện với tình trạng nặng của bệnh sởi.

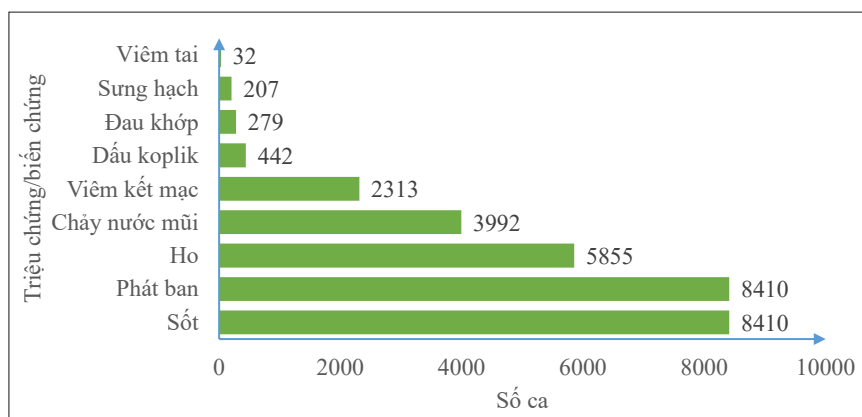
2.9. Đạo đức nghiên cứu

Dữ liệu được trích xuất từ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố. Các kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ nghiên cứu khoa học, không vì bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng của bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024 - 2025

Trong tổng số 8.410 ca sởi được ghi nhận tại TP. Hồ Chí Minh, có 4.935 ca điều trị nội trú (58,7%) và 3.475 ca điều trị ngoại trú (41,3%). Tỷ lệ ca bệnh được lấy mẫu xét nghiệm còn hạn chế, chỉ chiếm 31,2% (2.623/8.410). Về mức độ nặng, có 154 ca (1,8%) cần can thiệp hỗ trợ hô hấp và 1.713 ca (20,4%) được phân loại là ca nặng (có ít nhất một biến chứng). Đa số bệnh nhân được chẩn đoán dựa vào biểu hiện lâm sàng (6.625 ca, 78,8%) trong đó có 838 ca chưa có kết quả xét nghiệm. Tỷ lệ ca được chẩn đoán xác định bằng kỹ thuật ELISA là 21,2% (1.785 ca). Thời gian tiếp cận y tế nhìn chung khá sớm, với 4.076 ca (48,5%) đến khám trong vòng 2 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên; 3.430 ca (40,8%) đến khám trong khoảng 2–5 ngày; và chỉ 904 ca (10,7%) đến khám sau 5 ngày.



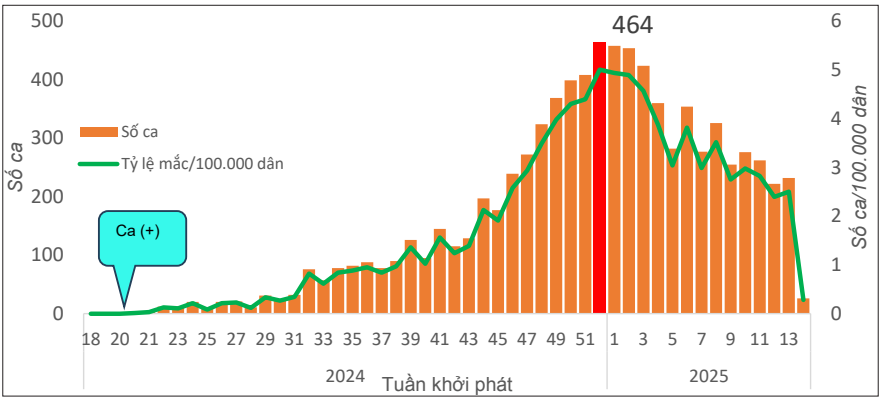
Hình 1. Triệu chứng lâm sàng của các trường hợp bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024 - 2025 (n = 8.410)

Các triệu chứng thường gặp là sốt, ho, viêm long và viêm kết mạc, các triệu chứng sung hạch, đau khớp, Koplik ít được ghi nhận hơn. Các biến chứng như viêm não, hội chứng màng não, viêm tai, viêm phổi và tiêu chảy được ghi

nhận với tỷ lệ dao động từ 0,2% đến 13,8%.

3.2 Đặc điểm dịch tễ học của bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024 - 2025

Phân bố ca bệnh theo thời gian



Ghi chú: tuần 14/2025 chỉ gồm 1 ngày 31/3/2025

Hình 2. Phân bố ca sởi theo tuần tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 (n=8.410)

Phân bố ca bệnh theo địa điểm

Ca bệnh sởi ghi nhận ở tất cả 22/22 quận, huyện của Thành phố. Các ca bệnh ghi nhận thời gian đầu tiên chủ yếu ở các quận, huyện phía tây nam Thành phố, sau đó lan rộng đến các khu vực khác. Hơn 50% ca bệnh ghi nhận tại 4 quận, huyện có dân cư đông đúc, tập trung dân nhập , trường học và khu công nghiệp: thành phố Thủ Đức (1.489 ca), Bình Chánh, Bình Tân và Quận 12. Thành phố Thủ Đức có tỷ lệ mắc cao nhất (127 ca/100.000 dân). Đây

cũng là những địa phương ghi nhận nhiều ổ dịch sởi.

Phân bố của 473 ổ dịch, trong đó chủ yếu là ổ dịch trường học với 339 ổ dịch (71,7%), 134 ổ dịch cộng đồng (chủ yếu là ổ dịch cùng nhà). Ổ dịch có 2 ca sởi chiếm 53,7%, các ổ dịch nhiều ca tập trung ở trường Trung học cơ sở, trong đó ổ dịch nhiều ca nhất gồm 40 ca.

Phân bố ca bệnh theo đặc điểm nhân chủng và tiêm chủng vắc xin

Bảng 1. Đặc điểm ca bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 (n=8.410)

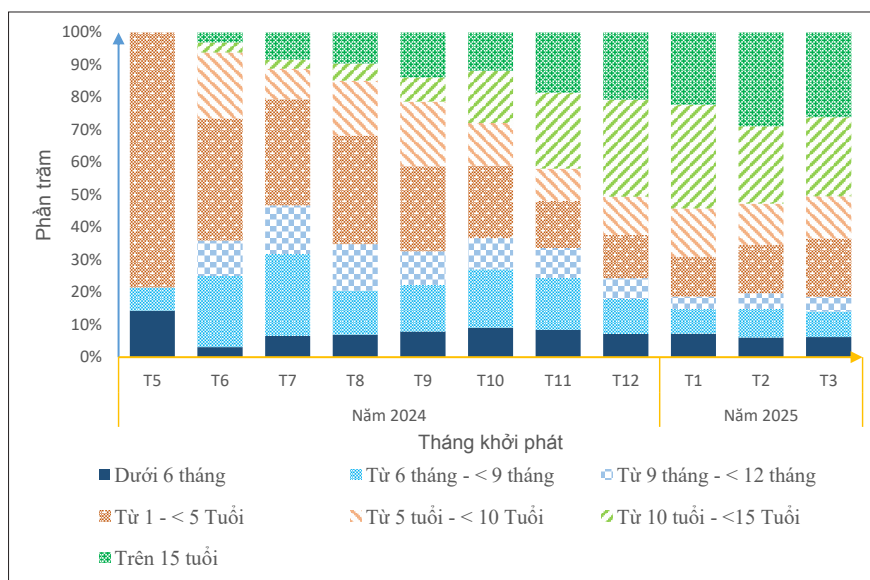
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Giới		
Nam	4755	56.5%
Nữ	3655	43.5%
Nhóm tuổi		
Dưới 6 tháng	603	7.2%
Từ 6 tháng đến dưới 9 tháng	944	11.2%
Từ 9 tháng đến dưới 12 tháng	553	6.6%
Từ 1 đến dưới 5 Tuổi	1394	16.5%

Bảng 1. Đặc điểm ca bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 (n=8.410)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Từ 5 tuổi đến dưới 10 Tuổi	1108	13.2%
Từ 10 tuổi đến dưới 5 Tuổi	2046	24.3%
Từ 15 tuổi đến dưới 20 tuổi trở lên	350	4.2%
Từ 20 tuổi trở lên	1412	16.8%
Tình trạng tiêm chủng vắc xin phòng sởi		
Chưa đến tuổi tiêm chủng	603	7.2%
Chưa tiêm chủng	3655	43.5%
1 mũi	728	8.6%
2 mũi trở lên	609	7.2%
Không rõ	2815	33.5%
Nghề nghiệp		
Chưa đi học	3652	43.4%
Học sinh	3256	38.7%
Nhân viên văn phòng	352	4.2%
Công nhân	169	2.0%
Làm việc tại nhà/nội trợ	161	1.9%
Buôn bán/lao động tự do	140	1.7%
Tài xế xe công nghệ	37	0.4%
Giáo viên	31	0.4%
Nhân viên y tế	21	0.3%
Không rõ	591	7.0%

Trong tổng số 8.410 ca sởi, tỷ lệ mắc ở nam (56,5%) cao hơn so với nữ (43,5%). Về phân bố theo tuổi, nhóm 10–14 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%), tiếp đến là nhóm 1–4 tuổi (16,5%) và nhóm ≥ 20 tuổi (16,8%). Đáng chú ý, có 7,2% ca bệnh dưới 6 tháng tuổi (nhóm chưa đến tuổi tiêm chủng). Liên quan đến tình trạng tiêm chủng, 43,5% ca bệnh chưa từng được tiêm vắc xin sởi, chỉ 8,6% đã tiêm 1 mũi và 7,2% đã tiêm ≥ 2 mũi. Tỷ lệ ca bệnh không rõ tiền

sử tiêm chủng chiếm tới 33,5%, gây khó khăn trong phân tích nguy cơ. Về nghề nghiệp, phần lớn ca bệnh ở nhóm chưa đi học (43,4%) và học sinh (38,7%), phù hợp với phân bố độ tuổi mắc. Tỷ lệ ca bệnh ở các nhóm nghề nghiệp người trưởng thành khác như nhân viên văn phòng, công nhân, lao động tự do, giáo viên và nhân viên y tế chiếm tỷ lệ thấp hơn (dưới 5% mỗi nhóm), tuy nhiên vẫn ghi nhận rải rác các ca bệnh ở đối tượng trưởng thành.



Hình 2. Phân bố ca sởi theo tuần tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 theo tuổi và thời gian (n=8.410)

Phân tích xu hướng theo tháng cho thấy đầu mùa dịch bệnh sởi chủ yếu thuộc nhóm dưới 5 tuổi, sau đó độ tuổi dần chuyển sang lứa tuổi lớn hơn. Chiến dịch tiêm chủng bù mũi cho trẻ 1-10 tuổi bắt đầu từ tháng 8/2024 làm giảm rõ rệt tỷ lệ ca bệnh ở nhóm được tiêm chủng nhưng tăng các nhóm tuổi khác, chủ yếu là trẻ dưới 9 tháng và trẻ lớn. Tháng 10/2024, đối tượng tiêm chủng

chiến dịch đã bổ sung mũi “0” cho trẻ từ 6 đến 9 tháng và tiêm chủng dịch tại trường học đối với nhóm trẻ lớn trên 10 tuổi, tỷ lệ ca bệnh ở nhóm được tiêm chủng giảm đáng kể.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025

Bảng 2. Yếu tố liên quan với tình trạng nặng của bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 (n=8.410)

TT	Đặc điểm	Phân độ lâm sàng				OR	p
		Sởi nặng (n=1.713)		Sởi nhẹ (n=6.697)		(KTC 95%)	
		n	%	n	%		
1	Giới tính						
	Nam	1009	21,2	3746	78,7	1,13	0,027
	Nữ	704	19,3	2951	80,7	(1,01-1,26)	
2	Nhóm tuổi						
	Dưới 5 tuổi	887	25,4	2607	74,6	1,68	<0,0001
	Trên 5 tuổi	826	16,8	4090	83,2	(1,51-1,87)	
3	Tiền sử tiêm sởi						
	Chưa đủ mũi/ không rõ	1465	20,8	5595	79,2	1,16	0,046
	Đủ mũi	248	18,4	1102	81,6	(1,00-1,35)	

Bảng 2. Yếu tố liên quan với tình trạng nặng của bệnh sởi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024-2025 (n=8.410) (tiếp)

TT	Đặc điểm	Phân độ lâm sàng				OR	p
		Sởi nặng (n=1.713)		Sởi nhẹ (n=6.697)		(KTC 95%)	
		n	%	n	%		
4	Nghề nghiệp						
	Học sinh	527	16,2	2729	83,8	0,64	<0,0001
	Chưa đi /khác	1186	23,0	3968	77,0	(0,57-0,72)	
5	Chẩn đoán						
	Sởi lâm sàng	1258	19,0	5367	81,0	0,69	<0,0001
	Sởi xác định	455	25,5	1330	74,5	(0,61-0,77)	
6	Hình thức điều trị						
	Ngoại trú	495	14,2	2980	85,8	0,51	<0,0001
	Nội trú	1218	24,7	3717	75,3	(0,45-0,57)	
7	Thời gian tiếp cận y tế						
	Từ 2 ngày trở lên	1071	24,7	3263	75,3	1,75	<0,0001
	< 2 ngày	642	15,8	3434	84,2	(1,57-1,96)	

Về giới tính, tỷ lệ mắc sởi nặng ở nam cao hơn nữ, với nguy cơ tăng có ý nghĩa thống kê (OR = 1,13; KTC 95%: 1,01–1,26). Nhóm tuổi <5 là yếu tố nguy cơ nổi bật đối với bệnh sởi nặng (OR = 1,68; KTC 95%: 1,51–1,87). Trẻ chưa tiêm chủng hoặc không rõ tình trạng tiêm chủng có nguy cơ mắc sởi nặng cao hơn so với nhóm đã tiêm đủ mũi vắc xin sởi với OR = 1,16 (KTC 95%: 1,00-1,35). Nhóm học sinh có nguy cơ bệnh nặng thấp hơn (OR=0,64; KTC 95%: 0,57–0,72). Các ca bệnh sởi lâm sàng có nguy cơ mắc bệnh nặng thấp hơn so với nhóm ca xác định (OR = 0,69; KTC 95%: 0,61–0,77). Bệnh nhân ngoại trú có nguy cơ mắc sởi nặng thấp hơn bệnh nhân điều trị nội trú (OR = 0,51; KTC 95%: 0,45-0,57), bên cạnh đó những người tiếp cận y tế sớm từ 2 ngày trở lên kể từ khi có triệu chứng đầu tiên có nguy cơ mắc sởi nặng bằng 1,75 lần nhóm tiếp cận y tế dưới 2 ngày (KTC 95%: 1,57-1,96).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy đợt dịch sởi tại TP.HCM 2024–2025 có quy mô lớn, ghi nhận

8.410 ca, sau hơn 4 năm hầu như không có ca bệnh. Ca bệnh sởi ghi nhận ở tất cả các nhóm tuổi, tuy nhiên có sự khác biệt trong phân bố tuổi mắc như nhóm 10–14 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%), tiếp đến là nhóm ≥20 tuổi (16,8%). Đây là sự khác biệt so với dịch 2018–2019 tại Hà Nội và một số tỉnh phía Bắc, nơi phần lớn ca mắc tập trung ở trẻ dưới 5 tuổi [8, 9]. Xu hướng dịch chuyển tuổi mắc về nhóm lớn hơn cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Patel và cộng sự (2020) về dịch tễ toàn cầu giai đoạn 2013–2018, cho thấy tỷ lệ mắc sởi ở thanh thiếu niên và người trưởng thành ngày càng tăng tại nhiều quốc gia có độ bao phủ tiêm chủng không đồng đều [7].

Ca bệnh tập trung chủ yếu ở các địa phương có mật độ dân cư cao, dân nhập cư lớn và điều kiện kinh tế xã hội chưa đồng đều như Thành phố Thủ Đức, Bình Chánh, Bình Tân và Quận 12. Điều này tương đồng với các nghiên cứu trước đó cho rằng các khu vực đô thị hóa nhanh, đông dân nhập cư là nơi có nguy cơ cao tích tụ nhóm cảm nhiễm do chưa được tiêm chủng [8, 9].

Một đặc điểm dịch tễ quan trọng khác là “lỗ hổng miễn dịch” do tỷ lệ tiêm chủng chưa đạt.

Trong nghiên cứu này, 43,5% ca bệnh chưa từng tiêm vắc xin và 33,5% không rõ tiền sử. Chỉ 7,2% ca bệnh có ghi nhận đã tiêm đủ ≥ 2 mũi. Kết quả giám sát tiêm chủng được báo cáo trong các năm 2021–2023 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh, khi độ bao phủ đủ 2 mũi sởi cho trẻ em chỉ đạt 88–92% tại một số quận/huyện, thấp hơn ngưỡng 95% để duy trì miễn dịch cộng đồng. Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam cũng cho thấy mối liên quan giữa tỷ lệ tiêm chủng thấp và bùng phát dịch: nghiên cứu của Triệu Thị Thanh Vân và cộng sự (2021) tại Bắc Giang báo cáo rằng 64% ca mắc trong dịch 2013–2019 chưa được tiêm hoặc tiêm chưa đủ mũi [8]; nghiên cứu của Chu Thị Phúc và cộng sự (2021) tại Hà Nội năm 2018 cũng cho thấy hơn 50% ca bệnh không được tiêm phòng [9]. Không chỉ Việt Nam, tình trạng này cũng được ghi nhận ở các quốc gia khác, Moss (2017) và Patel (2019) đều chỉ ra rằng sự gián đoạn tiêm chủng, di biến động dân cư và tâm lý do dự vắc xin là nguyên nhân dẫn đến gia tăng dịch sởi ở Mỹ và châu Âu [7, 10]. Ở Philippines, dịch sởi 2019 cũng liên quan đến việc bao phủ MCV1 giảm xuống dưới 75% [11]. So sánh này cho thấy tình trạng tại TP.HCM không phải hiện tượng đơn lẻ mà nằm trong bối cảnh toàn cầu của sự hồi sinh dịch sởi khi độ bao phủ vắc xin không đạt ngưỡng miễn dịch cộng đồng. Ngoài COVID-19 và tình trạng thiếu vắc xin cục bộ, còn nhiều nguyên nhân khác dẫn đến tỷ lệ tiêm chủng sởi chưa đạt. Thứ nhất, dân số TP.HCM có di biến động lớn, nhiều trẻ nhập cư không được quản lý trong hệ thống tiêm chủng thường xuyên. Thứ hai, một bộ phận phụ huynh có xu hướng trì hoãn hoặc ngại tiêm chủng do lo ngại phản ứng sau tiêm, điều này cũng từng được phản ánh trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Minh Trang (2024) về sự khác biệt biểu hiện lâm sàng ở trẻ có và không tiêm ngừa [12]. Thứ ba, hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng chưa đồng bộ giữa các tuyến, dẫn đến tỷ lệ ca trường hợp “không rõ tiền sử”. Đây là điểm hạn chế cần khắc phục để có số liệu chính xác và can thiệp hiệu quả.

Về mức độ nặng, nghiên cứu ghi nhận 20,4% ca có biến chứng và 1,8% cần hỗ trợ hô hấp. Tỷ

lệ này tương đương với báo cáo của Nguyễn Thành Nam (2020) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, nơi 23% bệnh nhi mắc sởi có biến chứng viêm phổi hoặc tiêu chảy nặng [13]. So sánh quốc tế, Moss (2017) cho rằng tỷ lệ biến chứng dao động 10–30% tùy điều kiện dinh dưỡng và khả năng tiếp cận y tế [10]. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi khi nguy cơ nặng tăng rõ rệt ở trẻ dưới 5 tuổi ($OR=1,68$), nhóm vốn dễ suy dinh dưỡng và dễ tổn thương miễn dịch. Thời gian tiếp cận y tế cũng là yếu tố quan trọng: bệnh nhân đến khám muộn >2 ngày có nguy cơ nặng cao gấp 1,75 lần. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của WHO rằng việc tiếp cận y tế sớm và chăm sóc hỗ trợ kịp thời giúp giảm biến chứng và tử vong. Nghiên cứu tại Cần Thơ của Nguyễn Ngọc Rạng (2021) cũng cho thấy nhóm bệnh nhân đến viện muộn thường có tỷ lệ biến chứng cao gấp đôi [14].

V. KẾT LUẬN

Dịch sởi 2024–2025 tại thành phố Hồ Chí Minh đã bùng phát, lan rộng toàn thành phố, tập trung tại địa phương đông trường học, khu dân cư và khu công nghiệp. Bệnh gặp ở tất cả các nhóm tuổi, đáng chú ý độ tuổi mắc sởi dịch chuyển sang trẻ lớn và người trưởng thành. Tỷ lệ tiêm chủng thấp và không rõ tiền sử cao phản ánh khoảng trống miễn dịch. Bệnh nặng liên quan đến trẻ nhỏ, chưa tiêm chủng đủ mũi sởi và tiếp cận y tế muộn. Kết quả cho thấy tiêm chủng đầy đủ và chăm sóc kịp thời đóng vai trò then chốt trong kiểm soát dịch.

Từ những kết quả trên, cần ưu tiên các giải pháp: (1) tăng cường tiêm vét và bổ sung, đặc biệt cho nhóm trẻ nhập cư, chưa tiêm, thanh thiếu niên và nhóm nguy cơ cao; (2) bảo đảm nguồn cung vắc xin ổn định và quản lý thông tin tiêm chủng; (3) củng cố giám sát, đáp ứng nhanh tại trường học và cộng đồng đông dân cư, kết hợp hệ thống cảnh báo sớm; (4) đẩy mạnh truyền thông để phụ huynh đưa trẻ đi tiêm đúng lịch và khám sớm khi có triệu chứng; và (5) tiếp tục nghiên cứu, đánh giá các rào cản tiêm chủng để có chính sách phù hợp, hướng tới mục tiêu duy trì miễn dịch cộng đồng bền

vững và giảm thiểu gánh nặng bệnh tật do sởi trong giai đoạn tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định 1019/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi ngày 26 tháng 3 năm 2025.
2. Bộ Y tế. Quyết định 4845/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh sởi, rubella” ngày 05 tháng 12 năm 2012.
3. Anyebe Onoja và Oluwaseyi Ajagbe. Measles in developing countries. 2019. In: IntechOpen.
4. WHO. Measles. Truy cập ngày 28/5/2025. https://www.who.int/health-topics/measles?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1.
5. Raymond Smith, Aleah Archibald, Elijah MacCarthy, et al. A Mathematical Investigation of Vaccination Strategies to Prevent a Measles Epidemic. 2016; 2: 29 - 44.
6. WHO. Measles reported cases and incidence. Truy cập ngày 28/5/2025. <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-reported-cases-and-incidence>.
7. Minal KP, Sebastien A, Yoann N, et al. The changing global epidemiology of measles, 2013–2018. The Journal of Infectious Diseases. 2020; 222 (7): 1117–1128.
8. Triệu Thị Thanh Vân, Dương Thị Hiền, Nguyễn Thị Mai Duyên và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và vi rút sởi lưu hành tại Bắc Giang giai đoạn 2013–2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021; 30 (7): 67–76.
9. Chu Thị Phúc, Hoàng Thị Hải Vân, Đào Hữu Thân và cộng sự. Một số yếu tố liên quan đến bệnh sởi tại Hà Nội năm 2018. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021; 30 (3): 34-40.
10. William JM. Measles. The Lancet. 2017; 390 (10111): 2490 – 2502.
11. Fleurette D, Kristal AA, Su MH, et al. Measles outbreak in the Philippines: epidemiological and clinical characteristics of hospitalized children, 2016-2019. The Lancet Regional Health - Western Pacific. 2022; 19 (10265): 100334
12. Nguyễn Ngọc Minh Trang, Nguyễn Thành Nam. So sánh biểu hiện lâm sàng và biến chứng ở bệnh nhi sởi đã được tiêm ngừa và chưa được tiêm ngừa. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2024; 2 (46): 77 – 81.
13. Nguyễn Thành Nam, Nguyễn Ngọc Minh Trang, Đặc biệt dịch bệnh, lâm sàng, biến chứng và bệnh điều trị trên bệnh nhi dưới 4 tuổi chưa được tiêm phòng bệnh sởi đủ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, 2018 - 2020. Tạp chí Y học Phòng, 2025; 34 (7): 70 - 78.
14. Nguyễn Ngọc Rạng, Phan Đăng Trang Đài. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến sởi có biến chứng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 6 (1): 64 – 67.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MEASLES AND RELATED FACTORS OF SEVERE CASES IN HO CHI MINH CITY, FROM 2024 JANUARY TO 2025 MARCH

Phan Thi Ngoc Thinh¹, Nguyen Thi Phuong Thuy², Tran Thi Ai Huyen¹,
Nguyen Vu Minh Thu¹, Nguyen Thi Duong Huyen¹, Dang Thi Xuan Dung¹,
Truong Thi Kim Nguyen¹, Le Thi Anh Tuyet¹, Pham Thi Hue¹,
Nguyen Hoai Thao Tam¹, Nguyen Tu Anh¹, Phan Thi Hang¹, Nguyen Thi Trang¹,
Cao Thi Hong Tram¹, Nguyen Thanh Thao¹, Lu Nhat Chuong¹, Nguyen Phuc Tai¹,
Mai Thanh Buu¹, Le Hong Nga¹

¹*Ho Chi Minh City Center for Disease Control (HCDC)*

²*Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network (TEPHINET)*

After nearly four years without reported cases, a measles outbreak re-emerged in Ho Chi Minh City from mid-2024. This study aimed to describe the epidemiological and clinical characteristics of the outbreak and analyze factors associated with severe disease. A cross-sectional, retrospective study was conducted using surveillance data on all measles cases recorded from January 2024 to March 2025. A total of 8,410 cases were reported, including 7 deaths (case fatality rate: 0.07%). Males accounted for 56.5% of cases. There was a notable shift in age distribution, with increasing cases among older children and adults. The hospitalization rate was 58.7%; 20.4% of cases were classified as severe, and 1.8% required respiratory support. Regarding

immunization status, only 7.2% had received ≥ 2 doses of measles vaccine, 52.1% were incompletely vaccinated, and 33.5% had unknown vaccination history—indicating significant immunity gaps in the community. Most cases were concentrated in densely populated areas, industrial zones, and schools. Risk factors for severe disease included being under five years old, incomplete vaccination, and delayed healthcare-seeking (≥ 2 days after symptom onset). The findings highlight the need to strengthen catch-up vaccination efforts, enhance surveillance in schools, and promote early healthcare access upon symptom onset.

Keywords: Measles outbreak; epidemiology; related factor; severe measles case Ho Chi Minh City

TÌNH TRẠNG STRESS Ở SINH VIÊN KHỐI NGÀNH KHOA HỌC SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH NĂM 2023

Lê Mỹ Ngọc*, Nguyễn Mai Quang Vinh, Nguyễn Thị Nhật Tảo,
Thạch Thị Mỹ Phương, Thạch Thị Thanh Thúy
Trường Đại học Trà Vinh

TÓM TẮT

Stress là một thách thức sức khỏe tâm thần trong môi trường đại học, đặc biệt nghiêm trọng đối với sinh viên ngành khoa học sức khỏe và nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ stress ở nhóm sinh viên này đang ở ngưỡng báo động. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ stress và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe của Trường Đại học Trà Vinh năm 2023. Thu thập số liệu trên 1046 sinh viên bằng bộ câu hỏi soạn sẵn trên google biểu mẫu từ tháng 10/2022 đến 6/2023. Kết quả cho thấy tỷ lệ stress là 41%, trong đó mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 16,6%, 12,3%, 7,9% và 4,2%. Có mối liên quan giữa stress với tuổi (OR = 0,39; KTC 95%: 0,25 – 0,62), người sống chung (OR = 0,55; KTC 95%: 0,41 – 0,74), rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm (OR = 0,30; KTC 95%: 0,22 – 0,39), rắc rối trong mối quan hệ gia đình (OR = 0,16; KTC 95%: 0,10 – 0,26), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cần sàng lọc để phát hiện kịp thời tình trạng stress ở sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh.

Từ khóa: Stress; sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe; Trường Đại học Trà Vinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh xã hội hiện đại, sinh viên là nhóm đối tượng phải đối mặt với nhiều áp lực từ học tập, thi cử, các mối quan hệ xã hội và định hướng nghề nghiệp tương lai. Đặc biệt, đối với sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe tại các trường đại học, gánh nặng này còn tăng lên đáng kể do đặc thù chương trình đào tạo lý thuyết lẫn thực hành lâm sàng, yêu cầu cao về kiến thức, kỹ năng và thái độ để đáp ứng sự kỳ vọng từ gia đình và xã hội về vai trò chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Theo dự án khảo sát của WHO về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở sinh viên đại học, tình trạng stress phổ biến ở sinh viên trên khắp các quốc gia [1]. Theo thống kê từ nhiều nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ sinh viên bị stress dao động từ 37,7% đến 56,97%, có nghiên cứu kết quả đến 69,5%. Sinh viên

có thể bị stress ở nhiều mức độ khác nhau, từ nhẹ, vừa, nặng đến rất nặng [2 - 4]. Tình trạng stress ảnh hưởng sức khỏe thể chất, tinh thần gây tác động tiêu cực đến kết quả học tập và chất lượng cuộc sống của sinh viên của sinh viên [5]. Đặc biệt, stress kéo dài tác động đặc thù và nghiêm trọng đối với sinh viên y khoa, làm giảm năng lực, động lực, sự tập trung và kỹ năng thực hành y khoa, giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân và giảm khát vọng nghề nghiệp lâu dài [6].

Trường Đại học Trà Vinh là một trong những cơ sở đào tạo đa ngành, đa lĩnh vực với khối ngành khoa học sức khỏe đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp nguồn nhân lực y tế cho địa phương và cả nước. Sinh viên đang học tập tại đây, không chỉ chịu áp lực chung của ngành học, đồng thời còn đối mặt

*Tác giả: Lê Mỹ Ngọc

Địa chỉ: Trường Đại học Trà Vinh

Điện thoại: 0355 172 733

Email: lmngocytcc@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

với những thách thức đặc thù về môi trường sống, điều kiện học tập và áp lực từ kỳ vọng của bản thân và gia đình. Mặc dù, stress là một vấn đề phổ biến, nhưng hiểu biết cụ thể về mức độ stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh vẫn còn hạn chế. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu tình trạng stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh trong năm 2023 là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp cơ sở khoa học để đánh giá thực trạng, xác định các yếu tố nguy cơ, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần và chất lượng học tập cho sinh viên, góp phần đào tạo ra đội ngũ cán bộ y tế có năng lực và tâm huyết trong tương lai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên hệ đào tạo chính quy trình độ Đại học thuộc khối ngành Khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh năm học 2022 – 2023.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Trà Vinh

Thời gian nghiên cứu: 10/2022 - 6/2023. Trong đó, thời gian thu thập số liệu từ tháng 3/2023 đến tháng 4/2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó: n: là số sinh viên cần điều tra; p = 0,571 ước tính từ nghiên cứu trước đây [7]; d: sai số mong muốn, chọn d = 0,03; α: Mức ý

nghĩa thống kê lựa chọn = 0,05; Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α = 0,05 là 1,96. Cỡ mẫu tính được là 1046 mẫu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Mẫu được chọn ngẫu nhiên phân tầng theo tỷ lệ 10 ngành khoa học sức khỏe bao gồm: Y khoa, Răng hàm mặt, Y học dự phòng, Dược học, Xét nghiệm y khoa, Điều dưỡng, Y tế công cộng, Phục hồi chức năng, Kỹ thuật hình ảnh, Dinh dưỡng. Sau đó, mỗi ngành sẽ được phân tầng theo tỷ lệ sinh viên của từng lớp. Trong từng lớp, chúng tôi chọn mẫu thuận tiện đối với sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng của mỗi lớp.

2.6 Biến số nghiên cứu

Sử dụng thang đo DASS-21 gồm 21 câu hỏi nhằm đánh giá độc lập: trầm cảm, lo âu, stress. Điểm tổng phần stress sẽ được tính bằng cách lấy tổng điểm 7 câu hỏi nhân đôi: từ 0-14 điểm: không stress, từ 15-18 điểm: stress nhẹ, từ 19-25 điểm: stress vừa, từ 26-33 điểm: stress nặng, ≥34 điểm: stress rất nặng. Thang đo DASS-21 đã được dịch sang tiếng Việt và hiệu chuẩn và kiểm định về tính giá trị, độ tin cậy và điểm cắt trên đối tượng thanh thiếu niên Việt Nam với hệ số Cronbach's Alpha là 0,76 – 0,91 [8].

Yếu tố liên quan đến stress gồm: giới tính, tuổi, tôn giáo, dân tộc, nơi ở, người sống chung, ngành học, xếp loại học lực, thi lại, rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm, gia đình.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi được thiết kế để tự điền bằng hình thức Google biểu mẫu. Sinh viên tập trung tại lớp học được giải thích nội dung và mục tiêu nghiên cứu, sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu và xác nhận thông qua chấp thuận nghiên cứu. Bộ câu hỏi được gửi qua liên kết các nền tảng mạng xã hội như gmail, nhóm lớp hoặc nhóm học chính thức của zalo.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Kiểm soát sai lệch bằng cách cài đặt giới hạn trả lời một lần, sinh viên đăng nhập liên kết bằng gmail cá nhân, chấp nhận phản hồi

có tính khoa học và loại bỏ phản hồi không phù hợp, thiếu thông tin. Sử dụng phần mềm Excel để nhập liệu và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả tần số và tỷ lệ biến số thông tin chung, học tập, xã hội và stress. Thống kê phân tích gồm ước tính các yếu tố liên quan đến tình trạng stress dưới dạng tỷ số chênh (OR), sử dụng kiểm định chi bình phương và hồi quy đa biến để kiểm định sự khác biệt với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong

nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Trà Vinh phê duyệt và giấy chấp thuận, quyết định số 85/GCT-HĐĐĐ ngày 10/11/2022. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia. Thông tin thu được sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 1046)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thông tin chung			
Giới tính	Nam	417	39,9
	Nữ	629	60,1
Tuổi	18 - 25	933	89,2
	Trên 25	113	10,8
Học tập			
Ngành học	Y khoa	444	42,5
	Răng hàm mặt	105	10,0
	Y học dự phòng	58	5,5
	Dược học	174	16,6
	Điều dưỡng	117	11,2
	Xét nghiệm y học	73	7,0
	Phục hồi chức năng	48	4,6
	Kỹ thuật hình ảnh	20	1,9
	Y tế công cộng	6	0,6
	Dinh dưỡng	1	0,1
Xã hội			
Rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/ tình cảm	Có	319	30,5
	Không	727	69,5
Rắc rối trong mối quan hệ gia đình	Có	112	10,7
	Không	934	89,3

Tỷ lệ nữ giới trong mẫu cao hơn khoảng 1,5 lần so với nam giới. Đa số đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 18-25 tuổi chiếm gần 90%. Sinh viên ngành Y đa khoa chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 42,5% và ngành Dinh dưỡng

chiếm tỷ lệ thấp nhất khoảng 0,1%. Khoảng 30,5% đối tượng nghiên cứu cho biết có rắc rối trong mối quan hệ bạn bè hoặc tình cảm, trong khi tỷ lệ đối tượng gặp rắc rối trong mối quan hệ gia đình chỉ chiếm 10,7%.

Bảng 2. Mức độ stress theo thang điểm DASS-21 của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)	
Không stress		617	59,0	
Có stress				
	Nhẹ	174	16,6	41,0
	Vừa	129	12,3	
	Nặng	82	7,9	
	Rất nặng	44	4,2	

Khoảng 41,0% đối tượng nghiên cứu mức độ stress nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất đang trải qua các mức độ stress khác nhau. (16,6%), sau đó giảm dần ở các mức độ Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có stress, stress cao hơn.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến stress của đối tượng nghiên cứu (n=1046)

Đặc điểm	Stress		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	n	%	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Tuổi						
18 - 25	403	43,2	0,39	<0,001	0,42	0,001
Trên 25	26	23,0	(0,25 – 0,62)		(0,25 – 0,69)	
Người sống chung						
Một mình	177	47,6	1	-	1	-
Bạn bè	127	42,3	0,81 (0,60 – 1,10)	0,17	0,80 (0,57 – 1,10)	0,171
Gia đình	125	33,4	0,55 (0,41 – 0,74)	<0,001	0,64 (0,46 – 0,88)	0,006
Ngành học						
Y khoa	193	43,5	1	-	1	-
Răng hàm mặt	45	42,9	0,98 (0,63 – 1,50)	0,91	0,96 (0,60 – 1,52)	0,855
Y học dự phòng	17	29,3	0,54 (0,30 – 0,98)	0,04	0,75 (0,40 – 1,40)	0,365
Dược học	72	41,4	0,92 (0,64 – 1,31)	0,64	0,90 (0,61 – 1,32)	0,583
Điều dưỡng	45	38,5	0,81 (0,54 – 1,23)	0,33	0,63 (0,40 – 1,00)	0,052
Xét nghiệm y học	28	38,4	0,81 (0,49 – 1,34)	0,41	0,77 (0,45 – 1,34)	0,36
Phục hồi chức năng	21	43,7	1,01 (0,55 – 1,84)	0,97	0,96 (0,50 – 1,84)	0,909
Kỹ thuật hình ảnh	5	25,0	0,43 (0,15 – 1,21)	0,11	0,50 (0,17 – 1,46)	0,203
Y tế công cộng	2	33,3	0,65 (0,12 – 3,59)	0,62	1,56 (0,26 – 9,27)	0,623
Dinh dưỡng	1	100	-	-	-	-
Rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm						
Có	196	61,4	0,30 (0,22 – 0,39)	<0,001	0,40 (0,30 – 0,55)	<0,001
Không	233	32,1				
Rắc rối trong mối quan hệ gia đình						
Có	88	78,6	0,16 (0,10 – 0,26)	<0,001	0,23 (0,14 – 0,38)	<0,001
Không	341	36,5				

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, người sống chung, rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm và gia đình với tình trạng stress của sinh viên.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự chiếm ưu thế của nữ giới so với nam giới. Tỷ lệ nữ giới cao hơn trong các nghiên cứu được thực hiện trong môi trường học thuật hoặc các ngành nghề cụ thể trở nên phổ biến. Điều này có thể do sự gia tăng số lượng nữ giới theo học các ngành này hoặc xu hướng nữ giới sẵn sàng tham gia nghiên cứu về các chủ đề sức khỏe hơn [9]. Đa số đối tượng thuộc nhóm 18-25 tuổi, do sinh viên tham gia nghiên cứu thuộc loại hình đào tạo chính quy [9]. Nghiên cứu thực hiện khảo sát trên đối tượng nhóm ngành bác sĩ và cử nhân, nhóm đối tượng này phải chịu đựng mức độ stress cao hơn đáng kể so với sinh viên các ngành khác. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng cường độ học tập, áp lực thi cử, tiếp xúc với bệnh tật và sự kỳ vọng cao từ gia đình, xã hội là những yếu tố chính gây stress cho sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe [9]. Tỷ lệ rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm tương đối cao, điều này có thể liên quan đến đặc thù của môi trường đại học, nơi sinh viên phải thích nghi với cuộc sống xa nhà, xây dựng các mối quan hệ mới và đối mặt với áp lực từ các mối quan hệ tình cảm. Tỷ lệ rắc rối trong mối quan hệ gia đình thấp hơn, có thể phản ánh sự ổn định tương đối trong mối quan hệ gia đình hoặc sự hỗ trợ từ gia đình là một yếu tố quan trọng đối với sức khỏe tâm thần của sinh viên.

Kết quả cho thấy 59,0% sinh viên được đánh giá ở mức độ bình thường, trong khi 41,0% có biểu hiện stress ở các mức độ khác nhau. Cụ thể, 16,6% sinh viên ở mức stress nhẹ, 12,3% ở mức stress vừa, 7,9% ở mức nặng và 4,2% ở mức rất nặng. Đặc biệt, tỷ lệ sinh viên có stress từ mức độ nặng trở lên là 12,1%. Kết quả này trong khoảng dao động của nhiều nghiên cứu về stress ở nhóm sinh viên khối ngành khoa

học sức khỏe [10 - 13]. Do tính chất đặc thù của các ngành khoa học sức khỏe, sinh viên phải đối mặt với một chương trình học dày đặc, khối lượng kiến thức khổng lồ, áp lực thi cử cao và yêu cầu về thực hành lâm sàng nghiêm ngặt. Ngoài ra, việc tiếp xúc sớm với bệnh tật, cái chết và nỗi đau của bệnh nhân cũng có thể tạo ra gánh nặng tâm lý lớn. Mức độ stress nặng và rất nặng trong nghiên cứu này cũng là một con số đáng chú ý. Tỷ lệ này cho thấy một bộ phận đáng kể sinh viên đang phải đối mặt với stress lâm sàng hoặc stress mãn tính, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến học tập, sức khỏe thể chất và tinh thần, thậm chí dẫn đến trầm cảm, lo âu hoặc kiệt sức. Giải thích cho sự hiện diện của stress nặng có thể do sự kết hợp của nhiều yếu tố. Ngoài áp lực học tập và đặc thù ngành học, các yếu tố cá nhân như thiếu kỹ năng quản lý stress, thiếu sự hỗ trợ xã hội, các vấn đề về tài chính, hoặc rắc rối trong các mối quan hệ cũng có thể góp phần làm tăng mức độ stress [14].

Kết quả cho thấy nhóm đối tượng trên 25 tuổi có nguy cơ bị stress thấp hơn với nhóm 18-25 tuổi. Giải thích cho điều này, sinh viên lớn tuổi hơn có thể đã có nhiều kinh nghiệm sống, kỹ năng đối phó tốt hơn với áp lực hoặc đã hình thành các cơ chế hỗ trợ xã hội vững chắc hơn. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác về stress ở sinh viên nói chung và sinh viên y khoa nói riêng, thường cho thấy sự gia tăng khả năng thích nghi và giảm mức độ căng thẳng khi tuổi tác và kinh nghiệm tăng lên [15]. Đối với ngành học, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ stress giữa các ngành học. Mặc dù, các ngành bác sĩ thường được cho là có áp lực cao hơn, nhưng do đặc thù chương trình học, các ngành cử nhân khác trong khối khoa học sức khỏe cũng đối mặt với áp lực học tập và thực hành tương tự, khiến sự khác biệt về stress giữa hai nhóm không đáng kể. Ngoài ra, việc sử dụng thang DASS-21 đo lường stress chung có thể không đủ nhạy để phân biệt các dạng stress đặc thù của từng ngành. Đặc biệt, mối quan hệ xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc giảm stress. Những sinh viên sống cùng gia đình có tỷ lệ stress thấp hơn so với những người sống một. Có thể giải thích rằng, sự hỗ trợ về tinh

thần, vật chất và cảm giác an toàn từ gia đình là yếu tố bảo vệ mạnh mẽ chống lại stress. Sinh viên sống cùng gia đình có thể nhận được sự quan tâm, chăm sóc trực tiếp, và có không gian chia sẻ khó khăn, giúp họ đối phó tốt hơn với áp lực học tập. Mặc dù sống cùng bạn bè cũng có xu hướng giảm stress nhưng không có ý nghĩa thống kê so với sống một mình, điều này có thể do mức độ hỗ trợ từ bạn bè mang tính tạm thời hoặc ít sâu sắc hơn so với sự hỗ trợ từ gia đình. Nghiên cứu này cho thấy rằng đối tượng đang có rắc rối trong quan hệ bạn bè/tình cảm, gia đình liên quan nguy cơ stress, có ý nghĩa thống kê. Các mối quan hệ xã hội lành mạnh đóng vai trò thiết yếu như một mạng lưới hỗ trợ, giúp cá nhân đối phó với các áp lực trong cuộc sống. Đặc biệt, đối với sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe, những người phải đối mặt với áp lực học tập và thực hành cao, sự hỗ trợ từ bạn bè, gia đình là vô cùng quan trọng. Khi các mối quan hệ này gặp trục trặc, nguồn hỗ trợ này bị suy yếu, thậm chí trở thành nguồn gốc của stress, gây ra cảm giác cô lập, buồn bã và tăng gánh nặng tâm lý. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả này phù hợp với lượng lớn bằng chứng khoa học về vai trò của hỗ trợ xã hội và chất lượng mối quan hệ trong việc giảm stress và cải thiện sức khỏe tâm thần [16, 17].

Nghiên cứu này còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu thực hiện với thiết kế mô tả cắt ngang nên kết quả nghiên cứu không xác định được mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong từng lớp có thể ảnh hưởng đến tính đại diện cho quần thể sinh viên của mẫu nghiên cứu. Cuối cùng, việc sử dụng thang đo tự đánh giá DASS-21 có nguy cơ sai số chủ quan do tính mong muốn đáp ứng xã hội của sinh viên tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe ở Trường Đại học Trà Vinh có tỷ lệ stress chiếm 41%, trong đó 16,6% mức stress nhẹ, 12,3% mức stress vừa, 7,9% mức nặng và 4,2% mức rất nặng. Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa

thống kê giữa stress ở sinh viên và các yếu tố độ tuổi, người sống chung, rắc rối trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm và mối quan hệ gia đình. Kết luận này cung cấp cơ sở quan trọng để Trường Đại học Trà Vinh và các bên liên quan xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý, kỹ năng sống và quản lý stress, nhằm cải thiện sức khỏe tinh thần cho sinh viên, đặc biệt là nhóm sinh viên trẻ tuổi và những người đang gặp khó khăn trong các mối quan hệ cá nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2018; 127 (7): 623 - 638.
2. Nguyễn Trung Hậu, Nguyễn Thành Nam. Tình trạng stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên y liên thông Khoa Y Dược Trường Đại học Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 538 (2): 343 -348.
3. Đoàn Minh Nhựt, Nguyễn Thị Mỹ Hiền, Lê Lưu Hoài Thu. Stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên Điều dưỡng tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2024; 7 (06): 77 - 85.
4. Nguyễn Thị Thanh Thảo, Châu Liễu Trinh, Nguyễn Tấn Đạt, cs. Nghiên cứu tình hình stress và nhu cầu tư vấn tâm lý trên sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022; (45): 128 - 134.
5. Collins ME, Mowbray CT. Higher education and psychiatric disabilities: national survey of campus disability services. *The American journal of orthopsychiatry*. 2005; 75 (2): 304 - 315.
6. Buchinger L, Richter D, Heckhausen J. Correction to: The Development of Life Goals Across the Adult Life Span. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2022; 77 (5): 916.
7. Phan Nguyệt Hà, Trần Thơ Nhị. Trầm cảm ở sinh viên trường đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch Covid-19 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 515 (1): 10 - 14.
8. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC psychiatry*. 2013; 13: 24.

9. Santiago IS, de Castro ECS, de Brito APA, et al. Stress and exhaustion among medical students: a prospective longitudinal study on the impact of the assessment period on medical education. *BMC medical education*. 2024; 24 (1): 630.
10. Nguyễn Văn Lập, Nguyễn Nhật Giao, Nguyễn Mai Anh, cs. Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới dấu hiệu lo âu, trầm cảm và stress của sinh viên khối ngành sức khỏe Đại học Phenikaa trong đại dịch covid-19, năm 2021. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023; 64 (3): 90 - 96.
11. Ma Z, Zhao J, Li Y, et al. Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2020; 29: e181.
12. Đoàn Thị Nga, Nguyễn Thị Thu Trang. Tác động của đại dịch Covid-19 đến sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành sức khỏe Trường Đại học Đại Nam năm 2021–2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 519 (1): 279 - 284.
13. Pacheco JP., Giacomini HT, Tam WW, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2017; 39 (4): 369 - 378.
14. Cody MSR, Rosales RL. Viewpoint: Physician as a Clinician, Researcher, and Academician. *Journal of Medicine, University of Santo Tomas*. 2021; 5 (2): 671 - 674.
15. Kausar S, Ishaq M. Age-Based Analysis of Psychological Factors among College Students. *ACADEMIA International Journal for Social Sciences*. 2025; 4 (2): 2013 - 2022.
16. Trần Bình Thắng, Bùi Thị Phương Anh, Nguyễn Thị Trà My, cs. Stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên khoa y tế công cộng, trường Đại học y dược Huế. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2016; 6 (3): 66 - 72.
17. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Bích Ngọc. Yếu tố liên quan đến stress của sinh viên điều dưỡng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 152 (4): 171 - 178.

SITUATION OF STRESS IN HEALTH SCIENCE STUDENTS AND RELATED FACTORS, TRA VINH UNIVERSITY IN 2023

**Le My Ngoc, Nguyen Mai Quang Vinh, Nguyen Thi Nhat Tao, Thach Thi My
Phuong, Thach Thi Thanh Thuy**
Tra Vinh University

Stress is a mental health challenge in the university environment, particularly severe among students in health sciences, and many studies have shown that stress levels in this group are at an alarming threshold. A cross-sectional analytic study was designed to determine the prevalence of stress and to explore several related factors among health sciences students at Tra Vinh University. Data were collected from 1,046 students using a structured questionnaire on Google Forms, from October 2022 to June 2023. The results indicated that the prevalence

of stress was 41%, with mild, moderate, severe, and very severe levels accounting for 16.6%, 12.3%, 7.9%, and 4.2%, respectively. Stress was found to be associated with factors such as age, cohabitation status, troubles in friendships/romantic relationships, and family issues. Screening is needed to timely detect stress among health sciences students at Tra Vinh University.

Keywords: Stress; health science students; Tra Vinh University.

NGUY CƠ SUY GIẢM CƠ (SARCOPENIA) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI HUYỆN TÂN PHÚ ĐÔNG, TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2023

Hồ Văn Sơn*, Đỗ Viết Phúc

Trung tâm Y tế khu vực Tân Phú Đông, Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp

TÓM TẮT

Suy giảm cơ ở người cao tuổi (NCT) ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống, nhưng tại huyện Tân Phú Đông vấn đề này chưa được quan tâm đúng mức. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ NCT có nguy cơ suy giảm cơ và xác định một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ suy giảm cơ của NCT tại huyện Tân Phú Đông năm 2023. Thiết kế cắt ngang trên 352 NCT từ 12/2022 đến 06/2023, sử dụng công cụ SARC-CalF. Kết quả: tỷ lệ NCT có nguy cơ suy giảm cơ là 36,1% (127/352). Các yếu tố liên quan gồm: tuổi ≥ 70 có nguy cơ cao gấp 8,11 lần so với 60–69 (KTC 95%: 3,95–16,64); không đạt mức hoạt động thể lực khuyến nghị tăng nguy cơ 8,67 lần (KTC 95%: 4,62–16,24); Suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ 3,01 lần (KTC 95%: 1,39–6,49); và bệnh mạn tính tăng nguy cơ 3,71 lần (KTC 95%: 1,23–11,20). Giới tính, học vấn và sống cùng người thân không có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh ($p > 0,05$). Tỷ lệ suy giảm cơ ở NCT tại Tân Phú Đông còn cao, nhấn mạnh sự cần thiết của sàng lọc và phát hiện sớm trong cộng đồng.

Từ khóa: SARC-CalF; suy giảm cơ; người cao tuổi; Tân Phú Đông

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu. Liên Hợp Quốc dự báo đến năm 2050, người ≥ 60 tuổi sẽ chiếm trên 20% dân số thế giới [1]. Ở Việt Nam, tốc độ già hóa thuộc nhóm nhanh nhất châu Á và dự kiến đến năm 2036 sẽ bước vào giai đoạn dân số già. Quá trình này đặt ra nhiều thách thức sức khỏe, trong đó suy giảm cơ là một vấn đề nổi bật. Đây là hội chứng đặc trưng bởi giảm khối lượng, sức mạnh và chức năng cơ, kéo theo nhiều hệ quả nghiêm trọng như tăng nguy cơ té ngã, tàn tật, tử vong, suy giảm miễn dịch, chậm lành vết thương, giảm chất lượng sống và gia tăng gánh nặng y tế – xã hội [2]. Tỷ lệ suy giảm cơ ở người cao tuổi khác nhau giữa các quốc gia, với con số 37,4% được ghi nhận ở Thổ Nhĩ Kỳ (Sahin U.K., 2020) [3] và tại Trung Quốc là 11,7 – 25% [4].

Tại Việt Nam, nghiên cứu cộng đồng của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2022) tại Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ NCT có nguy cơ suy giảm cơ là 54,3%, liên quan đến tuổi, giới tính nam, tình trạng dinh dưỡng và mức độ vận động thấp [5]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này mới chỉ tập trung ở một số địa phương, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng trong cộng đồng. Tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang, hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá nguy cơ suy giảm cơ ở người cao tuổi tại huyện Tân Phú Đông năm 2023 và xác định một số yếu tố liên quan.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu. Liên Hợp Quốc dự báo đến năm 2050, người ≥ 60 tuổi sẽ chiếm trên 20% dân số

*Tác giả: Hồ Văn Sơn

Địa chỉ: TTYT khu vực Tân Phú Đông, SYT tỉnh Đồng Tháp

Điện thoại: 0916 195 936

Email: hovanson.mph@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 15/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

thể giới [1]. Ở Việt Nam, tốc độ già hóa thuộc nhóm nhanh nhất châu Á và dự kiến đến năm 2036 sẽ bước vào giai đoạn dân số già. Quá trình này đặt ra nhiều thách thức sức khỏe, trong đó suy giảm cơ là một vấn đề nổi bật. Đây là hội chứng đặc trưng bởi giảm khối lượng, sức mạnh và chức năng cơ, kéo theo nhiều hệ quả nghiêm trọng như tăng nguy cơ té ngã, tàn tật, tử vong, suy giảm miễn dịch, chậm lành vết thương, giảm chất lượng sống và gia tăng gánh nặng y tế – xã hội [2]. Tỷ lệ suy giảm cơ ở người cao tuổi khác nhau giữa các quốc gia, với con số 37,4% được ghi nhận ở Thổ Nhĩ Kỳ (Sahin U.K., 2020) [3] và tại Trung Quốc là 11,7 – 25% [4].

Tại Việt Nam, nghiên cứu cộng đồng của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2022) tại Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ NCT có nguy cơ suy giảm cơ là 54,3%, liên quan đến tuổi, giới tính nam, tình trạng dinh dưỡng và mức độ vận động thấp [5]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này mới chỉ tập trung ở một số địa phương, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng trong cộng đồng. Tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang, hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá nguy cơ suy giảm cơ ở người cao tuổi tại huyện Tân Phú Đông năm 2023 và xác định một số yếu tố liên quan.

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người từ 60 tuổi trở lên, có thời gian sinh sống tối thiểu 6 tháng tại huyện Tân Phú Đông, có thể thực hiện được các bộ câu hỏi và các bài kiểm tra chức năng theo chỉ định và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023, tại huyện Tân Phú Đông, Tiền Giang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó: Z là trị số của phân phối chuẩn (Z= 1,96); α : Xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha= 0.05$); p: Trị số mong muốn của tỉ lệ (p = 0,33) [6]; d: Độ chính xác (sai số cho phép) (d = 0,05). Cỡ mẫu phải lấy: n = 340 người, dự phòng 5% mất mẫu, số mẫu cần thiết là 357 người, làm tròn 360 người. Thực tế thu thập được 352 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu 2 giai đoạn, ngẫu nhiên hệ thống, sau khi loại trừ đối tượng không đủ tiêu chuẩn. Giai đoạn 1: Phân bố mẫu mỗi xã 60 người; Giai đoạn 2: Chọn ngẫu nhiên theo quy luật n, n+k, n+2k, ..., với k = 4 và n là vị trí số thứ tự ngẫu nhiên trong danh sách.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nguy cơ suy giảm cơ: Đánh giá bằng thang SARC-CalF do Barbosa-Silva và cộng sự (2016) phát triển từ công cụ SARC-F, bổ sung thêm chu vi bắp chân, giúp nâng cao khả năng phát hiện với độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 84,2% [7].

Tình trạng dinh dưỡng: Sử dụng thang Mini Nutritional Assessment (MNA), công cụ đã được chuẩn hóa và được khuyến nghị sử dụng trong phát hiện sớm nguy cơ suy dinh dưỡng [8].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Tính bằng công thức BMI= [9].

Chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR): Ngưỡng nguy cơ đối với nam >0,90 và nữ >0,85 [10].

Hoạt động thể lực: Đánh giá bằng bảng câu hỏi hoạt động thể lực dạng ngắn (IPAQ-SF). Bản dịch tiếng Việt của IPAQ-SF là một công cụ đáng tin cậy và hợp lý để đánh giá và theo dõi hoạt động thể chất thường xuyên của người cao tuổi tại Việt Nam [11].

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nguy cơ suy giảm cơ được sàng lọc bằng thang SARC-CalF gồm 5 câu hỏi tự báo cáo (0–2 điểm/câu) kết hợp đo chu vi bắp chân (nam

≤34 cm, nữ ≤33 cm cộng 10 điểm). Tổng điểm 0–20, trong đó ≥11 điểm xác định có nguy cơ.

Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng công cụ MNA-SF (6 câu hỏi, 0–14 điểm): 0–7 điểm = suy dinh dưỡng; 8–11 điểm = nguy cơ; 12–14 điểm = bình thường. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính từ chiều cao và cân nặng, phân loại theo chuẩn WHO cho người châu Á: <18,5 = thiếu cân; 18,5–22,9 = bình thường; 23,0–24,9 = thừa cân; ≥25,0 = béo phì. Chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR) tính bằng vòng eo/vòng hông, với vòng eo đo ở điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối và mào chậu, vòng hông tại chỗ lớn nhất của mông. Ngưỡng nguy cơ: nam >0,90; nữ >0,85 [12].

Hoạt động thể lực được xác định bằng công cụ IPAQ-SF, ghi nhận hoạt động mạnh, vừa và đi bộ trong 7 ngày gần nhất, quy đổi ra MET-phút/tuần. Người cao tuổi được coi là

đạt khuyến nghị khi vận động ≥600 MET-phút/tuần [11].

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng SPSS 25.0. Các biến định lượng và tình trạng suy giảm cơ được mô tả bằng thống kê mô tả. Sự khác biệt giữa các nhóm được so sánh bằng phép kiểm Chi-Square ($p < 0,05$). Mối liên quan được đánh giá qua tỷ suất chênh (OR) với khoảng tin cậy 95%. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học kỹ thuật Sở Y tế tỉnh Tiền Giang theo Quyết định số 2439/QĐ-SYT ngày 10 tháng 11 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (n)	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	Tuổi trung bình: 66,8 ± 4,9		
	60 – 70	254	72,2
	71 – 77	98	27,8
Giới	Nam	163	46,6
	Nữ	189	53,7
Học vấn	Không biết chữ	36	10,2
	Tiểu học	113	32,1
	Trung học cơ sở	127	36,1
	Trung học phổ thông	53	15,1
	Trên trung học phổ thông	23	6,5
Đặc điểm sống	Sống một mình	46	13,1
	Sống cùng gia đình	306	86,9
Hoạt động thể lực theo thang đo IPAQ-SF	Thấp (dưới 600 MET-phút/tuần)	236	67,1
	Trung bình (600 – 3000 MET-phút/tuần)	106	30,1
	Cao (trên 3000 MET-phút/tuần)	10	2,8
Chỉ số BMI	Dưới 19	84	23,9
	Từ 19 đến dưới 21	50	14,2
	Từ 21 đến 23	139	39,5
	Trên 23	79	22,4

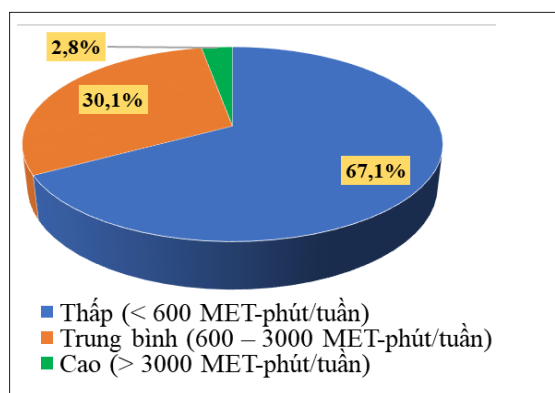
Bảng 1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu (tiếp)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (n)	Tỉ lệ %
Tiền sử bệnh lý	Không	61	17,3
	Bệnh mạn tính	233	66,2
	Chấn thương	49	13,9
	Bệnh mạn tính và Chấn thương	9	2,6

Kết quả thu thập thông tin từ 352 người cao tuổi tại huyện Tân Phú Đông cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,8 \pm 4,9$, dao động từ 60 đến 77 tuổi. Tỷ lệ nữ chiếm 53,7% và nam chiếm 46,3%. Về trình độ học vấn, 36,1% có trình độ trung học cơ sở, 32,1% tiểu học, 15,1% trung học phổ thông và 10,2% không biết chữ. Phần lớn người cao tuổi sống cùng gia đình (86,9%), trong khi 13,1% sống một mình. Về hoạt động thể lực, phần lớn NCT

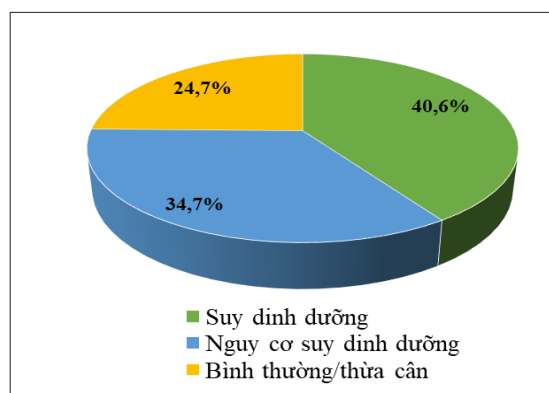
có mức hoạt động thể lực thấp (67,1%), trong khi 30,1% đạt mức trung bình và chỉ 2,8% có mức cao theo thang đo IPAQ-SF. Đối với chỉ số khối cơ thể (BMI), 39,5% có BMI từ 21–23, 23,9% dưới 19, 14,2% từ 19–21 và 22,4% trên 23. Ngoài ra, 66,2% người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, 13,9% từng bị chấn thương và 2,6% vừa mắc bệnh mạn tính vừa có chấn thương.

Tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi



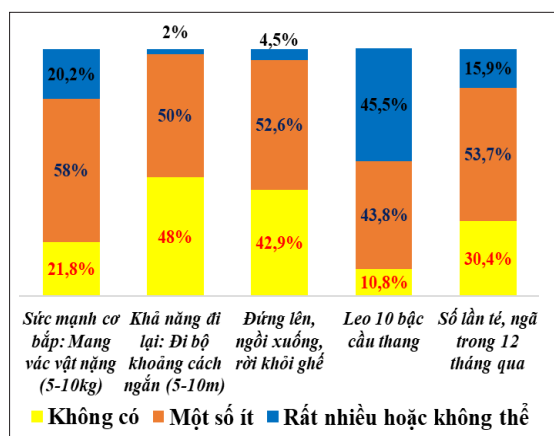
Hình 1. Mức độ hoạt động thể lực ở NCT theo thang đo IPAQ-SF

Hình 1 cho thấy mức độ hoạt động thể lực của người cao tuổi (NCT) theo thang đo IPAQ-SF. Kết quả ghi nhận có đến 67,1% NCT có mức hoạt động thể lực thấp (<600 MET-phút/tuần), 30,1% đạt mức trung bình (600–3000 MET-phút/tuần) và chỉ 2,8% có mức hoạt động cao (>3000 MET-phút/tuần).

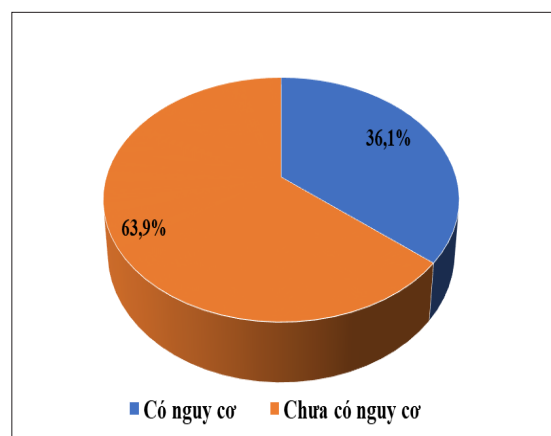


Hình 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở NCT theo thang MNA-SF

Hình 2 trình bày tình trạng dinh dưỡng của NCT theo thang đo MNA-SF. Trong đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 40,6%, nguy cơ suy dinh dưỡng 34,7%, và chỉ 24,7% có tình trạng dinh dưỡng bình thường hoặc thừa cân.



Hình 3. Mô tả thang đo SARC-F ở NCT



Hình 4. Tỷ lệ suy giảm cơ ở NCT theo công cụ SARC-CalF

Hình 3 mô tả các thuộc tính trong thang đo SARC-F ở người cao tuổi. Kết quả cho thấy, trong 5 tiêu chí đánh giá tình trạng suy giảm cơ ở NCT, chúng tôi nhận thấy NCT gặp nhiều hạn chế ở việc leo cầu thang (45,5%), kể đó là việc sử dụng sức mạnh cơ bắp (20,2%) và té

ngã trên 3 lần trong 12 tháng qua (15,9%).

Hình 4 mô tả tỷ lệ suy giảm cơ ở NCT huyện Tân Phú Đông. Kết quả đánh giá trên 352 NCT cho thấy, tỷ lệ NCT có nguy cơ suy giảm cơ là 36,1%.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nguy cơ suy giảm cơ ở người cao tuổi

Đặc điểm	Suy giảm cơ n (%)	Không suy giảm cơ n (%)	OR thô (KTC 95%)	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)
Giới				-
Nữ (Ref)	58 (30,7)	131 (69,3)	Ref	
Nam	69 (42,3)	94 (57,7)	1,66 (1,07 – 2,57)	
Nhóm tuổi				
60–69 (Ref)	51 (20,1)	203 (79,9)	Ref	Ref
≥70	76 (77,6)	22 (22,4)	13,75 (7,81 – 24,20)	8,11 (3,95 – 16,64)
Trình độ học vấn				-
THPT trở lên	48 (23,6)	155 (76,3)	Ref	
THCS trở xuống	79 (53,0)	70 (47,0)	3,64 (2,31 – 5,75)	
Người thân sống cùng				-
Sống cùng gia đình	111 (36,3)	195 (63,7)	Ref	
Sống một mình	16 (34,8)	30 (65,2)	0,94 (0,49 – 1,80)	
Hoạt động thể lực khuyến nghị (600 MET-phút/tuần)				
Đạt	47 (19,9)	189 (80,1)	Ref	Ref
Không đạt	80 (69,0)	36 (31,0)	8,94 (5,38 – 14,83)	8,67 (4,62 – 16,24)
Tình trạng dinh dưỡng (MNA)				
Bình thường	19 (21,8)	68 (78,2)	Ref	Ref
SDD và nguy cơ SDD	108 (40,8)	157 (59,2)	2,46 (1,40 – 4,33)	3,01 (1,39 – 6,49)

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nguy cơ suy giảm cơ ở người cao tuổi (tiếp)

Đặc điểm	Suy giảm cơ n (%)	Không suy giảm cơ n (%)	OR thô (KTC 95%)	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)
Bệnh lý mạn tính, chấn thương				
Không (Ref)	5 (8,2)	56 (91,8)	Ref	Ref
Có	122 (41,9)	169 (58,1)	8,09 (3,15 – 20,78)	3,71 (1,23 – 11,20)
LR Chi-square = 169,3; p < 0,001; Nagelkerke R ² = 0,523				

Kết quả Bảng 1 cho thấy, trong mô hình hồi quy logistic đa biến, nhóm tuổi ≥ 70 có nguy cơ suy giảm cơ cao gấp 8,11 lần so với nhóm 60–69 tuổi (KTC 95%: 3,95 – 16,64). Người không đạt mức hoạt động thể lực khuyến nghị (<600 MET-phút/tuần) có nguy cơ suy giảm cơ cao gấp 8,67 lần so với nhóm đạt khuyến nghị (KTC 95%: 4,62 – 16,24). Tình trạng dinh dưỡng kém (SDD hoặc nguy cơ SDD) làm tăng nguy cơ suy giảm cơ 3,01 lần so với nhóm có dinh dưỡng bình thường (KTC 95%: 1,39 – 6,49). Đồng thời, sự hiện diện bệnh lý mạn tính cũng làm tăng nguy cơ suy giảm cơ 3,71 lần (KTC 95%: 1,23 – 11,20). Các yếu tố khác như giới tính, trình độ học vấn và tình trạng sống một mình không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh ($p > 0,05$). Mô hình hồi quy logistic đa biến giải thích được 52,3% biến thiên của tình trạng suy giảm cơ (Nagelkerke $R^2 = 0,523$) và có ý nghĩa thống kê cao (LR Chi-square = 169,3; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người cao tuổi (NCT) có nguy cơ suy giảm cơ tại huyện Tân Phú Đông là 36,1%, phản ánh hơn một phần ba NCT trong cộng đồng đang đối diện nguy cơ suy giảm khối cơ và chức năng vận động. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động 10 – 40% được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế [12, 13], cho thấy suy giảm cơ là vấn đề phổ biến và có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng quan trọng. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, Yang M. và cs. (2018) tại Trung Quốc báo cáo tỷ lệ sarcopenia 11,7 – 25% tùy theo công cụ sàng lọc [4], trong khi Bahat G.

và cs. (2018) tại Thổ Nhĩ Kỳ ghi nhận tỷ lệ rất thấp, chỉ 1,9 – 9,2% [14]. Sự khác biệt này có thể lý giải bởi công cụ sàng lọc (SARC-F so với SARC-CalF), tiêu chuẩn chẩn đoán (AWGS, EWGSOP, IWGS), cũng như điều kiện kinh tế - xã hội và lối sống. Đặc biệt, SARC-CalF cải thiện độ nhạy so với SARC-F, nên nghiên cứu của chúng tôi phát hiện tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu chỉ sử dụng SARC-F.

Tại Việt Nam, tỷ lệ suy giảm cơ ở bệnh viện thường cao hơn, như Nguyễn Bá Huỳnh (2023) ghi nhận 52,5% ở bệnh nhân suy tim [15] và Vũ Thị Huyền (2023) là 51,79% ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối [16]. Điều này phản ánh ảnh hưởng mạnh của bệnh mạn tính và tình trạng sức khỏe kém. Ngược lại, nghiên cứu cộng đồng của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2022) tại Nga Giáp, Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ nguy cơ suy giảm cơ 54,3% [5], cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do tuổi trung bình cao hơn và tỷ lệ dinh dưỡng kém, bệnh mạn tính lớn hơn tại Nga Giáp. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều khẳng định nhất quán vai trò của tuổi cao, dinh dưỡng kém, ít hoạt động thể lực và bệnh mạn tính trong làm gia tăng nguy cơ suy giảm cơ.

Tuổi cao được xác định là yếu tố nguy cơ mạnh nhất; nhóm ≥ 70 tuổi có khả năng suy giảm cơ cao gấp 8,11 lần so với nhóm 60 – 69 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bá Huỳnh (2023) trên bệnh nhân suy tim [15] và Trần Đăng Khương (2019) trên bệnh nhân tim mạch [6], đều cho thấy tuổi cao làm tăng rõ rệt nguy cơ suy giảm cơ. Xu hướng này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Yang M. (2018) tại Trung Quốc [4], khẳng

định sự suy giảm cơ theo tuổi là quá trình sinh học tất yếu.

Hoạt động thể lực nổi bật như một yếu tố bảo vệ. Người không đạt mức khuyến nghị có nguy cơ suy giảm cơ cao gấp 8,67 lần, tương đồng với nghiên cứu cộng đồng của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2022) tại Nga Giáp [5], nơi mức vận động thấp liên quan có ý nghĩa đến suy giảm cơ. Kết quả này nhấn mạnh thêm vai trò của vận động thường xuyên, đặc biệt là các bài tập kháng lực, trong bảo tồn khối cơ ở NCT.

Tình trạng dinh dưỡng kém làm tăng nguy cơ suy giảm cơ 3,01 lần, củng cố kết quả của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2022) [5] và các nghiên cứu bệnh viện của Vũ Thị Huyền (2023) [16], Nguyễn Bá Huỳnh (2023) [15], đều khẳng định suy dinh dưỡng liên quan chặt chẽ với suy giảm cơ. Điều này cho thấy can thiệp dinh dưỡng, đặc biệt bổ sung protein và vi chất, là then chốt trong phòng ngừa và quản lý suy giảm cơ. Bệnh lý mạn tính cũng làm tăng nguy cơ 3,71 lần, phù hợp với Trần Đăng Khương (2019) [6] ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Trong khi đó, giới tính, học vấn hay sống một mình không còn ý nghĩa sau hiệu chỉnh, tương đồng với kết quả của Bahat G. (2018) [14].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy suy giảm cơ ở NCT chủ yếu chịu ảnh hưởng từ tuổi tác, hoạt động thể lực, dinh dưỡng và bệnh mạn tính, trong khi yếu tố nhân khẩu học ít tác động. Do đó các can thiệp cần thiết là: sàng lọc định kỳ bằng công cụ như SARC-CalF, kết hợp tăng cường vận động, cải thiện dinh dưỡng và quản lý bệnh mạn tính nhằm giảm gánh nặng suy giảm cơ, nâng cao chất lượng sống cho NCT. Nghiên cứu vẫn có hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, thời gian ngắn, thiết kế cắt ngang chưa xác định được quan hệ nhân-quả, và mới phân tích các yếu tố cơ bản. Hơn nữa, SARC-CalF chỉ là công cụ sàng lọc, không phải chẩn đoán xác định, nên tỷ lệ suy giảm cơ có thể chưa phản ánh chính xác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá trên 352 người cao tuổi tại huyện Tân Phú Đông, tỷ lệ người cao tuổi

có nguy cơ suy giảm cơ là 36,1% (127/352). Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ suy giảm cơ ở người cao tuổi được chỉ ra gồm tuổi ≥ 70 , không đạt mức hoạt động thể lực khuyến nghị, tình trạng dinh dưỡng kém và bệnh lý mạn tính là những yếu tố nguy cơ độc lập của suy giảm cơ ở người cao tuổi, trong khi các yếu tố nhân khẩu học khác không có ý nghĩa thống kê. Sàng lọc sớm suy giảm cơ ở người cao tuổi giúp phát hiện yếu tố nguy cơ, can thiệp kịp thời, nâng cao chất lượng sống và giảm gánh nặng bệnh tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2019. New York: United Nations. 2019.
2. Tổng cục Thống kê. Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2019–2069. Hà Nội. Nhà xuất bản Thống kê. 2020.
3. Ulku KS, Elif YT, Habibe D, et al. Screening for frailty and sarcopenia in community-dwelling older adults: a cross-sectional study from the Eastern Black Sea region of Turkey. *Aging Clin Exp Res*. 2022; 34 (9): 2047 - 2056.
4. Ming Y, Xiaoyi H, Lingling X, et al. Screening Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: SARC-F vs SARC-F Combined With Calf Circumference (SARC-CalF). *J Am Med Dir Assoc*. 2018; 19 (3): 277.e1 - 277.e8.
5. Hoàng Khắc Tuấn Anh, Vũ Thị Ngọc Bích. Nguy cơ thiếu cơ (sarcopenia) ở người cao tuổi tại xã Nga Giáp, huyện Nga Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2022 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*. 2024; 08 (03): 26 - 33.
6. Trần Đăng Khương, Nguyễn Văn Tân. Khảo sát tỉ lệ thiếu cơ và các mối liên quan trên bệnh nhân cao tuổi có bệnh tim mạch nội viện. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019; 23 (3PB): 59 - 64.
7. Barbosa-Silva, Menezes AM. Enhancing SARC-F: Improving Sarcopenia Screening in the Clinical Practice. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17 (12): 1136 - 1141.
8. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999; 15 (2): 116 - 122.
9. Consultation WE. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004; 363 (9403): 157 - 163.

10. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation. World Health Organization: Geneva. 2011.
11. Dinh VT, Andy HL, Thuy BA, et al. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire-Short Form for older adults in Vietnam. *Health Promot J Austr.* 2013; 24 (2): 126 - 131.
12. Daiki W, Tsukasa Y, Takashi N, et al. Factors associated with sarcopenia screened by finger-circle test among middle-aged and older adults: a population-based multisite cross-sectional survey in Japan. *BMC Public Health.* 2021; 21 (1): 798.
13. Hui W, Shan H, Li C, et al. Estimation of prevalence of sarcopenia by using a new bioelectrical impedance analysis in Chinese community-dwelling elderly people. *BMC Geriatr.* 2016; 16 (1): 216.
14. Bahat G, Oren M, Yilmaz O, et al. Comparing SARC-F with SARC-CalF to Screen Sarcopenia in Community Living Older Adults. *J Nutr Health Aging.* 2018; 22 (9): 1034 - 1038.
15. Nguyễn Bá Huỳnh, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Ngọc Tâm và cộng sự. Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 533(2).
16. Vũ Thị Huyền, Trần Viết Lực, Nguyễn Ngọc Tâm. Thiếu cơ ở người bệnh cao tuổi thoái hóa khớp gối nguyên phát. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 522 (2): 284 - 289.

RISK OF SARCOPENIA AMONG OLDER ADULTS IN TAN PHU DONG DISTRICT, TIEN GIANG PROVINCE, VIETNAM, 2023, AND ASSOCIATED FACTORS

Ho Van Son, Do Viet Phuc

Tan Phu Dong Health Center, Dong Thap Department of Health

Sarcopenia in older adults significantly affects quality of life, yet this issue has not been adequately addressed in Tan Phu Dong district. This study aimed to assess the prevalence of older adults at risk of sarcopenia and identify associated factors in Tan Phu Dong in 2023. A cross-sectional design was conducted on 352 older adults from December 2022 to June 2023, using the SARC-CalF screening tool. Results showed that 36.1% (127/352) of participants were at risk of sarcopenia. Associated factors included age ≥ 70 years (OR = 8.11, 95% CI: 3.95 – 16.64), not meeting the recommended

physical activity level (OR = 8.67, 95% CI: 4.62 – 16.24), poor nutritional status (OR = 3.01, 95% CI: 1.39 – 6.49), and presence of chronic disease (OR = 3.71, 95% CI: 1.23 – 11.20). Sex, education, and living alone were not statistically significant after adjustment ($p > 0.05$). The prevalence of sarcopenia among older adults in Tan Phu Dong remains high, underscoring the need for early screening and detection in the community.

Keywords: SARC-CalF; sarcopenia; elderly people; Tan Phu Dong

TÌNH TRẠNG NHIỄM GIUN TRÒN ANISAKIS SPP. TRÊN MỘT SỐ LOÀI CÁ NƯỚC MẶN TẠI MỘT SỐ TỈNH VEN BIỂN THUỘC KHU VỰC NAM BỘ NĂM 2024

Đỗ Thị Phượng Linh^{1*}, Giang Hán Minh¹, Hoàng Anh¹, Nguyễn Huỳnh Tố Như¹,
Ngô Thị Tuyết Thanh¹, Nguyễn Đức Thắng¹, Dương Tiểu Mai², Trần Quốc Thắng²

¹*Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng TP. Hồ Chí Minh*

²*Trường Đại học Nông Lâm TP. Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ nhiễm giun tròn *Anisakis* spp. trên một số loài cá nước mặn tại các tỉnh ven biển Nam Bộ, Việt Nam. Từ tháng 04/2024 đến 12/2024, 107 mẫu cá (30 cá ngừ, 45 cá nục, 32 cá hường) được thu thập tại Cần Giờ (TP. Hồ Chí Minh), Đất Đỏ (Bà Rịa – Vũng Tàu), và Trà Cú (Trà Vinh). Phương pháp mổ khám và thủy phân bằng enzyme pepsin được sử dụng để phát hiện ký sinh trùng, kết hợp định danh hình thái học dưới kính hiển vi. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm *Anisakis* spp. là 48,60% (52/107), với *A. typica* chiếm ưu thế (71,93%), tiếp theo là *A. simplex* (21,05%), *A. physeteris* (21,05%), và *A. pegreffii* (15,79%). Ấu trùng *Anisakis* spp. chủ yếu được tìm thấy ở xoang bụng (82,69%), buồng trứng/tinh hoàn (61,54%), và gan (38,46%). Kết quả cho thấy nguy cơ sức khỏe cộng đồng nhiễm *Anisakis* spp. do tiêu thụ cá không nấu chín.

Từ khóa: *Anisakis* spp.; cá nước mặn; giun tròn; Nam Bộ; anisakidosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cá là nguồn thực phẩm quan trọng, cung cấp khoảng 7% lượng protein tiêu thụ toàn cầu theo FAO (2020). Ngoài protein, cá còn cung cấp các chất dinh dưỡng thiết yếu như vitamin A, canxi, sắt và axit béo omega-3, mang lại lợi ích lớn cho sức khỏe con người [1]. Tuy nhiên, cá nước mặn có thể nhiễm các ký sinh trùng như giun tròn *Anisakis* spp., gây bệnh anisakidosis ở người khi tiêu thụ hải sản sống hoặc chưa nấu chín [2]. Anisakidosis gây ra các triệu chứng tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn) và dị ứng (mề đay, sốc phản vệ) [3]. Bệnh anisakidosis được tìm thấy ở khắp mọi nơi trên thế giới, nhưng khoảng 95% các trường hợp các ca bị nhiễm bệnh được báo cáo đến từ Nhật Bản và hầu hết có liên quan đến *A. simplex*, các trường hợp còn lại đến từ chủ yếu các nước châu Âu [4].

Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều báo cáo về các ca bệnh anisakidosis, chủ yếu do còn hạn chế về phương pháp chẩn đoán. Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam từng ghi nhận tỷ lệ nhiễm giun tròn trên cá dao động từ 22,09% đến 38,75% [5, 6]. Tuy nhiên, thông tin về tình trạng nhiễm *Anisakis* spp. tại khu vực Nam Bộ vẫn còn hạn chế.

Nghiên cứu “Đánh giá tình trạng nhiễm giun tròn *Anisakis* spp. trên một số loài cá nước mặn tại một số tỉnh ven biển thuộc khu vực Nam Bộ năm 2024”, được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu chi tiết về tỷ lệ nhiễm và phân bố của *Anisakis* spp. trên cá nước mặn. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ đóng góp vào việc nâng cao nhận thức và quản lý nguy cơ sức khỏe cộng đồng liên quan đến tiêu thụ hải sản, đặc biệt trong bối cảnh thói quen ăn hải sản sống ngày càng phổ biến.

*Tác giả: Đỗ Thị Phượng Linh

Địa chỉ: Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng

TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0935 222 712

Email: dophuonglinh2712@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/07/2025

Ngày phản biện: 14/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Cá nước mặn. Trong nghiên cứu đã lựa chọn 3 loài cá nước mặn phổ biến được sử dụng trong ẩm thực hằng ngày tại địa phương làm đại diện, đó là cá ngừ (*Auxis thazard*), cá nục (*Decapterus spp.*), cá hường (*Nemipterus furcosus*).

Tiêu chí chọn mẫu: Cá tươi, nguyên con, thu thập tại các chợ/cảng cá địa phương.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

từ tháng 04/2024 đến 12/2024 tại Cần Giờ (TP. Hồ Chí Minh), Đất Đỏ (Bà Rịa – Vũng Tàu), và Trà Cú (Trà Vinh).

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tham khảo Quyết định 1744/QĐ-BYT ngày 30/03/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế Ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh ký

sinh trùng thường gặp tại Việt Nam, quy định cỡ mẫu giám sát trọng điểm đối với vật chủ trung gian và vật chủ mang mầm bệnh ít nhất cần có khi giám sát vật chủ cá là 30 con/loài. Thực tế đã thu thập 107 mẫu cá (30 cá ngừ, 45 cá nục, 32 cá hường)

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Thu thập Cá tươi, nguyên con, tại các chợ/cảng cá địa phương. Mỗi địa điểm thu thập ít nhất 10 mẫu mỗi loài.

2.6 Biến số nghiên cứu

Cường độ nhiễm (CĐN): số cá thể giun tròn trên loài vật chủ nhiễm loài giun tròn đó;

CĐN thấp nhất (min): số lượng giun tròn ký sinh ít nhất trên 1 vật chủ;

CĐN cao nhất (max): số lượng giun tròn ký sinh nhiều nhất trên 1 vật chủ.

Tỉ lệ cá nhiễm giun sán theo nguồn gốc mẫu, loài cá, tần số xuất hiện tại cơ quan kí sinh trên cá.

Tỉ lệ cá nhiễm *Anisakis spp.* theo nguồn gốc mẫu và theo loài cá được xác định như sau:

$$\text{Tỷ lệ vật chủ nhiễm các loại KST} = \frac{\text{Số trường hợp nhiễm}}{\text{Số mẫu xét nghiệm}} \times 100\% (\%)$$

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập mẫu: Mẫu cá được thu thập tại các chợ/cảng cá và xét nghiệm trong vòng 24 giờ.

Phương pháp phát hiện ký sinh trùng:

Mổ khám: Cá được mổ từ lỗ huyết đến miệng để kiểm tra nội tạng bằng mắt thường hoặc kính lúp [7].

Thủy phân enzyme pepsin: Cơ cá (100g) được xử lý bằng dung dịch tiêu cơ (10g pepsin, 16mL HCl 37%, 2L nước) ở 44°C trong 30-60 phút, sau đó lọc qua rây 180 μm [8]. Định danh hình thái: Ấu trùng được quan sát dưới kính hiển vi quang học (vật kính 10x, 40x) dựa trên các đặc điểm như vòng thần kinh, răng, và tâm thất [9].

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng Microsoft Excel, trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không liên quan đến đối tượng con người, đảm bảo tuân thủ các quy định về an toàn sinh học và xử lý mẫu đúng quy trình.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc tính mẫu nghiên cứu

Bảng 1 trình bày đặc tính của 107 mẫu cá thu thập. Cá nục chiếm tỷ lệ cao nhất (42,06%), tiếp theo là cá hường (29,91%) và cá ngừ (28,04%).

Bảng 1. Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu

Đặc tính	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Loài cá		
Cá ngừ (<i>Auxis thazard</i>)	30	28,04
Cá nục (<i>Decapterus spp.</i>)	45	42,06
Cá hường (<i>Nemipterus furcosus</i>)	32	29,91
Địa điểm thu thập		
TP. Hồ Chí Minh	32	29,91
Bà Rịa – Vũng Tàu	35	32,71
Trà Vinh	40	37,38

3.2 Tỷ lệ và phân bố *Anisakis spp.*

Tỷ lệ nhiễm giun sán chung là 57,94%. Cá

nục là loài có tỷ lệ nhiễm cao nhất (93,33%) và trong các địa điểm nghiên cứu, Trà Vinh là nơi ghi nhận tỷ lệ nhiễm cao nhất (97,50%).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm *Anisakis spp.* theo loài cá

Loài cá	N (con)	n (%)	<i>Anisakis spp.</i> (%)	Giun tròn khác (%)	Sán (%)
Cá ngừ	30	16 (53,33)	7 (23,33)	5 (16,67)	11 (36,67)
Cá nục	45	42 (93,33)	42 (93,33)	9 (20,00)	0 (0,00)
Cá hường	32	4 (12,50)	3 (9,38)	1 (3,12)	0 (0,00)

Tỷ lệ nhiễm *Anisakis spp.* là 48,60% (93,33%), tiếp theo là cá ngừ (23,33%) và cá (52/107), với cá nục chiếm tỷ lệ cao nhất hường (9,38%) (Bảng 2).

Bảng 3. Phân bố vị trí ký sinh của *Anisakis spp.*

Loài cá	Tần số mẫu nhiễm <i>Anisakis spp.</i>					
	XB (%)	SD (%)	G (%)	C (%)	R (%)	K (%)
Cá ngừ (n = 7)	4 (57,14)	0 (0,00)	4 (57,14)	1 (14,29)	2 (28,57)	0 (0,00)
Cá nục (n = 42)	37 (88,10)	32 (76,19)	15 (35,71)	6 (14,29)	2 (4,76)	11 (26,19)
Cá hường (n = 3)	2 (66,67)	0 (0,00)	1 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Tổng (52)	43 (82,69)	32 (61,54)	20 (38,46)	7 (13,46)	4 (7,69)	11 (21,15)

XB: Xoang bụng; SD: Buồng trứng/tinh hoàn; G: Gan; C: Cơ; R: Ruột; K: Các vị trí khác (thận, mang, mỡ, dạ dày).

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy tần suất phát hiện ấu trùng *Anisakis* spp. ở xoang bụng trên các loại cá là cao nhất chiếm tỷ lệ 82,69% (43/52), tiếp đến là tập trung ở buồng trứng/tinh hoàn chiếm tỷ lệ 61,54% (32/52). Tỷ lệ ấu trùng *Anisakis* spp. ở gan là 38,46% (20/52). Tần suất phát hiện ấu trùng *Anisakis* spp. trên các bộ phận khác như cơ, ruột lần lượt là 13,46% và 7,69%. Ngoài ra, còn phát hiện thấy ấu trùng

Anisakis spp. trên các bộ phận khác như thận, mang, mỡ, dạ dày. Tần suất xuất hiện *Anisakis* spp. trên các bộ phận xoang bụng, sinh dục, gan, cơ... ghi nhận trên cá nục cao hơn trên cá ngừ và cá hường.

3.3 Các loài *Anisakis* spp. được ghi nhận

Hình ảnh một số loài *Anisakis* spp. được ghi nhận trong nghiên cứu



Đặc điểm hình thái L3 của *Anisakis* spp., *Pseudoteranova* spp. và *Hysterothylacium* spp. Chú thích: a, phần đầu; b, phần thân (dạ dày tuyến); c, phần đuôi; 1, *A.simplex*; 2, *A.pegreffii*; 3, *A.typica*; 4, *Pseudoteranova* spp.; 5, *Hysterothylacium* spp. Đuôi và dạ dày tuyến của *Anisakis* spp. thường giống nhau, dạ dày tuyến có hình trụ, đuôi hình bầu dục có mucron; phần đầu của (1)(2) có răng khoan nhỏ dễ thấy, riêng (1) đầu hơi nhô tròn, nhú môi đều, (2) đầu thường ngắn tròn hơn và ít thấy

nhú môi, (3) Đầu tròn nhưng các nhú môi giả thường xếp hình tam giác quanh miệng, răng khoan rất nhỏ, thường khó thấy. (4) Đầu hơi nhô ra, nhú môi thường nhô ra, có xuất hiện các vòng ngang, manh tràng song song với dạ dày tuyến và thực quản, phần đuôi hình tam giác có hoặc không có mucron. (5) Đầu có rãnh chia đôi, nhú môi nhô cao, có phần chia đậm màu ở hai bên nhú môi, đuôi hình tam giác, có hoặc không có mucron.

Bảng 4. Tỷ lệ nhiễm các loài giun tròn theo nguồn gốc thu thập dựa vào hình thái học

Nguồn gốc	A. typica (%)	A. simplex (%)	A. pegreffii (%)	A. physeteris (%)	Pseudoterranova spp. (%)	Contracaecum spp. (%)	Hysterothylacium spp. (%)	Hỗn hợp (%)
TP. HCM (n = 12)	4 (33,33)	4 (33,33)	3 (25,00)	2 (16,67)	1 (8,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (25,00)
BRVT (n = 9)	6 (66,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (44,44)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (11,11)
Trà Vinh (n = 36)	31 (86,11)	8 (22,22)	6 (16,67)	6 (16,67)	2 (5,56)	1 (2,78)	8 (22,22)	20 (55,56)
Tổng (n = 57)	41 (71,93)	12 (21,05)	9 (15,79)	12 (21,05)	3 (5,26)	1 (1,75)	8 (14,04)	24 (42,11)

Bảng 5. Tỷ lệ cá nhiễm các loài giun tròn gây bệnh Anisakidosis theo loài cá dựa vào hình thái học

Loài cá	A. typica (%)	A. simplex (%)	A. Pegreffii (%)	A. Physeteris (%)	Pseudoterranova spp. (%)	Contracaecum spp. (%)	Hysterothylacium spp. (%)	Hỗn hợp (%)
Cá ngừ (n = 11)	6 (54,55)	0 (0,00)	2 (18,18)	2 (18,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (9,09)	3 (27,27)
Cá nục (n = 42)	35 (83,33)	11 (26,19)	7 (16,67)	7 (16,67)	3 (7,14)	1 (2,38)	7 (16,67)	20 (47,62)
Cá hương (n = 4)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (75,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Tổng (n = 57)	41 (71,93)	11 (19,30)	9 (15,79)	12 (21,05)	3 (5,26)	1 (1,75)	8 (14,04)	23 (40,35)

* Một số mẫu giun tròn khi thu thập được không còn nguyên vẹn nên không định danh được dựa vào hình thái học.

Trong 57 mẫu cá nhiễm giun tròn, *A. typica* chiếm tỷ lệ cao nhất (71,93%), tiếp theo là *A. simplex* và *A. physeteris* (21,05% mỗi loài), và *A. pegreffii* (15,79%). Ngoài ra, ghi nhận *Pseudoterranova* spp. (5,26%), *Contracaecum* spp. (1,75%), và *Hysterothylacium* spp. (14,04%) (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm giun sán chung (57,94%) trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu trước tại Việt Nam (22,54% [10], 24,81% [11]). Sự khác biệt có thể do khu vực địa lý, loài cá, và độ sâu vùng đánh bắt [12]. Cá nục có tỷ lệ nhiễm *Anisakis* spp. cao nhất (93,33%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thiện Hoàng (2022) [10]. *A. typica* là loài chiếm ưu thế, tương tự các báo cáo tại Khánh Hòa [13].

Sự tập trung của ấu trùng *Anisakis* spp. ở xoang bụng và buồng trứng/tinh hoàn có thể liên quan đến con đường xâm nhập của ấu trùng qua hệ tiêu hóa của cá [14].

Ở vùng biển huyện Cần Giờ, TP. Hồ Chí Minh có sự hiện diện của các loài như *A. typica* chiếm tỷ lệ 33,33% (04/12); *A. simplex* chiếm tỷ lệ 33,33% (04/12); *A. pegreffii* chiếm tỷ lệ 25% (03/12) và *A. physeteris* chiếm tỷ lệ 16,67% (02/12). Ngoài ra cũng ghi nhận 01/12 trường hợp nhiễm *Pseudoterranova* spp. chiếm tỷ lệ 8,33% và 03/12 trường hợp nhiễm hỗn hợp, chiếm tỷ lệ 25%.

Ở vùng biển thuộc huyện Đất Đỏ, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu ghi nhận có sự hiện diện của *A. typica* chiếm tỷ lệ 66,67% (06/09); *A. physeteris* chiếm tỷ lệ 44,44% (04/09). Ngoài ra cũng ghi nhận 01/09 trường hợp nhiễm hỗn hợp, chiếm tỷ lệ 11,11%

Ở vùng biển huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh ghi nhận có sự hiện diện như *A. typica* chiếm tỷ lệ 86,11% (31/36); *A. simplex* chiếm tỷ lệ 22,22% (08/36); *A. pegreffii* chiếm tỷ lệ 16,67% (06/36) và *A. physeteris* chiếm tỷ lệ 16,67% (06/36). Ngoài ra cũng ghi nhận 02 trường hợp nhiễm *Pseudoterranova* spp. chiếm tỷ lệ

5,56%; 01 trường hợp nhiễm *Contracaecum* spp. chiếm tỷ lệ 2,78%; 08 trường hợp nhiễm *Hysterothylacium* spp. chiếm tỷ lệ 22,22%. Ngoài ra cũng ghi nhận 20/36 trường hợp nhiễm hỗn hợp, chiếm tỷ lệ 55,56%. Có thể do đặc điểm sinh thái vùng này thuận lợi cho giáp xác – vật chủ trung gian của *Anisakis* spp. [15].

Kết quả từ Bảng 7 cho thấy tỷ lệ nhiễm *A. typica* ghi nhận trên cá ngừ và cá nục trong đó tỷ lệ nhiễm *A. typica* trên cá nục nhiều hơn cá ngừ là 83,33% (35/42) và 54,55% (06/11). Kết quả của nghiên cứu cao hơn kết quả điều tra của tác giả Hoàng Văn Hiền và ctv (2021), tỉ lệ nhiễm *A. typica* trên cá nục tại Khánh Hòa là 50%.

Tỷ lệ nhiễm *A. simplex* ghi nhận trên cá nục, chưa ghi nhận trên cá ngừ và cá hường. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thiện Hoàng ghi nhận đầu tiên về việc phát hiện *A. simplex* trên cá nục sò ở Cần Giờ, trên cá nục sò và cá ngừ ở Thủ Đức năm 2022 [10]

Đối với *A. pegreffii* ghi nhận nhiễm trên cá ngừ và cá nục, chưa ghi nhận trên cá hường trong đó tỷ lệ nhiễm *A. pegreffii* trên cá ngừ cao hơn cá nục là 18,18% (02/11) và 16,67% (07/42). Tương tự, đối với loài *A. physeteris* ghi nhận nhiễm trên cả 3 loại cá, trong đó tỷ lệ nhiễm *A. physeteris* trên cá hường cao hơn cá ngừ và cá nục lần lượt tương ứng là 75% (03/04); 18,18% (02/11) và 16,67% (07/42). Ghi nhận nhiễm *Pseudoterranova* spp. trên cá nục là 7,14% (03/42). Ghi nhận nhiễm *Contracaecum* spp. trên cá nục với tỷ lệ 2,38% (01/42). Chưa ghi nhận nhiễm 02 loài này trên cá ngừ và cá hường.

Ghi nhận nhiễm *Hysterothylacium* spp. trên cá nục nhiều hơn cá ngừ là 16,67% (07/42) và 9,09% (01/11), chưa ghi nhận nhiễm *Hysterothylacium* spp. trên cá hường.

Hạn chế của nghiên cứu bao gồm việc chỉ sử dụng hình thái học để định danh, có thể dẫn đến sai sót với các mẫu không nguyên vẹn. Việc chẩn đoán loài *Anisakis* spp. trưởng thành với các loài giun tròn khác nhau có thể dựa vào

hình thái và cấu tạo. Tuy nhiên, để xác định chính xác các loài *Anisakis* spp., các kỹ thuật sinh học phân tử như phương pháp khuếch đại đẳng nhiệt (LAMP; Loop Mediated Isothermal Amplification), PCR, PCR/RFLP (Restriction Length Fragment Polymorphism), hay giải trình tự gen cần được áp dụng. [16].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nhiễm giun sán cao (57,94%) trên cá nước mặn tại một số tỉnh Nam Bộ, với cá nục có tỷ lệ nhiễm *Anisakis* spp. cao nhất (93,33%). *A. typica* là loài phổ biến nhất, tập trung chủ yếu ở xoang bụng và buồng trứng/tinh hoàn. Kết quả nhấn mạnh nguy cơ mắc bệnh Anisakidosis từ việc tiêu thụ cá nước mặn chưa nấu chín.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FAO. The State of World Fisheries and Aquaculture 2020. Sustainability in action. Rome. 2020.
2. Shamsi S. Seafood-Borne Parasitic Diseases: A “One-Health” Approach Is Needed. *Fishes*. 2019; 4: 9.
3. Daschner A, Cuéllar C. Progress in Anisakis Allergy Research: Milestones and Reversals. *Current Treatment Options in Allergy*. 2020; 7 (4): 457 - 470.
4. Conlan J, & Lal A. Socioeconomic burden of foodborne parasites. In *Foodborne Parasites in the Food Supply Web*. 2015; 75 - 98.
5. Hoàng Văn Hiền. Bước đầu nghiên cứu giun tròn kí sinh ở một số loài cá biển ven bờ tỉnh Quảng Bình. *Tạp chí khoa học nông nghiệp Việt Nam*. 2017.
6. Hoàng Văn Hiền. Thành phần loài giun tròn (Nematoda) ký sinh ở một số loài cá thuộc bộ cá vược (Perciformes) ở biển ven bờ Việt Nam. Luận án tiến sĩ sinh học, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam. 2019.
7. Skrjabin KI. Methods of complete helminthological dissections of vertebrate animals, including humans. Moscow: Publishing House of 1st Moscow State University. 1928.
8. Jackson GJ. The use of pepsin digestion for detecting parasites in fish. *J Parasitol*. 1981; 67: 740 - 742.
9. Auroux AFJ, Rodriguez BR. Anisakiasis and Anisakis: An underdiagnosed emerging disease and its main etiological agents. *Res Vet Sci*. 2020; 132: 535 - 545.
10. Nguyễn Thiện Hoàng. Nghiên cứu tình trạng nhiễm giun sán trên cá tại một số chợ ở Việt Nam. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2022; 32 (5): 45 - 52.
11. Hà Duy Ngô, Nguyễn Văn Hà, Nguyễn Đình Tứ, Nguyễn Vũ Thanh. Kết quả nghiên cứu tình hình nhiễm giun sán và giáp xác ký sinh ở cá vùng biển Hải Phòng. *Tạp chí Sinh học*. 2009; 31 (1): 1 - 8.
12. Barcala E, Ramilo A, Ortega N, et al. Occurrence of *Anisakis* and *Hysterothylacium* larvae in commercial fish from Balearic Sea (Western Mediterranean Sea). *Parasitol Res*. 2018; 117 (12): 4003 - 4012.
13. Sang TQ. Species diversity, infestation and molecular phylogeny of *Anisakis* species (Nematoda: Anisakidae) from tuna (Perciformes: Scombridae) in Khanh Hoa province, Vietnam. 2018.
14. Setyobudi EK, Rohmah I, Syarifah RF, et al. Presence of *Anisakis* nematode larvae in Indian mackerel (*Rastrelliger* spp.) along the Indian Ocean southern coast of East Java, Indonesia. *Biodiversitas*. 2019; 20 (1): 313 - 319.
15. Mattiucci S, Cipriani P, Levsen A, et al. Molecular Epidemiology of *Anisakis* and Anisakiasis: An Ecological and Evolutionary Road Map. *Adv Parasitol*. 2018; 99: 93 - 263.
16. Aibinu IE, Smooker PM, Lopata AL. Anisakis Nematodes in Fish and Shellfish- from infection to allergies. *Int J Parasitol Parasites Wildl*. 2019; 9: 384 - 393.

PREVALENCE OF ANISAKIS SPP. INFECTION IN SOME MARINE FISH SPECIES IN COASTAL PROVINCES OF SOUTHERN VIETNAM IN 2024

Do Thi Phuong Linh¹, Giang Han Minh¹, Hoang Anh¹, Nguyen Huynh To Nhu¹,
Ngo Thi Tuyet Thanh¹, Nguyen Duc Thang¹, Duong Tieu Mai², Tran Quoc Thang²

¹*Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Ho Chi Minh City*

²*University of Agriculture and Forestry*

This study aimed to assess the prevalence of *Anisakis* spp. infection in selected marine fish species from coastal provinces in Southern Vietnam. From April to December 2024, a total of 107 fish samples (including 30 *Auxis thazard*, 45 *Decapterus* spp. and 32 *Nemipterus furcosus*) were collected from Can Gio (Ho Chi Minh City), Dat Do (Ba Ria – Vung Tau), and Tra Cu (Tra Vinh). Dissection and pepsin enzyme digestion methods were employed to detect parasites, combined with morphological identification under a microscope. The results revealed an overall infection rate of *Anisakis*

spp. at 48.60% (52/107 samples), with *A. typica* being the predominant species (71.93%), followed by *A. simplex* (21.05%), *A. physeteris* (21.05%), and *A. pegreffii* (15.79%). *Anisakis* spp. larvae were primarily found in the abdominal cavity (82.69%), ovaries/testes (61.54%), and liver (38.46%). The findings highlight the public health risks associated with consuming undercooked fish infected with *Anisakis* spp. and recommend storing fish at -20°C for over 24 hours to eliminate larvae.

Keywords: *Anisakis* spp.; marine fish; nematodes; Southern Vietnam; anisakidosis

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ TƯ HỆ BÁC SĨ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM HỌC 2024 – 2025

Thái Văn Huy, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Hà*

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Trầm cảm, lo âu, stress là vấn đề tâm lý phổ biến ở sinh viên Y, đặc biệt trong giai đoạn bắt đầu học lâm sàng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng thang đo DASS-21 đánh giá thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan trên 412 sinh viên Bác sĩ năm thứ 4 Trường Đại học Y Hà Nội năm 2024-2025. Kết quả: Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress là 51,7%, 60,9%, 40,3%, chủ yếu ở mức nhẹ và vừa. Hồi quy logistic cho thấy: Trầm cảm liên quan thuận chiều với thời gian dùng thiết bị điện tử (OR=1,06), số ngày mất ngủ (OR=1,44); ngược chiều với hài lòng kết quả học tập (OR=0,70), môi trường học tập (OR=0,60). Lo âu liên quan thuận chiều với thời gian học lâm sàng (OR=1,03), học trên lớp (OR=1,04), dùng thiết bị điện tử (OR=1,06); ngược chiều với thời gian tự học (OR=0,97), hài lòng về môi trường học tập (OR=0,70). Stress liên quan thuận chiều với số ngày mất ngủ (OR=1,34); ngược chiều với hài lòng về môi trường học tập (OR=0,61). Khuyến nghị: cần điều chỉnh thói quen sinh hoạt, xây dựng thời gian hợp lý, môi trường học tập tích cực nhằm cải thiện sức khỏe tinh thần của sinh viên y khoa.

Từ khóa: Trầm cảm; lo âu; stress; sinh viên y; học lâm sàng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần được định nghĩa là trạng thái tinh thần khỏe mạnh, giúp con người đối phó với căng thẳng, phát huy năng lực để học tập, làm việc và đóng góp cho cộng đồng [1]. Trong đó, sinh viên đại học là nhóm dễ tổn thương trước các vấn đề này do hạn chế về khả năng thích ứng, lập kế hoạch và nguồn lực xã hội [2]. Một báo cáo tại 6 quốc gia Đông Nam Á ghi nhận tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở sinh viên lần lượt là 29,4%, 42,4% và 16,4% [3]. Đặc biệt, tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nhóm sinh viên ngành y, với các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy nguy cơ trầm cảm chiếm đến 57,1%, stress 42,6%, và lo âu cao hơn tỷ lệ chung khoảng 2,6% [4 - 6]. Các vấn đề tâm lý này có thể làm suy giảm thành tích học tập và cản trở quá trình nâng cao năng lực chuyên môn của sinh viên [7].

Nhằm góp phần lý giải nguyên nhân của thực trạng trên, hàng loạt yếu tố liên quan cũng được đề cập tới, bao gồm các yếu tố cá nhân và các yếu tố học tập. Trong đó, yếu tố học lâm sàng đóng vai trò đặc thù, làm gia tăng khó khăn tâm lý [8]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận sinh viên đã học lâm sàng có tỷ lệ rối loạn tâm thần cao hơn nhóm chưa học, do khối lượng học tập, áp lực thi cử, gánh nặng tài chính và thay đổi sinh hoạt [8, 9]. Trong chương trình Bác sĩ tại Việt Nam, năm thứ tư là giai đoạn bắt đầu học lâm sàng, cũng là thời điểm tỷ lệ vấn đề tâm thần tăng rõ rệt [5, 10]. Tuy nhiên, hiện cũng chưa có nhiều nghiên cứu tập trung đánh giá và giải thích kỹ tác động của các yếu tố liên quan kèm theo đến tình trạng này.

Chính vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố

*Tác giả: Nguyễn Thị Thu Hà

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0939 110 889

Email: hanguyenhmu89@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

liên quan trên nhóm đối tượng sinh viên năm thứ tư hệ bác sĩ tại trường Đại học Y Hà Nội năm học 2024 -2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên năm thứ tư hệ bác sĩ trường Đại học Y Hà Nội.

(Lựa chọn: Sinh viên đồng ý tham gia và hoàn thành đầy đủ phiếu khảo sát; Loại trừ: Sinh viên lưu ban, bỏ học hoặc không có mặt tại thời điểm nghiên cứu).

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Trường Đại học Y Hà Nội từ 11/2024 đến 6/2025 (thu thập số liệu: từ 12/2024-1/2025).

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ với $p = 0,571$ là tỷ lệ trầm cảm trong sinh viên Y theo nghiên cứu trước [4]; độ tin cậy 95%, sai số 5%.

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

Kết quả $n = 377$. Tổng số phiếu thu: 420; hợp lệ và đưa vào phân tích là 412.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Người tham gia được

tiếp cận ngẫu nhiên theo hình thức trực tiếp (tại giảng đường) và trực tuyến (qua tin nhắn, email và mạng xã hội).

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số về một số đặc điểm nhân khẩu học: giới tính, ngành học, nơi sinh sống hiện tại

Các biến số cho mục tiêu 1: trầm cảm, lo âu, stress

Các biến số cho mục tiêu 2: được tham khảo từ các nghiên cứu cùng chủ đề tại Việt Nam [4, 11 - 15]

+ Các yếu tố cá nhân, thói quen sinh hoạt: giới tính, chi phí sinh hoạt, thời gian dùng thiết bị điện tử, thời gian ngủ, số ngày mất ngủ, thời gian tham gia hoạt động ngoại khoá

+ Các yếu tố học tập: điểm trung bình, hài lòng về kết quả học tập và môi trường học tập, thời gian học lâm sàng, thời gian tự học, thời gian học trên lớp

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thực hiện qua phần mềm RedCap, với bộ câu hỏi tự báo cáo và thang đo DASS-21 bản chuẩn hóa tại Việt Nam. DASS-21 gồm 21 câu, chia 3 nhóm: trầm cảm, lo âu, stress [16]. Các mục được tính điểm trên thang Likert từ Không đúng (0 điểm) đến Hoàn toàn đúng (3 điểm). Điểm số mỗi nhóm được nhân đôi và phân loại theo mức độ từ bình thường đến rất nặng (bảng 1). Dữ liệu về yếu tố liên quan được thu thập dưới hình thức câu hỏi lựa chọn (biến định tính) và tự điền (biến định lượng). Trong đó, biến mức độ hài lòng về kết quả và môi trường học tập dựa trên thang đo Likert từ 0 (Hoàn toàn không) đến 5 (Hoàn toàn đồng ý).

Bảng 1. Quy đổi điểm số thang đo DASS21 theo các mức độ

Mức độ	Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Trầm cảm	0-9	10-13	14-20	21-27	>=28
Lo âu	0-7	8-9	10-14	15-19	>=20
Stress	0-14	15-18	19-25	26-33	>=34

Người tham gia truy cập vào bảng khảo sát thông qua đường link được gửi qua tin nhắn, email (trực tuyến) hoặc quét mã QR (trực tiếp). Sau khi đọc các thông tin liên quan đến nghiên cứu, đối tượng được yêu cầu xác nhận đồng ý tham gia trước khi bắt đầu điền khảo sát.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch trên Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 26. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress được xác định qua thống kê mô tả theo mức độ. Mối liên quan với các yếu tố cá nhân, sinh hoạt và học tập được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đề tài cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội

theo quyết định số 1572/QĐ-ĐHYHN ngày 07/05/2025. Người tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung của nghiên cứu và đồng thuận trước khi tham gia nghiên cứu. Thông tin của đối tượng hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

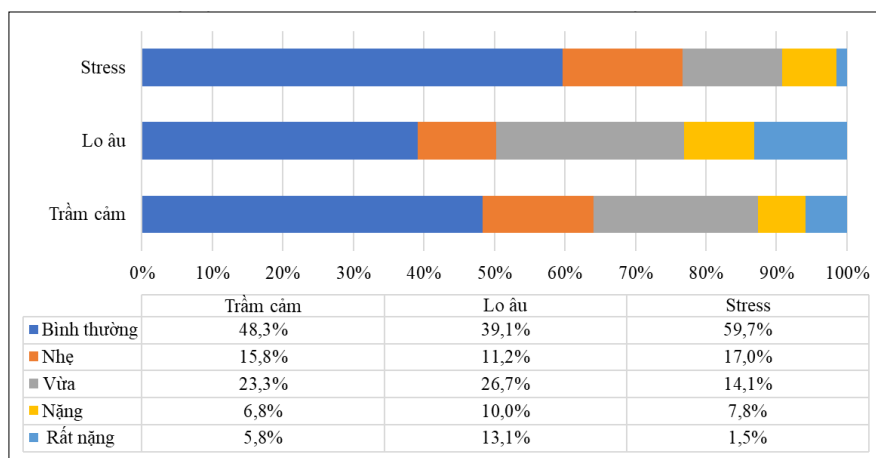
Kết quả nghiên cứu trên 412 sinh viên cho thấy tỷ lệ giới tính xấp xỉ 1:1. Sinh viên ngành đa khoa chiếm tỷ lệ lớn nhất (61,7%), sinh viên thuộc các ngành học còn lại chiếm tỷ lệ khoảng 12-15%. Đa số sinh viên được khảo sát đang ở trọ hoặc ở ký túc xá (61,0%). Chi phí sinh hoạt hàng tháng phổ biến từ 2 đến 5 triệu đồng/tháng (67,2%).

Bảng 2. Đặc điểm lối sống sinh hoạt – học tập (n = 412)

Biến số	Trung bình (± độ lệch)
Mức độ hài lòng về kết quả học tập	2,82 ± 0,79
Mức độ hài lòng về môi trường học tập	3,27 ± 0,65
Kết quả học tập kỳ học gần nhất	7,54 ± 0,79
Thời gian học tại giảng đường (giờ/tuần)	16,10 ± 9,67
Thời gian thực hành lâm sàng tại bệnh viện (giờ/tuần)	16,50 ± 9,79
Thời gian tự học (giờ/tuần)	17,11 ± 12,09
Thời gian sử dụng thiết bị điện tử (giờ/ngày)	7,31 ± 4,60
Thời gian ngủ (giờ/ngày)	6,51 ± 1,20
Số ngày mất ngủ (ngày/tuần)	2,92 ± 0,85
Thời gian hoạt động ngoại khóa (giờ/tuần)	2,39 ± 4,68

Điểm hài lòng về kết quả và môi trường học tập ở mức trung bình. Kết quả học tập kỳ gần nhất có giá trị trung bình là 7,54/10 tương ứng mức xếp loại Khá. Thời gian học trên lớp và thời gian thực hành lâm sàng là 16,1; 16,5 giờ 1 tuần. Giá trị trung bình của thời gian tự học lên đến 17,11 giờ/tuần trong khi thời gian tham gia hoạt động ngoại khóa chỉ chiếm

2,39 giờ/tuần. Trung bình mỗi tháng, sinh viên tham gia các kỳ thi kết thúc học phần của 2 môn học. Ngoài ra, thời gian sử dụng thiết bị điện tử chiếm khoảng 7,31 ± 4,60 giờ/ngày, thời gian ngủ chiếm hơn 1/4 (6,51 ± 1,20 giờ/ngày). Bên cạnh đó, số ngày mất ngủ cũng chiếm tới hơn 1/3 số ngày trong tuần (2,92 ± 0,85 ngày/tuần).



Hình 1. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo các mức độ (n = 412)

Nghiên cứu ghi nhận nguy cơ trầm cảm, nặng chiếm 35,9%, lo âu chủ yếu ở mức vừa lo âu, stress của sinh viên lần lượt là 51,7%, (26,7%), stress ở mức nhẹ và vừa lần lượt là 60,9% và 40,3%. Trầm cảm mức vừa đến rất 17% và 14,1%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress với các yếu tố liên quan (n = 412)

Yếu tố		Trầm cảm		Lo âu		Stress	
		Có (%)	OR (KTC 95%)	Có (%)	OR (KTC 95%)	Có (%)	OR (KTC 95%)
Yếu tố liên quan đến cá nhân và thói quen sinh hoạt							
Giới tính	Nữ	108 (53,5%)	1,06 (0,69 - 1,63)	127 (62,9%)	1,19 (0,77 - 1,84)	84 (41,6%)	1,07 (0,70 - 1,64)
	Nam	105 (50,0%)	1	124 (59,0%)	1	82 (39,0%)	1
Phí sinh hoạt	Dưới 2	36 (56,3%)	1,49 (0,72 - 3,09)	41 (64,1%)	1,47 (0,69 - 3,14)	24 (37,5%)	0,82 (0,40 - 1,70)
	Từ 2 đến 5	142 (51,3%)	1,26 (0,72 - 2,23)	167 (60,3%)	1,16 (0,65 - 2,07)	113 (40,8%)	0,98 (0,55 - 1,72)
	Trên 5	35 (49,3%)	1	43 (60,6%)	1	29 (40,8%)	1
Thời gian dùng thiết bị điện tử		-	1,06 (1,01 - 1,12)	-	1,06 (1,01 - 1,12)	-	1,00 (0,96 - 1,05)
Thời gian ngủ		-	0,97 (0,79 - 1,20)	-	0,88 (0,71 - 1,08)	-	1,05 (0,86 - 1,27)
Số ngày mất ngủ		-	1,44 (1,08 - 1,93)	-	1,33 (0,99 - 1,79)	-	1,34 (1,00 - 1,78)
Thời gian hoạt động ngoại khóa		-	0,97 (0,92 - 1,02)	-	1,02 (0,97 - 1,07)	-	1,04 (0,99 - 1,09)

Bảng 3. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress với các yếu tố liên quan (n = 412) (Tiếp)

Yếu tố		Trầm cảm		Lo âu		Stress	
		Có (%)	OR (KTC 95%)	Có (%)	OR (KTC 95%)	Có (%)	OR (KTC 95%)
Yếu tố liên quan đến học tập							
Xếp loại học tập	Giỏi trở lên	57 (41,0%)	0,76 (0,20 - 2,91)	76 (54,7%)	0,83 (0,21 - 3,29)	51 (36,7%)	0,67 (0,18 - 2,58)
	Khá	109 (56,2%)	1,24 (0,50 - 3,08)	123 (63,4%)	1,07 (0,42 - 2,72)	82 (42,3%)	0,94 (0,39 - 2,31)
	Trung bình	47 (59,5%)	1	52 (65,8%)	1	33 (41,8%)	1
Điểm trung bình kỳ học gần nhất		-	0,96 (0,53 - 1,74)	-	1,04 (0,57 - 1,90)	-	1,27 (0,70 - 2,30)
Mức độ hài lòng về kết quả học tập		-	0,70 (0,51 - 0,96)	-	0,78 (0,57 - 1,07)	-	0,75 (0,55 - 1,02)
Mức độ hài lòng về môi trường học tập		-	0,60 (0,43 - 0,85)	-	0,70 (0,49 - 1,00)	-	0,61 (0,43 - 0,86)
Thời gian học lâm sàng		-	1,00 (0,98 - 1,02)	-	1,03 (1,00 - 1,05)	-	1,02 (0,96 - 1,05)
Thời gian tự học		-	0,99 (0,97 - 1,01)	-	0,97 (0,96 - 1,00)	-	1,00 (0,98 - 1,02)
Thời gian học trên lớp		-	1,01 (0,99 - 1,04)	-	1,04 (1,01 - 1,07)	-	0,99 (0,97 - 1,02)
Tần suất thi		-	1,10 (0,89 - 1,35)	-	1,18 (0,95 - 1,46)	-	1,09 (0,89 - 1,34)

Kết quả phân tích hồi quy logistic nhị thức đa biến cho thấy (các yếu tố có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$): Trầm cảm có mối liên quan thuận chiều với thời gian dùng thiết bị điện tử (OR=1,06) và số ngày mất ngủ (OR=1,44), ngược chiều với mức độ về hài lòng với kết quả học tập (OR=0,70) và môi trường học tập (OR=0,60). Lo âu có mối liên quan thuận chiều với thời gian học lâm sàng (OR=1,03), học trên lớp (OR=1,04) và dùng thiết bị điện tử (OR=1,06); ngược chiều với thời gian tự học (OR=0,97) và hài lòng về môi trường học tập (OR=0,70). Stress có mối liên quan thuận chiều với số ngày mất ngủ (OR=1,34), ngược chiều với mức độ hài lòng về môi trường học tập (OR=0,61).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 412 sinh viên cho thấy nguy cơ gặp phải các rối loạn trầm

cảm, lo âu, stress của sinh viên năm thứ tư hệ bác sĩ của trường Đại học Y Hà Nội lần lượt là 51,7%, 60,9% và 40,3%, chủ yếu các rối loạn ở mức độ nhẹ và vừa. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu tương tự trong nước [11, 17]. Điều này có thể được lý giải dựa trên sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong khi đối tượng chúng tôi tập trung hướng tới là sinh viên năm thứ tư, giai đoạn chuyển tiếp từ việc học lý thuyết đơn thuần sang kết hợp với học tập lâm sàng tại viện trong khi các nghiên cứu khác lại được tiến hành trên đối tượng sinh viên thuộc các năm học khác hoặc toàn bộ sáu năm học.

Kết quả phân tích hồi quy logistic đã chỉ ra một số yếu tố cá nhân, thói quen sinh hoạt và yếu tố học tập có liên hệ với các vấn đề tâm lý của sinh viên Y ở các mức độ khác nhau. Cụ thể, thời gian sử dụng thiết bị điện tử kéo dài có liên quan thuận chiều với nguy cơ mắc phải các rối loạn trầm cảm và lo âu.

Đồng thời, kết quả cũng cho thấy sự gia tăng đáng kể các rối loạn trầm cảm và stress ở nhóm đối tượng có số ngày mất ngủ trong tuần nhiều hơn. Những phát hiện này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước khi cũng chỉ ra rằng tình trạng nghiện sử dụng điện thoại thông minh và chất lượng giấc ngủ suy giảm (bao gồm tổng thời gian ngủ bị rút ngắn, thời gian vào giấc kéo dài, thường xuyên tỉnh giấc trong đêm) có liên hệ với nguy cơ gặp phải các vấn đề tâm lý ở nhóm sinh viên Y [12, 13]. Bên cạnh đó, mức độ hài lòng với kết quả bản thân đạt được và môi trường học tập lại có mối liên quan ngược chiều với nguy cơ trầm cảm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, ghi nhận tỷ lệ trầm cảm gia tăng ở những sinh viên không hài lòng về điểm thi hoặc có kết quả học tập không như mong đợi [14, 15]. Ngoài ra, nhóm sinh viên có sự gắn kết tốt với trường học, thầy cô, bạn bè và yêu thích ngành học của bản thân có nguy cơ mắc phải các rối loạn tâm lý thấp hơn [10, 11]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy việc sắp xếp thời gian học tập trong tuần có liên hệ với tình trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên Y. Trong đó, rối loạn lo âu có mối liên quan thuận chiều với thời gian học lý thuyết và lâm sàng kéo dài, trong khi thời gian tự học lại có liên quan ngược chiều. Điều này có thể giải thích do việc phải tiếp nhận lượng lớn kiến thức trong thời gian ngắn là một yếu tố gia tăng áp lực học tập, từ đó dẫn tới tình trạng căng thẳng và lo lắng thường xuyên hơn [18]. Ngược lại, khi sinh viên có đủ thời gian để tự học và chuẩn bị, mức độ lo âu có thể được kiểm soát tốt hơn [11].

Kết quả nghiên cứu còn tồn tại một số điểm hạn chế. Đầu tiên, do thiết kế nghiên cứu hiện tại là mô tả cắt ngang, các mối liên hệ quan sát được mới chỉ dừng ở mức hình thành giả thuyết, chưa thể kết luận về quan hệ nhân quả. Bên cạnh đó, kết quả của nghiên cứu cũng hạn chế trong việc suy rộng cho nhóm sinh viên Y khoa nói chung do phương pháp chọn mẫu thuận tiện và giới hạn phạm vi khảo sát chỉ ở nhóm sinh viên trường Đại học Y Hà Nội. Ngoài ra, dữ liệu được thu thập thông qua hình thức tự báo cáo nên có thể tồn tại các sai số nhớ lại và sai số thu thập thông tin.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress của sinh viên năm thứ tư hệ bác sĩ trường Đại học Y Hà Nội ở mức khá cao và phần lớn ở mức độ nhẹ và vừa. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa nguy cơ trầm cảm, lo âu, stress với một số yếu tố cá nhân, thói quen sinh hoạt và học tập, bao gồm: thời gian dùng thiết bị điện tử, số ngày mất ngủ, mức độ hài lòng về kết quả và môi trường học tập, thời gian học lâm sàng, thời gian tự học, thời gian học trên lớp. Trên cơ sở này, chúng tôi khuyến nghị nhà trường và các cơ sở giáo dục cần triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý, thiết kế chương trình học hợp lý và môi trường học tập lành mạnh. Bên cạnh đó, cá nhân sinh viên cũng cần chủ động điều chỉnh thói quen sinh hoạt và tìm kiếm sự hỗ trợ cần thiết để duy trì sức khỏe tinh thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Mental health. Accessed April 21, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Acharya L, Jin Lan, Collins W. College life is stressful today – Emerging stressors and depressive symptoms in college students. *J Am Coll Health*. 2018; 66 (7): 655 - 664. doi:10.1080/07448481.2018.1451869.
3. Dessauvagie AS, Dang HM, Nguyen TAT, et al. Mental Health of University Students in Southeastern Asia: A Systematic Review. *Asia Pac J Public Health*. 2022; 34 (2 - 3): 172 - 181. doi:10.1177/10105395211055545.
4. Phan Nguyệt Hà, Trần Thơ Nhị. Trầm cảm ở sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch COVID-19 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 515 (1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2663.
5. Lê Thị Vũ Huyền, Nguyễn Thị Thu Thủy. Stress ở sinh viên hệ bác sĩ Y khoa năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 508 (1). doi:10.51298/vmj.v508i1.1525.
6. Nguyễn Tiến Đạt, Hà Thảo Linh, Lê Đại Minh, cộng sự. Tỷ lệ rối loạn lo âu lan tỏa và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Đại học Y Hà Nội năm học 2018 – 2019. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2021; 140 (4): 135 - 142. doi:10.52852/tcnycy.v140i4.142.

7. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005; 80 (12): 1613 – 1622. doi: 10.4065/80.12.1613.
8. Hassnain S, Ahmad A, Qayyum MS, et al. Effects of COVID-19 Lockdown on mental health of medical students in Lahore, Pakistan. *Bangladesh J Med Sci*. 2021; 125 - 130. doi:10.3329/bjms.v20i5.55406.
9. Zis P, Artemiadis A, Bargiotas P, et al. Medical Studies during the COVID-19 Pandemic: The Impact of Digital Learning on Medical Students' Burnout and Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18 (1): 349. doi:10.3390/ijerph18010349.
10. Ngô Phương Thảo, Nguyễn Thái Thông, Nguyễn Thọ Sơn và cs. Nghiên cứu tình hình trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên chính quy Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm học 2019 - 2020. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2021; 40: 89 - 96.
11. Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Quang Anh, Nguyễn Thị Phương Thảo và cs. Thực trạng trầm cảm, lo âu, căng thẳng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y khoa năm nhất Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2024. *Tạp chí Khoa học sức Khỏe*. 2024; 2 (5): 19 - 19. doi:10.59070/jhs020524033.
12. Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Phúc Thành Nhân, Nguyễn Thị Thúy Hằng. Mối liên quan giữa mức độ sử dụng điện thoại thông minh và các rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm lý ở học sinh trung học phổ thông và sinh viên. *Tạp chí Y Dược học*. 2017.
13. Ngô Thị Tâm. Thực trạng rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở sinh viên khối ngành sức khỏe Trường Đại học Đại Nam. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2024; 65 (4). doi:10.52163/yhc.v65i4.1196.
14. Lý Ngọc Anh. Trầm cảm ở sinh viên Y khoa năm thứ ba Trường Đại học Trà Vinh năm học 2023 - 2024 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 538 (3). doi:10.51298/vmj.v538i3.9637.
15. Lê Thị Vũ Huyền. Trầm cảm theo thang DASS21 ở sinh viên hệ Bác sĩ Y khoa năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 509 (2). doi:10.51298/vmj.v509i2.1814.
16. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013; 13 (1): 24. doi:10.1186/1471-244X-13-24.
17. Phan Việt Hưng, Trần Đức Long, Võ Văn Thi và cộng sự. Tình trạng lo âu, trầm cảm và căng thẳng của sinh viên Y Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong đợt dịch COVID-19 lần 4. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2022; 48: 41 - 48. doi:10.58490/ctump.2022i48.103.
18. Zhang C, Shi L, Tian T, et al. Associations Between Academic Stress and Depressive Symptoms Mediated by Anxiety Symptoms and Hopelessness Among Chinese College Students. *Psychol Res Behav Manag*. 2022; 15: 547 - 556. doi:10.2147/PRBM.S353778.

THE PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, STRESS AND SOME RELATED FACTORS AMONG FOURTH-YEAR MEDICAL STUDENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN SCHOOL YEAR 2024 - 2025

Thai Van Huy, Nguyen Tien Dung, Nguyen Thi Thu Ha
Hanoi Medical University

Depression, anxiety, and stress are common psychological issues among medical students, particularly during the transition to clinical training. A cross-sectional descriptive study was conducted using the DASS-21 scale to assess the prevalence of depression, anxiety, stress, and some related factors among 412 fourth-year medical students at Hanoi Medical University in the academic year 2024–2025. Results showed that the prevalence of depression, anxiety, and stress was 51.7%, 60.9%, and 40.3%, respectively, mostly at mild to moderate levels. Logistic regression analysis showed that depression was positively associated with electronic device usage time (OR = 1.06) and the number of days with insomnia (OR = 1.44), while negatively associated with satisfaction with academic performance (OR =

0.70) and learning environment (OR = 0.60). Anxiety was positively associated with clinical training time (OR = 1.03), classroom learning time (OR = 1.04) and electronic device usage (OR = 1.06), while negatively associated with self-study time (OR = 0.97) and satisfaction with the learning environment (OR = 0.70). Stress was positively associated with the number of days with insomnia (OR = 1.34) while negatively associated with satisfaction with the learning environment (OR = 0.61). Implications: modifying lifestyle habits, establishing balanced schedules, a positive learning environment are essential to improving the mental health of medical students.

Keywords: Depression, anxiety, stress, medical students, clinical medicine

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ THAY ĐỔI HÀNH VI LỐI SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ XÃ CỦA BA TỈNH BẮC KẠN, BẮC GIANG VÀ THÁI BÌNH NĂM 2024

Trần Văn Đình*, Nguyễn Thị Thi Thơ, Khiếu Trang Ly, Tạ Ngọc Hà,
Vũ Hồng Quân, Phan Thành Huy, Tạ Minh Khuê
Khoa Kiểm soát Bệnh không lây nhiễm, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

TÓM TẮT

Mặc dù đã có một số nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh Tăng huyết áp (THA) ở nước ta, tuy nhiên còn ít thông tin về thực trạng tuân thủ dùng thuốc và thay đổi hành vi lối sống ở người bệnh THA tại các Trạm Y tế xã. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tuân thủ dùng thuốc và thay đổi hành vi lối sống của người bệnh THA tại Trạm Y tế xã của tỉnh Bắc Kạn, Bắc Giang và Thái Bình năm 2024. Áp dụng thiết kế cắt ngang được thực hiện trên 194 người THA tại 24 TYT xã của 3 tỉnh nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi tuân thủ điều trị dùng thuốc (Morisky-8) và câu hỏi thay đổi hành vi lối sống cho người bệnh THA. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là 78,9% (68,7%, 83,1%, 84,6% lần lượt cho tỉnh Bắc Giang, Thái Bình, Bắc Kạn). Tỷ lệ tuân thủ thay đổi hành vi lối sống là 63,9% (54,7%, 64,6%, 72,3% lần lượt cho tỉnh Bắc Giang, Thái Bình, Bắc Kạn). Chỉ 52,6% đối tượng nghiên cứu tuân thủ cả hai tiêu chí trên. Kết quả cho thấy bên cạnh tư vấn tuân thủ dùng thuốc, cần thúc đẩy tư vấn tuân thủ thay đổi hành vi lối sống cho người bệnh THA tại các Trạm Y tế xã.

Từ khóa: Tăng huyết áp; tuân thủ điều trị; thay đổi hành vi lối sống; người bệnh tăng huyết áp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) đang là một bệnh không lây nhiễm (BKNL) phổ biến ở nước ta. Kết quả cuộc Điều tra các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam (STEPS) năm 2021 cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở người trưởng thành là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người [1]. Trong đó chỉ có 40,2% người bị THA biết về tình trạng bệnh của mình [1]. Tỷ lệ người bệnh THA được quản lý điều trị còn thấp, chỉ 24,7% [1].

Thực hiện quản lý điều trị (QLĐT) các BKNL tại các TYT xã là chủ trương đã được Chính phủ và Bộ Y tế thông qua, bao gồm Chiến lược quản lý và điều trị bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2022-2025 theo Quyết định 155/ QĐ-TTg ngày 29/1/2022 của Thủ tướng

chính phủ. Với mục tiêu cụ thể đến năm 2025, 95% TYT xã thực hiện khám bệnh, chữa bệnh có ít nhất 3 nhóm thuốc điều trị bệnh THA; 95% số TYT xã thực hiện dự phòng, phát hiện, quản lý điều trị THA [2]. Bên cạnh đó Quyết định 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 đã ban hành hướng dẫn cụ thể về việc chẩn đoán, quản lý và điều trị một số BKNL tại TYT xã [3]. Theo điều tra STEPs năm 2021, số người bệnh THA được QLĐT tại các TYT xã năm 2021 chiếm tỷ lệ 21,2%, cao hơn so với năm 2015 là 19% [1].

Đạt mục tiêu điều trị đối với người bệnh đang được QLĐT THA ($HA < 130/90$ mmHg) là chỉ số quan trọng, tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị của người bệnh THA tại các TYT xã còn thấp. Nghiên cứu tại một số TYT xã của thành phố Hà Nội cho thấy, tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị của

*Tác giả: Trần Văn Đình
Địa chỉ: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
Điện thoại: 0903 458 184
Email: tranvandinhnihe@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/07/2025
Ngày phản biện: 11/08/2025
Ngày đăng bài: 30/09/2025

người bệnh THA chỉ 51,6% [4]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới đạt mục tiêu điều trị của người bệnh THA bao gồm tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ thay đổi hành vi lối sống, tuân thủ tái khám. Ở nước ta đã có một số nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh THA, tuy nhiên các nghiên cứu này thường tập trung tại các bệnh viện, trung tâm y tế tuyến huyện hoặc triển khai tại một TYT xã. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương và cs tiến hành nghiên cứu thực trạng tuân thủ điều trị trên 132 người bệnh mắc THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội năm 2023 cho tỷ lệ số người bệnh THA tuân thủ điều trị đúng đạt 69,7% và tuân thủ hành vi thay đổi hành vi lối sống đúng là 45,5% [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Uyên và cs tiến hành nghiên cứu tại một TYT xã của tỉnh Bắc Giang cũng cho tỷ lệ số người bệnh THA tuân thủ điều trị dùng thuốc đúng đạt 73,8% và tỷ lệ người bệnh THA tuân thủ thay đổi hành vi lối sống đạt 68,6% [6].

Như vậy cho đến nay mặc dù đã có một số nghiên cứu về tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ thay đổi hành vi lối sống cho người bệnh THA

đang được QLĐT tại các TYT xã, các nghiên cứu thường được thực hiện trên quy mô một tỉnh, huyện và kết quả còn khác nhau ở các nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tuân thủ dùng thuốc và thay đổi hành vi lối sống của người bệnh THA tại TYT xã của tỉnh Bắc Kạn, Bắc Giang và Thái Bình năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người bị bệnh THA đang được QLĐT tại TYT xã.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 đến tháng 11 năm 2024

Địa điểm nghiên cứu: được tiến hành tại 24 TYT xã của 6 huyện (2 huyện/tỉnh) của 3 tỉnh Bắc Kạn, Bắc Giang, Thái Bình (Đây là các địa danh trước ngày 1/7/2025).

Bảng 1. Danh sách các Trạm Y tế xã nghiên cứu (n = 24)

Tỉnh	Huyện	Xã
Bắc Kạn	Chợ Mới	1. Hoà Mục
		2. Cao Kỳ
		3. Nông Hạ
		4. Thanh Thịnh
	Bạch Thông	5. Quân Hà
		6. Lục Bình
		7. Cẩm Giàng
		8. Tân Tú
Bắc Giang	Yên Thế	9. Tân Sỏi
		10. Đồng Lạc
		11. An Thượng
		12. Tiến Thắng
	Hiệp Hoà	13. An Thượng
		14. Đoàn Bái
		15. Danh Thắng
		16. Hoàng Vân

Bảng 1. Danh sách các Trạm Y tế xã nghiên cứu (n = 24) (tiếp)

Tỉnh	Huyện	Xã
Thái Bình	Đông Hưng	17. Phong Châu
		18. Đông Phương
		19. Phú Châu
		20. Đông Sơn
	Quỳnh Phụ	21. Quỳnh Nguyên
		22. An Hiệp
		23. Quỳnh Bảo
		24. An Khuê

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; p là tỷ lệ người bệnh THA tuân thủ điều trị dùng thuốc, lấy p = 0,62 theo kết quả nghiên cứu gộp công bố gần đây [7]. Z là hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì = 1,96. d là sai số tuyệt đối chấp nhận. Với tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh THA cao (p = 0,62), chúng tôi chọn sai số tuyệt đối d = 0,1 là phù hợp với hướng dẫn của công thức tính cỡ mẫu.

Thay vào công thức trên ta được n = 90. Do sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, để tăng thêm tính đại diện, nhóm nghiên cứu đã nhân với ảnh hưởng của thiết kế (DE): 2, như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 180.

Theo cách chọn mẫu (3 tỉnh, mỗi tỉnh chọn 2 huyện, mỗi huyện chọn 4 xã = 24 xã), mỗi xã lựa chọn 8 người bệnh THA đang được QLĐT.

Thực tế nhóm nghiên cứu đã phỏng vấn 194 người bệnh THA phù hợp với tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Tại mỗi tỉnh, chọn 2 huyện đại diện về điều kiện kinh tế, xã hội của tỉnh.

Tại mỗi huyện, chọn 4 xã đại diện về điều kiện kinh tế, xã hội của huyện.

Tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 8 người bệnh THA đang QLĐT tại TYT xã. Từ danh sách người bệnh THA đang QLĐT tại TYT xã, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 8 người sử dụng lệnh Random trong phần mềm Excel.

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin chung: Tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ văn hoá, nghề nghiệp, số năm điều trị

Tuân thủ dùng thuốc: Sử dụng bộ câu hỏi MMAS-8 của tác giả Morisky - 8. Thang đo bao gồm 8 câu hỏi khảo sát về hành vi, thái độ, nguyên nhân và các thói quen sử dụng thuốc của người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú [8]. Đây là bộ câu hỏi đã được sử dụng ở một số nghiên cứu ở nước ta nhằm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh điều trị ngoại trú [9].

- Tuân thủ thay đổi lối sống so với trước khi phát hiện bệnh THA, gồm 05 biến số sau:

- Thực hiện chế độ ăn nhạt hơn so với trước khi phát hiện THA: Có hoặc Không
- Uống rượu bia, hoặc uống rất ít: Có hoặc Không
- Hút thuốc lá: Có hoặc Không

- Thực hiện chế độ nghỉ ngơi hợp lý: Có hoặc Không
- Thực hiện chế độ luyện tập thể dục: Có hoặc Không

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phòng vấn trực tiếp người bệnh THA tại các TYT xã, sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn trên phần mềm Kobo Toolbox. Điều tra viên là cán bộ của Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương đã được tập huấn về bộ câu hỏi và phương pháp thu thập thông tin.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được làm sạch và quản lý trên phần mềm Excel và được phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả được thực hiện nhằm mô tả tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc, thay đổi hành vi lối sống. Phân tích logistic đa biến được thực hiện nhằm phân tích các yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ thay đổi hành vi lối sống. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % trong các bảng và biểu đồ minh họa. Phân tích đơn biến, đa biến được trình bày dưới dạng tỷ số chênh OR và Khoảng tin cậy (KTC) 95%.

Đánh giá tuân thủ dùng thuốc: Chấm điểm bộ câu hỏi MMAS-8 của tác giả Morisky - 8.

Câu số 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 trả lời là CÓ được 0 điểm, trả lời là KHÔNG được 1 điểm. Câu số 5 trả lời là CÓ được 1 điểm, trả lời là KHÔNG được 0 điểm. Đánh giá chia làm 2 mức: Tuân thủ (từ 6-8 điểm) và Chưa tuân thủ (dưới 6 điểm).

Đánh giá tuân thủ thay đổi hành vi lối sống: Đánh giá tuân thủ thực hành thay đổi lối sống so với trước khi phát hiện bệnh THA. Người bệnh được đánh giá theo 05 nội dung như đã trình bày ở mục Biểu số. Mỗi nội dung trả lời là Có và được điều tra viên đánh giá Có/Đạt sẽ được tính 1 điểm. Người bệnh thực hiện được ít nhất 4 nội dung nêu trên, tương đương với 4 điểm thì được đánh giá Tuân thủ thay đổi hành vi lối sống.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học đề tài nghiên cứu cấp cơ sở của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phê duyệt (Quyết định số 241/QĐ-VSDTTU). Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục tiêu của điều tra và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 194)

Đặc điểm	Bắc Giang (n= 64) (n, %)	Bắc Kạn (n = 65) (n, %)	Thái Bình (n = 65) (n, %)	Chung (n = 194) (n, %)
Tuổi trung bình ($\pm$ Độ lệch chuẩn)	65 ($\pm$ 10)	65 ($\pm$ 8)	70 ($\pm$ 7)	67 ($\pm$ 9)
Tuổi				
< 60	19 (29,7)	15 (23,1)	5 (7,7)	39 (20,1)
$\geq$ 60	45 (70,3)	50 (76,9)	60 (92,3)	155 (79,9)
Giới				
Nam	26 (40,6)	23 (35,4)	25 (38,5)	74 (38,1)
Nữ	38 (59,4)	42 (64,6)	40 (61,5)	120 (61,9)
Trình độ học vấn				
Tiểu học, Trung học cơ sở	49 (76,6)	49 (75,4)	55 (84,6)	153 (78,9)
Trung học phổ thông, Cao đẳng, Đại học	15 (23,4)	16 (24,6)	10 (15,4)	41 (21,1)

Bảng 2. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 194)

Đặc điểm	Bắc Giang (n= 64) (n, %)	Bắc Kạn (n = 65) (n, %)	Thái Bình (n = 65) (n, %)	Chung (n = 194) (n, %)
Nghề nghiệp				
Làm nông	50 (78,1)	54 (83,1)	43 (66,2)	147 (75,8)
Công nhân/ Hưu trí/ Nội trợ	14 (21,9)	11 (16,9)	22 (33,8)	47 (24,2)
Tình trạng hôn nhân				
Hiện sống cùng gia đình	51 (79,7)	52 (80)	47 (72,3)	150 (77,3)
Đang sống một mình	13 (20,3)	14 (20)	18 (27,7)	44 (22,7)
Dân tộc				
Kinh	54 (84,4)	22 (33,8)	65 (100)	141 (72,7)
Dân tộc thiểu số	10 (15,6)	43 (66,2)	-	53 (27,3)
Thời gian điều trị THA				
< 3 năm	18 (28,1)	16 (24,6)	21 (32,3)	55 (28,4)
≥ 3 năm	46 (71,9)	49 (75,4)	44 (67,7)	139 (71,6)

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ độ tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ trên 60 tuổi chiếm 79,9% còn dưới 60 tuổi chỉ chiếm 20,1%. Đối tượng nữ giới nhiều hơn nam giới tỷ lệ lần lượt là 61,9% và 38,1%. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu đa phần đều học hết tiểu học và THCS chiếm 78,9%. Nghề nghiệp của

nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là làm nông chiếm 75,8% và hầu như đều sống cùng gia đình. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 72,7% còn lại là các dân tộc thiểu số chiếm 27,3%.

3.2 Thực trạng tuân thủ dùng thuốc của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 3. Thực trạng tuân thủ dùng thuốc của người bệnh tăng huyết áp theo tỉnh (n=194)

Đặc điểm	Bắc Giang (n = 64) (n, %)	Bắc Kạn (n = 65) (n, %)	Thái Bình (n = 65) (n, %)	Chung (n = 194) (n, %)
Không quên uống thuốc	38 (59,4)	50 (76,9)	46 (70,8)	134 (69,1)
Không bỏ uống thuốc trong vòng 2 tuần vừa qua	50 (78,1)	56 (86,2)	62 (95,4)	168 (86,6)
Không cắt giảm hay ngừng uống thuốc vì cảm thấy mệt khi uống thuốc	55 (85,9)	61 (93,8)	59 (90,8)	175 (90,2)
Không quên mang theo thuốc khi đi làm việc (công tác) xa nhà hay đi chơi	42 (65,6)	50 (76,9)	47 (72,3)	139 (71,6)
Có uống đầy đủ thuốc ngày hôm qua	58 (90,6)	60 (92,3)	61 (93,8)	179 (92,3)
Không ngừng dùng thuốc khi thấy đã kiểm soát được các triệu chứng	52 (81,3)	56 (86,2)	58 (89,2)	166 (85,6)
Không thấy bất tiện khi uống thuốc mỗi ngày	50 (78,1)	43 (66,2)	34 (52,3)	127 (65,5)
Không thấy khó khăn khi phải nhớ uống hết tất cả thuốc	50 (78,1)	58 (89,2)	51 (78,5)	159 (82,0)
Tuân thủ dùng thuốc điều trị THA đúng	44 (68,8)	55 (84,6)	54 (83,1)	153 (78,9)

Bảng 3 thể hiện thực trạng tuân thủ dùng thuốc THA của người bệnh tại các TYT xã. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc huyết áp là 78,9 % trong

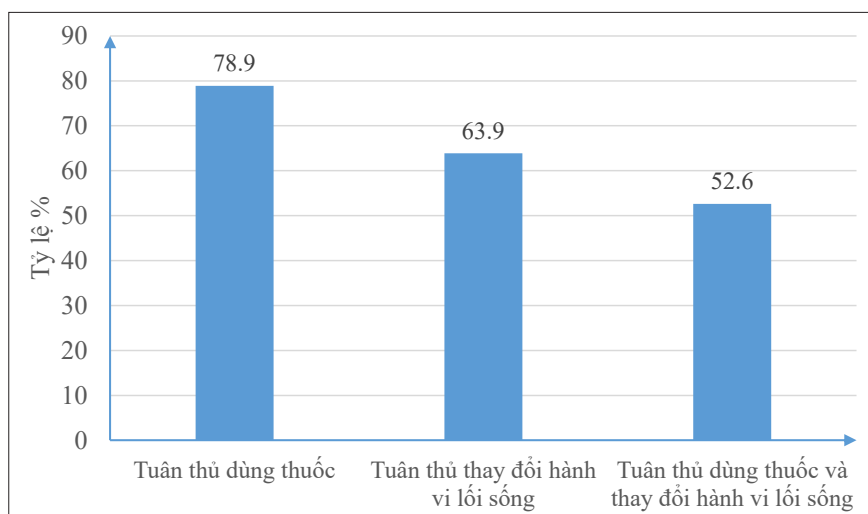
đó tỉnh Bắc Kạn có tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao nhất là 84,6%.

Bảng 4. Thực trạng tuân thủ thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tăng huyết áp theo tỉnh

Đặc điểm	Bắc Giang (n, %)	Bắc Kạn (n, %)	Thái Bình (n, %)	Chung (n, %)
Chế độ ăn nhạt hơn	57 (89,1)	60 (92,3)	63 (96,9)	180 (92,8)
Không sử dụng rượu, bia hoặc uống rất ít	61 (95,3)	61 (93,8)	65 (100)	187 (96,4)
Không hút thuốc lá	56 (87,4)	60 (92,3)	56 (86,2)	172 (88,7)
Có chế độ nghỉ ngơi hợp lý	33 (51,6)	35 (53,8)	40 (61,5)	108 (55,7)
Có tập thể dục thể thao	27 (42,2)	45 (69,2)	24 (36,9)	96 (49,5)
Tuân thủ thay đổi hành vi lối sống	35 (54,7)	47 (72,3)	42 (64,6)	124 (63,9)

Bảng 4 trình bày thực trạng tuân thủ thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tại các TYT xã. Tỷ lệ thay đổi hành vi lối sống của người bệnh THA là 63,9%, trong đó tại tỉnh Bắc Kạn chiếm tỷ lệ cao nhất (72,3%). Tỷ lệ người bệnh ăn nhạt hơn đạt tỷ lệ cao là 92,8%, không sử dụng rượu bia hoặc dùng ít rượu bia đạt tỷ lệ là 96,4%, không hút thuốc lá đạt tỷ lệ là 88,7%. Bên cạnh các yếu tố về ăn uống thì

các yếu tố về chế độ nghỉ ngơi và tập thể dục thể thao thường xuyên cũng đóng vai trò quan trọng trong thay đổi hành vi lối sống nhưng qua bảng cho thấy việc có chế độ nghỉ ngơi hợp lý hoặc tập thể dục thể thao vẫn chưa được người bệnh chú trọng nhiều tỷ lệ chỉ đạt là 55,7% đối với người bệnh có chế độ nghỉ ngơi hợp lý và 49,9% người bệnh có tập thể dục thể thao thường xuyên.



Hình 1. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp chung của đối tượng nghiên cứu

Hình 1 mô tả thực trạng tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ thay đổi hành vi lối sống. Gần 80% người bệnh tuân thủ dùng thuốc theo hướng

dẫn, 63,9% tuân thủ thay đổi hành vi lối sống, tuy nhiên chỉ có 52,6% người bệnh tuân thủ cả dùng thuốc và thay đổi hành vi lối sống.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc của người bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã (n=194)

Yếu tố	Tuân thủ Số lượng (%)	Chưa tuân thủ Số lượng (%)	OR (KTC 95%)	aOR (KTC 95%)
Giới tính				
Nam	62 (83,8)	12 (16,2)	1	1
Nữ	91 (75,8)	29 (24,3)	1,65 (0,78-3,47)	1,76 (0,78-3,95)
Tuổi				
≥ 60 tuổi	125 (80,6)	30 (19,4)	1	1
< 60 tuổi	28 (71,8)	11 (28,2)	1,63 (0,73-3,65)	1,61 (0,68-3,84)
Trình độ học vấn				
Trung học phổ thông, Cao đẳng, Đại học	33 (80,5)	8 (19,5)	1	1
Tiểu học, Trung học cơ sở	120 (78,4)	33 (21,6)	1,13 (0,47-2,68)	0,84 (0,29-2,44)
Nghề nghiệp				
Công nhân/ Hưu trí/ cả Nội trợ	40 (85,1)	7 (14,9)	1	1
Làm nông	113 (76,9)	34 (23,1)	1,71 (0,70-4,18)	1,84 (0,62-5,42)
Sống cùng				
Đang sống một mình	34 (77,3)	10 (22,7)	1	1
Hiện sống cùng gia đình	119 (79,3)	31 (20,7)	0,88 (0,39-1,98)	0,98 (0,41-2,35)
Dân tộc				
Kinh	110 (78)	31 (22)	1	1
Dân tộc thiểu số	43 (81,1)	10 (18,9)	1,21 (0,54-2,68)	0,92 (0,33-2,61)
Địa điểm				
Bắc Giang	44 (68,7)	20 (31,3)	1	1
Bắc Kạn	55 (84,6)	10 (15,4)	2,5 (1,06-5,88)	2,75 (0,98-7,67)
Thái Bình	54 (83,1)	11 (16,9)	2,23 (0,96-5,15)	1,89 (0,77-4,61)
Thời gian điều trị bệnh THA				
< 3 năm	45 (81,8)	10 (18,2)	1	1
≥ 3 năm	108 (77,7)	31 (22,3)	0,77 (0,35-1,71)	0,81 (0,35-1,84)

Bảng 5 mô tả kết quả phân tích đơn biến và đa biến một số yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc của người bệnh THA. Kết quả cho thấy mặc dù tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là khác

nhau ở các nhóm như giới tính, nhóm tuổi... tuy nhiên không tìm thấy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ dùng thuốc ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan tới tuân thủ thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tăng huyết áp tại các trạm y tế xã (n=194)

Yếu tố	Tuân thủ Số lượng (%)	Chưa tuân thủ Số lượng (%)	OR (KTC 95%)	aOR (KTC 95%)
Giới tính				
Nam	42 (56,8)	32 (43,2)	1	1
Nữ	82 (68,3)	38 (31,7)	0,60 (0,33-1,10)	0,58 (0,31-1,13)
Tuổi				
≥ 60 tuổi	98 (63,2)	57 (36,8)	1	1
< 60 tuổi	26 (66,7)	13 (33,3)	0,85 (0,41-1,89)	0,85 (0,37-1,91)
Trình độ học vấn				
Trung học phổ thông, Cao đẳng, Đại học	30 (73,2)	11 (26,8)	1	1
Tiểu học, Trung học cơ sở	94 (61,4)	59 (38,6)	1,71 (0,79-3,67)	3,11 (1,14-8,46)
Nghề nghiệp				
Công nhân/ Hưu trí/ Nội trợ	28 (59,6)	19 (40,4)	1	1
Làm nông	96 (65,3)	51 (34,7)	0,78 (0,39-1,53)	0,44 (0,18-1,05)
Sống cùng				
Đang sống một mình	32 (72,7)	12 (27,3)	1	1
Hiện sống cùng gia đình	92 (61,3)	58 (38,7)	1,68 (0,80-3,52)	1,62 (0,72-3,67)
Dân tộc				
Kinh	87 (61,7)	54 (38,3)	1	1
Dân tộc thiểu số	37 (69,8)	16 (30,2)	1,43 (0,72-2,82)	1,04 (0,42-2,55)
Địa điểm				
Bắc Giang	35 (54,7)	29 (45,3)	1	1
Bắc Kạn	47 (72,3)	18 (27,7)	2,16 (1,03-4,50)	2,14 (0,88-5,16)
Thái Bình	42 (64,6)	23 (35,4)	1,5(1,74-3,07)	1,85 (0,84-4,07)
Thời gian điều trị bệnh THA				
< 3 năm	39 (70,9)	16 (29,1)	1	1
≥ 3 năm	85 (61,2)	54 (38,8)	0,64 (0,32-1,26)	0,56 (0,27-1,15)

Bảng 6 mô tả kết quả phân tích một số yếu tố liên quan tới tuân thủ thay đổi hành vi lối sống ở người bệnh THA. Qua phân tích đa biến, nghiên cứu chưa tìm thấy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả tuân thủ thay đổi hành vi lối sống.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 194 bệnh nhân THA tại 24 trạm y tế xã trên

6 huyện của 3 tỉnh Bắc Giang, Bắc Kạn, Thái Bình. Tuân thủ dùng thuốc điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp được kết quả thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đạt tỷ lệ cao chiếm 78,9%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương tại bệnh viện Tim Hà Nội là 69,7% [5] và cũng tương đồng với nghiên cứu nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tố Uyên tiến hành trên đối tượng người bệnh THA đang được QLĐT tại TYT xã của tỉnh Bắc Giang (73,8%) [6]. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc đúng trong nghiên

cứu của chúng tôi cao hơn vì nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi hầu như ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên và ngành nghề chủ yếu là làm nông thường sinh hoạt và làm việc gần nhà thông thường thì nhóm đối tượng làm việc và sinh sống gần nhà có tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao hơn.

Thay đổi lối sống là yếu tố quan trọng góp phần giảm liều và lượng thuốc uống và kiểm soát được huyết áp, từ đó có thể dự phòng, giảm các biến chứng nguy hiểm do THA gây ra [3]. Theo khuyến cáo, tuân thủ chế độ ăn, không sử dụng rượu bia, ăn nhạt, không hút thuốc lá, vận động thể lực và nghỉ ngơi hợp lý là những việc người bị THA nên thực hiện. Trong nghiên cứu này thu được kết quả thực trạng tuân thủ thay đổi hành vi có lối sống đúng đạt tỷ lệ 63,9% cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Tim Hà Nội với tỷ lệ tuân thủ thay đổi hành vi có lối sống đúng đạt 45,5% [5], tương đồng tại tỉnh Bắc Giang có tỷ lệ tuân thủ thay đổi lối sống hành vi là 68,6% [6].

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh THA như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, năm điều trị... cũng đã được xem xét trong những nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên kết quả còn rất khác nhau [7]. Trong nghiên cứu chúng tôi chưa tìm thấy bất kỳ yếu tố liên quan nào tới thực trạng tuân thủ điều trị dùng thuốc và thay đổi hành vi lối sống. Các yếu tố liên quan tới thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh THA còn khác nhau ở các nghiên cứu, việc không tìm thấy yếu tố liên quan có thể do có những đặc điểm tương đồng ở nhóm đối tượng nghiên cứu bao gồm phần lớn đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi (79,9%), có trình độ học vấn đa số là trung học cơ sở trở xuống (68,9%) và làm nông nghiệp (75,8%). Do có những đặc điểm chung do đó họ có thể có nhận thức, thói quen, hành vi khá tương đồng.

Mặc dù không tìm mối liên quan có ý nghĩa thống kê, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm đối tượng bệnh nhân có độ tuổi dưới 60 tuổi có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên tương tự với nghiên cứu của tác

giả Nguyễn Thị Tố Uyên và cs cũng cho thấy bệnh nhân ở nhóm tuổi dưới 60 tuổi có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên [6]. Điều này có thể lý giải là do người cao tuổi thường quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn và họ cũng ít bận rộn hơn nhưng người trẻ tuổi hơn. Kết quả cho thấy nam giới có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn nữ giới. Nam giới có thể bị tác động bởi nhiều yếu tố làm ảnh hưởng tới tuân thủ thay đổi hành vi lối sống hơn nữ giới như thói quen sử dụng đồ uống có cồn, sử dụng thuốc lá, yếu tố giao tiếp xã hội, ăn uống do phải tiếp khách... Kết quả này tương đồng với kết quả của một nghiên cứu phân tích gộp gần đây [7].

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Thứ nhất, mặc dù nghiên cứu được triển khai ở 3 tỉnh, tuy nhiên chỉ có 24 TYT xã được chọn vào nghiên cứu, các TYT xã này có thể không đại diện cho các TYT xã của 3 tỉnh. Thứ hai, do điều kiện thực tế, nghiên cứu chỉ thực hiện trên 194 người bệnh THA, mặc dù đã được lựa chọn ngẫu nhiên người bệnh THA từ danh sách những người đang được QLĐT tại TYT xã, những người bệnh này có thể có những đặc điểm chưa đại diện cho những người bệnh THA tại các TYT xã. Các nghiên cứu trong tương lai nên được thực hiện trên cỡ mẫu lớn hơn cả về số lượng TYT xã, số lượng đối tượng nghiên cứu nhằm đánh giá đầy đủ hơn về thực trạng tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy tuân thủ dùng thuốc chiếm tỷ lệ 78,9% (68,7%, 83,1%, 84,6% lần lượt cho tỉnh Bắc Giang, Thái Bình, Bắc Kạn). Tỷ lệ tuân thủ thay đổi hành vi lối sống là 63,9% (54,7%, 64,6%, 72,3% lần lượt cho tỉnh Bắc Giang, Thái Bình, Bắc Kạn). Chỉ 52,6% đối tượng nghiên cứu tuân thủ cả hai tiêu chí trên. Nghiên cứu chưa tìm thấy yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ thay đổi hành vi lối sống ở người bệnh THA. Kết quả nghiên cứu cho thấy bên cạnh tư vấn tuân thủ dùng thuốc, cần thúc đẩy tư vấn tuân thủ thay đổi

hành vi lối sống cho người bệnh THA tại các TYT xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2021. 2025.
2. Quyết định 155/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính Phủ. Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025. 2022.
3. Bộ Y tế. Quyết định 5904/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế. 2019.
4. Trần Văn Đình, Nguyễn Thị Thi Thơ, Phan Thành Huy và cs. Thực trạng quản lý điều trị và kê đơn cho bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường tại tuyến xã của huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội năm 2022. Tạp chí Y học dự phòng. 2023; 33 (1): 59 - 66.
5. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Minh Nam. Phân tích thực trạng tuân thủ điều trị trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện tim Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 529 (1): 201 - 206.
6. Nguyễn Thị Tố Uyên, Vũ Thị Phương Vân và Ngô Thành Long. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý điều trị tại xã Yên Sơn, huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 538 (3): 119 - 123.
7. Huỳnh Ngọc Linh và Hồ Thanh Tùng. Phân tích tổng hợp tuân thủ điều trị bằng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Việt Nam. Tạp chí Y học cộng đồng. 2025; 66 (2): 19 - 23.
8. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(5): 348 - 354.
9. Hồ Anh Hiến, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, Võ Đức Toàn và cs. Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại một số trạm y tế xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2023; 88 (2023): 94 - 101.

TREATMENT ADHERENCE AND LIFESTYLE BEHAVIOR CHANGES OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT COMMUNE HEALTH STATIONS OF BAC KAN, BAC GIANG AND THAI BINH PROVINCES IN 2024

Tran Van Dinh, Nguyen Thi Thi Tho, Khieu Trang Ly, Ta Ngoc Ha, Vu Hong Quan, Phan Thanh Huy, Ta Minh Khue

Department of Non-Communicable Disease Control and Prevention, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi

Although there have been several studies on the status of treatment adherence of patients with hypertension (HTA) in Vietnam, there is little information on the status of medication adherence and lifestyle behavior changes in hypertensive patients at the Commune Health Stations (CHSs). The objective of this study is to describe the status of medication adherence and lifestyle behavior changes of hypertensive patients at CHSs of Bac Kan, Bac Giang and Thai Binh provinces in 2024. A cross-sectional study was applied to 194 hypertensive patients at 24 CHSs of the three studied provinces, directly interviewing the research subjects using the Medication Adherence Questionnaire (Morisky-8) and the Lifestyle Behavior Change

Questionnaire for hypertensive patients. The results showed that the rate of medication adherence was 78.9% (68.7%, 83.1%, 84.6% for Bac Giang, Thai Binh, Bac Kan provinces, respectively). The rate of compliance with lifestyle behavior change was 63.9% (54.7%, 64.6%, 72.3% for Bac Giang, Thai Binh, Bac Kan provinces, respectively). Only 52.6% of the study subjects met both of the above compliance criteria. The results indicated that in addition to medication adherence counseling, it is necessary to promote compliance counseling with lifestyle behavior change for hypertensive patients at commune health stations.

Keywords: Hypertension; treatment adherence; lifestyle changes; hypertensive patients

THỰC TRẠNG VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ SINH SẢN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG NỮ TẠI 3 CÔNG TY SẢN XUẤT DA GIÀY TẠI KHU VỰC MIỀN BẮC VIỆT NAM NĂM 2024-2025

Vũ Xuân Trung², Nguyễn Hữu Đức Anh^{1*}, Bùi Thị Ngọc Minh², Nguyễn Ngọc Anh¹

¹*Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội*

²*Viện Khoa học an toàn và Vệ sinh lao động*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang phỏng vấn trên toàn bộ 564 người lao động nữ tại 3 công ty sản xuất da giày tại khu vực miền Bắc Việt Nam nhằm mô tả thực trạng vấn đề sức khỏe sinh sản và một số yếu tố liên quan năm 2024 - 2025. Kết quả cho thấy, các vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản của người lao động bao gồm đau bụng kinh (39,7%); sinh con thiếu tháng (11,5%), sảy thai (20,4%), dị tật thai nhi (1,1%). Các yếu tố này có sự khác biệt giữa lao động nữ tiếp xúc trực tiếp và gián tiếp với dung môi hữu cơ. Khi xem xét các yếu tố liên quan nhóm tuổi 36-49 có khả năng gặp tình trạng đau bụng kinh chỉ bằng 0,3 lần so với nhóm 18-25 tuổi (OR = 0,3; 95%KTC[0,2 - 0,8]); $p < 0,05$; tiếp xúc trực tiếp với dung môi hữu cơ có khả năng gặp đau bụng kinh gấp 1,5 lần nhóm tiếp xúc gián tiếp (OR = 1,5[1,1 - 2,1]; $p < 0,05$). Cần tiếp tục triển khai các nghiên cứu quy mô lớn và chuyên sâu hơn nhằm làm rõ những ảnh hưởng của việc tiếp xúc nghề nghiệp với dung môi hữu cơ đến sức khỏe sinh sản của lao động nữ.

Từ khóa: Tiếp xúc nghề nghiệp; sức khỏe sinh sản; lao động nữ; ngành da giày

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dung môi hữu cơ, đặc biệt dung môi hữu cơ hydrocacbon thơm có trọng lượng thấp như benzen, toluen, ethylbenzen, m/p-xylene và o-xylene, còn được gọi là BTEX, là một trong những nguồn gây ô nhiễm môi trường nguy hiểm phổ biến nhất trong môi trường lao động hiện nay. Đối với ngành sản xuất da giày việc sử dụng dung môi hữu cơ nhóm BTEX là rất phổ biến [1].

Nhiễm độc benzen và đồng đẳng là một loại nhiễm độc nghề nghiệp thường gặp của Thế giới cũng như ở Việt Nam. Do độc tính của benzen có ảnh hưởng đến sức khỏe con người nên benzen cũng đã được một số nước đưa chất này vào danh mục các chất cấm sử dụng [2], benzen vẫn có thể hiện diện trong môi trường lao động với nồng độ rất thấp, do đây là thành

phần tự nhiên có sẵn trong dầu mỏ và than đá, vốn khó loại bỏ hoàn toàn [3]. Các nghiên cứu - cho thấy rằng nhóm BTEX có ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ gây ra các vấn đề như suy sụp thể trạng, xuất huyết, rối loạn thần kinh, rong kinh,... [4]. Đặc biệt, một số nghiên cứu đã được thực hiện và cho thấy về tác hại của việc tiếp xúc với dung môi hữu cơ trong đó có nhóm BTEX tới sức khỏe sinh sản của bà mẹ và trẻ em (sảy thai, sinh non, khuyết tật bẩm sinh...) [5].

Hiện nay, nếu môi trường làm việc có sử dụng hoặc tồn tại bất kỳ dung môi hữu cơ nào thuộc nhóm BTEX thì bắt buộc phải thực hiện quan trắc môi trường lao động, cũng đã có một số công bố về giám sát sinh học cho người lao động có tiếp xúc với dung môi thuộc nhóm BTEX [6]. Tuy nhiên một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy rằng các chất này trong môi

*Tác giả: Nguyễn Hữu Đức Anh

Địa chỉ: Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0981 305 329

Email: nhducanh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

trường làm việc của công nhân da giày vượt quá tiêu chuẩn cho phép [7].

Từ đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Thực trạng vấn đề sức khỏe sinh sản và một số yếu tố liên quan ở người lao động nữ tại 3 công ty sản xuất da giày tại khu vực miền Bắc Việt Nam năm 2024-2025” với mục tiêu mô tả thực trạng vấn đề sức khỏe sinh sản và một số yếu tố liên quan ở người lao động nữ tại 3 công ty sản xuất giày da tại khu vực miền Bắc Việt Nam năm 2024-2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Lao động nữ tham gia trực tiếp vào quá trình sản xuất của công ty da giày tại khu vực miền Bắc của Việt Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Lao động nữ ở bộ phận sản xuất có tiếp xúc với dung môi hữu cơ (DMHC) dựa trên vị trí làm việc và Hồ sơ vệ sinh lao động của Công ty, tuổi từ 18 đến 49 tuổi, tuổi nghề trên 1 năm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người lao động được chẩn đoán vô sinh hoặc mắc một số vấn đề về sức khỏe sinh sản trước khi làm việc tại công ty sản xuất da giày hoặc không hợp tác liên tục trong quá trình nghiên cứu hoặc không có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: 03 công ty sản xuất da

giày tại khu vực miền Bắc của Việt Nam. Thời gian nghiên cứu: Được tiến hành từ tháng 12 năm 2024 đến tháng 11 năm 2025. Thời gian thu thập số liệu: Nghiên cứu thu thập số liệu từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

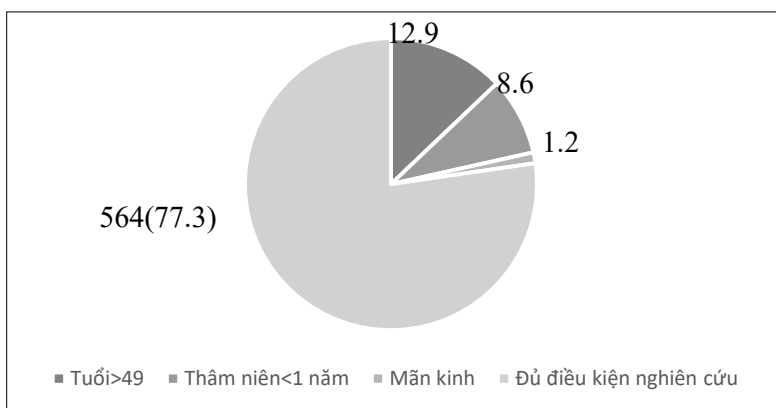
Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong quần thể.

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy mức 95%, tương ứng là 1,96; $p = 0,4961$ (Tỷ lệ nữ công nhân bị rối loạn kinh nguyệt là 49,61% theo nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Hiền năm 2013 nghiên cứu ở 257 nữ công nhân da giày ở Hải Dương). Độ sai số tương đối $d = 0,042$. Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 545 Thực tế nghiên cứu chọn toàn bộ 564 lao động nữ có tiếp xúc dung môi hữu cơ trong quá trình lao động tại 3 công ty da giày đáp ứng tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong tổng số 730 người lao động nữ tại 3 nhà máy sản xuất da giày có 564 người đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 77,3%.



Hình 1. Đặc điểm tiêu chuẩn lựa chọn của đối tượng nghiên cứu (n = 730)

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin chung và đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu: tuổi đời, tuổi nghề;

Biến số liên quan đến tiếp xúc của người lao động trong môi trường làm việc: Vị trí làm việc, đứng (hoặc ngồi) liên tục hơn 1 giờ, ánh sáng, tiếng ồn, bụi, hơi khí độc, nhiệt độ

Biến số mô tả thực trạng sức khỏe sinh sản của lao động nữ ngành da giày ở một số công ty miền Bắc Việt Nam: Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu, Đặc điểm của các kỳ kinh trong 6 tháng qua (Khoảng cách giữa các kỳ kinh trong 6 tháng qua; Số ngày có kinh trong một chu kỳ kinh; Sự khác biệt giữa các chu kỳ kinh; Đánh giá cá nhân về số lượng kinh mỗi lần); ảnh hưởng của chu kỳ kinh tới công việc của người lao động (không ảnh hưởng, năng suất làm việc, nghỉ phép).

Đặc điểm tiếp xúc được đánh giá qua vị trí làm việc của đối tượng nghiên cứu: Tiếp xúc trực tiếp là làm việc tại các vị trí có tiếp xúc trực tiếp với các dung môi hữu cơ (quét keo, sơn). Tiếp xúc gián tiếp là làm việc tại các khu vực gần hoặc chung phân xưởng khu vực có sử dụng dung môi hữu cơ (tổ may, vận hành máy, thợ phụ).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc gồm 3 phần: Phần 1, thông tin

chung của đối tượng nghiên cứu; Phần hai, đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu; Phần ba, một số đặc điểm về sức khỏe sinh sản của đối tượng nghiên cứu

Kĩ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp với đối tượng nghiên cứu.

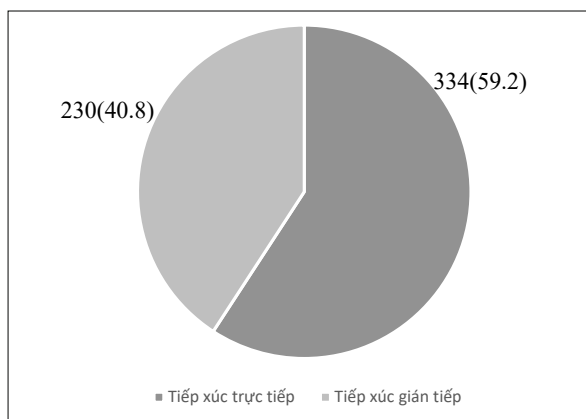
2.8 Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi được kiểm tra, nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm Stata 16. Số liệu được tính toán giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng và tỷ số, tỷ lệ cho các biến định tính. Các test thống kê và phân tích hồi quy logistic đơn biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng đau bụng kinh của người tham gia, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện thu thập số liệu và sử dụng số liệu một phần của đề tài “Nghiên cứu đánh giá rủi ro sức khỏe sinh sản của lao động nữ tiếp xúc với dung môi hữu cơ trong ngành da giày” do trung tâm Sức Khỏe Nghề Nghiệp – Viện Khoa học An toàn Vệ sinh Lao động chủ trì. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu trong NCYSH số 463/2024/YTCC-HD ngày 30 tháng 12 năm 2024.

III. KẾT QUẢ



Hình 2. Đặc điểm tiếp xúc với dung môi hữu cơ trong môi trường lao động của đối tượng nghiên cứu (n = 564)

Trong tổng số 564 người lao động đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu có tổng số 334 người lao động làm việc tại các vị trí có tiếp xúc trực tiếp với các dung môi hữu cơ, chiếm

59,2% và 40,8% tiếp xúc gián tiếp, tức là làm việc tại các khu vực gần hoặc chung phân xưởng khu vực có sử dụng dung môi hữu cơ.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nữ công nhân công ty da giày (n = 564)

	Đặc điểm	Tổng n(%)	Phân loại tiếp xúc	
			Gián tiếp n(%)	Trực tiếp n(%)
Nhóm tuổi	18 - 25	26 (4,6)	10 (3,0)	16 (7,2)
	26 - 35	110 (19,5)	58 (17,3)	50 (22,6)
	36 - 49	428 (75,9)	267 (79,7)	155 (70,1)
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	39,7(6,6)	40,1(6,1)	39,1(7,2)
Số năm tuổi nghề	< 5 năm	269 (47,7)	147 (43,9)	118 (53,4)
	6 - 10 năm	52 (9,2)	35 (10,4)	16 (7,2)
	11 - 15 năm	76 (13,5)	43 (12,8)	33 (14,9)
	> 15 năm	167 (29,6)	110 (32,8)	54 (24,4)
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	9,7 (7,9)	10,3(8,1)	8,7(7,6)

Người lao động trong nhóm tuổi 36 – 49 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 75,9% và số năm tuổi

nghề nhiều nhất là dưới 5 năm với 269 người lao động, chiếm 47,7%.

Bảng 2. Một số đặc điểm về chu kỳ kinh của nữ công nhân công ty da giày (n = 564)

		Tổng n(%)	Phân loại tiếp xúc		p
			Gián tiếp n(%)	Trực tiếp n(%)	
Khoảng cách giữa các kỳ kinh	Dưới 24 ngày	13 (2,3)	7 (3,0)	6 (1,8)	0,094
	Từ 24 đến 38 ngày	508 (90,2)	200 (87,0)	308 (92,5)	
	Trên 38 ngày	42 (7,5)	23 (10,0)	19 (5,7)	
Số ngày có kinh trong một chu kỳ kinh	Dưới 4 ngày	87 (15,5)	21 (9,1)	66 (19,8)	< 0,001
	Từ 4 đến 8 ngày	455 (80,8)	194 (84,3)	261 (78,4)	
	Trên 8 ngày	21 (3,7)	15 (6,5)	6 (1,8)	
Khác biệt giữa các kỳ kinh	Ít hơn 10 ngày	429 (76,1)	175 (76,1)	254 (76,0)	0,99
	Hơn 10 ngày	135 (23,9)	55 (23,9)	80 (24,0)	
Đau bụng kinh	Không	343 (60,3)	152 (66,1)	191 (57,2)	0,026
	Có	221 (39,7)	78 (33,9)	143 (42,8)	
Mức độ đau	Đau nhẹ	124 (56,1)	37 (47,4)	87 (60,8)	0,066
	Đau vừa phải	69 (31,2)	32 (41,0)	37 (25,9)	
	Rất đau	28 (12,7)	9 (11,5)	19 (13,3)	
Triệu chứng tiền kinh nguyệt	Thể chất	337 (81,8)	190 (83,3)	147 (79,9)	0,37
	Cảm xúc	136 (33,0)	108 (47,4)	28 (15,2)	< 0,001
	Hành vi	74 (18,0)	46 (20,2)	28 (15,2)	0,19

Bảng 2. Một số đặc điểm về chu kỳ kinh của nữ công nhân công ty da giày (n = 564) (tiếp)

			Phân loại tiếp xúc		p
			Tổng n(%)	Gian tiếp n(%)	Trực tiếp n(%)
Ảnh hưởng chu kỳ kinh tới công việc	Không ảnh hưởng	435 (77,8)	165 (72,4)	270 (81,6)	0,002
	Năng suất lao động	114 (20,4)	62 (27,2)	52 (15,7)	
	Nghỉ phép	5 (0,9)	0 (0,0)	5 (1,5)	
	Khác	5 (0,9)	1 (0,4)	4 (1,2)	

Có 221 người lao động cho rằng họ có đau bụng kinh trong các chu kỳ kinh, trong đó có tới 12,7% cho rằng họ có triệu chứng rất đau.

Triệu chứng tiền kinh nguyệt thường gặp nhất là thể chất với 81,8% người lao động từ có, tỷ lệ này ở nhóm tiếp xúc trực tiếp là 79,9%.

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử sản khoa của nữ công nhân công ty da giày (n = 564)

		Tổng n(%)	Phân loại tiếp xúc		p
			Gian tiếp n(%)	Trực tiếp n(%)	
Sinh con thiếu tháng	Có	65 (11,5)	42 (18,3)	23 (6,9)	< 0,001
	Không	499 (88,5)	188 (81,7)	311 (93,1)	
Sảy thai	Có	115 (20,4)	69 (30,0)	46 (13,8)	< 0,001
	Không	449 (79,6)	161 (70,0)	288 (86,2)	
Dị tật bẩm sinh	Có	6 (1,1)	5 (2,2)	1 (0,3)	0,033
	Không	558 (98,9)	225 (97,8)	333 (99,7)	

Có 11,5% người lao động tại các công ty da giày cho rằng họ có tiền sử sinh con thiếu tháng trước đây và có tới 20,4 % cho rằng họ có tiền

sử sảy thai. Sinh con thiếu tháng, sảy thai và dị tật bẩm sinh đều có mối liên quan đến phân loại tiếp xúc của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4. Đặc điểm tiếp xúc với các yếu tố trong môi trường làm việc của nữ công nhân công ty da giày (n = 564)

Đặc điểm		Tổng n (%)	Phân loại tiếp xúc	
			Gian tiếp n (%)	Trực tiếp n (%)
Đứng (hoặc ngồi) liên tục hơn 1 giờ	Không bao giờ	162 (28,7)	47 (20,4)	115 (34,4)
	Hiếm khi	11 (2,0)	3 (1,3)	8 (2,4)
	Đôi khi	57 (10,1)	21 (9,1)	36 (10,8)
	Thường xuyên	334 (59,2)	159 (69,1)	175 (52,4)
Nhiệt độ nơi làm việc không phù hợp	Không bao giờ	133 (23,6)	74 (32,2)	59 (17,7)
	Hiếm khi	302 (53,5)	95 (41,3)	207 (62,0)
	Đôi khi	25 (4,4)	8 (3,5)	17 (5,1)
	Thường xuyên	104 (18,4)	53 (23,0)	51 (15,3)

Bảng 4. Đặc điểm tiếp xúc với các yếu tố trong môi trường làm việc của nữ công nhân công ty da giày (n = 564) (tiếp)

Đặc điểm		Tổng n (%)	Phân loại tiếp xúc	
			Gián tiếp n (%)	Trực tiếp n (%)
Làm việc trong môi trường tiếng ồn lớn	Không bao giờ	241 (42,7)	39 (17,0)	202 (60,5)
	Hiếm khi	28 (5,0)	17 (7,4)	11 (3,3)
	Đôi khi	111 (19,7)	53 (23,0)	58 (17,4)
	Thường xuyên	184 (32,6)	121 (52,6)	63 (18,9)
Tiếp xúc với bụi mà không có thiết bị bảo hộ	Không bao giờ	332 (58,9)	93 (40,4)	239 (71,6)
	Hiếm khi	35 (6,2)	23 (10,0)	12 (3,6)
	Đôi khi	86 (15,2)	52 (22,6)	34 (10,2)
	Thường xuyên	111 (19,7)	62 (27,0)	49 (14,7)
Thường xuyên tiếp xúc với hơi khí độc	Không bao giờ	317 (56,2)	190 (82,6)	127 (38,0)
	Hiếm khi	23 (4,1)	16 (7,0)	7 (2,1)
	Đôi khi	40 (7,1)	15 (6,5)	25 (7,5)
	Thường xuyên	184 (32,6)	9 (3,9)	175 (52,4)
Ánh sáng đủ để làm việc an toàn và hiệu quả	Không bao giờ	202 (35,8)	63 (27,4)	139 (41,6)
	Hiếm khi	11 (2,0)	5 (2,2)	6 (1,8)
	Đôi khi	25 (4,4)	9 (3,9)	16 (4,8)
	Thường xuyên	326 (57,8)	153 (66,5)	173 (51,8)

Đa số người lao động cho rằng họ phải thường xuyên đứng hoặc ngồi liên tục hơn 1 giờ trong ca làm việc với tỷ lệ 59,2%. Có 317 người lao động cho rằng họ không bao giờ

tiếp xúc với hơi khí độc và 32,6% cho rằng họ thường xuyên tiếp xúc với hơi khí độc trong môi trường lao động.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng đau bụng kinh của nữ công nhân công ty da giày (n = 564)

		Đau bụng kinh		OR(95KTC)
		Có n(%)	Không n(%)	
Nhóm tuổi	36-49	155 (36,2)	273 (63,8)	0,3 (0,2-0,8)*
	18-25	16 (62,5)	10 (37,5)	
Phân loại tiếp xúc	Trực tiếp	143 (42,8)	191 (57,2)	1,5 (1,1-2,1)*
	Gián tiếp	78 (33,9)	152 (66,1)	

Hồi quy logistic: * $p < 0,05$

Kết quả hồi quy logistic đơn biến cho thấy, nhóm tuổi 36 - 49 có mối liên quan tới tình trạng đau bụng kinh với OR = 0,3; 95% KTC [0,2-0,8]; $p < 0,05$. Bên cạnh đó, tình trạng

tiếp xúc trực tiếp cũng có mối liên hệ với tình trạng đau bụng kinh của đối tượng nghiên cứu với OR = 1,5; 95% KTC [1,1 - 2,1]; $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nữ công nhân da giày, trong đó các đối tượng có tiếp xúc trực tiếp với dung môi hữu cơ trong quá trình làm việc như dán keo hoặc sơn, có tới 52,9% đối tượng nghiên cứu được đánh giá tiếp xúc trực tiếp với dung môi hữu cơ trong môi trường lao động. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Imed Gargouri nhằm đánh giá môi trường lao động của công nhân sản xuất da giày, kết quả này cho thấy nhiều vị trí làm việc có phơi nhiễm với dung môi hữu cơ như hoàn thiện, ép đế và phân phối keo [8]. Mặc dù phơi nhiễm với dung môi thay đổi theo quy trình sản xuất và vị trí làm việc, không ổn định theo thời gian. Tuy nhiên kết quả vẫn có thể ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của người lao động đặc biệt của lao động nữ [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, số ngày có kinh trong một chu kỳ kinh có mối liên quan với phân loại tiếp xúc của người lao động bao gồm trực tiếp và gián tiếp. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Somayeh Hassani cho rằng tiếp xúc với dung môi hữu cơ có khả năng gây ảnh hưởng đến độ dài chu kỳ kinh và thời gian hành kinh. Điều này do dung môi hữu cơ làm thay đổi nồng độ hormone giảm progesterone, tăng FSH/LH và ảnh hưởng đến chức năng hoàng thể [9].

Về môi trường làm việc của người lao động, một phần lớn người lao động vẫn cho rằng họ phải làm việc thường xuyên ở một tư thế đứng hoặc ngồi (59,2%); thường xuyên việc trong môi trường tiếng ồn lớn (32,6%) và thường xuyên tiếp xúc với hơi khí độc (32,6%). Đây là các yếu tố tồn tại trong môi trường có thể gây ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần cũng như thể chất của người lao động [10]. Tuy nhiên, có nhiều biện pháp được chứng minh có thể cải thiện được các tình trạng này tại môi trường làm việc [10], do đó các nhà quản lý cần đánh giá và áp dụng các biện pháp cải thiện phù hợp cho môi trường lao động.

Phân tích ảnh hưởng của chu kỳ kinh tới công việc cũng có mối liên quan đến phân loại

tiếp xúc ($p < 0,01$). Các nghiên cứu trước đây cho thấy, tiếp xúc với dung môi hữu cơ trong môi trường làm việc làm tăng các triệu chứng của rối loạn kinh nguyệt bao gồm cả đau bụng kinh [9, 11]. Điều này làm ảnh hưởng đến khả năng làm việc của người lao động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số ngày có kinh trong một chu kỳ kinh chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 4 -8 ngày với 80,8%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây trên thế giới, trong đó phần lớn phụ nữ có số ngày hành kinh từ 4 – 8 ngày. [12]

Triệu chứng tiền kinh nguyệt thường gặp nhất ở phụ nữ là nhóm triệu chứng thực thể như đau bụng dưới, đau ngực, đầy hơi, nhức đầu, mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa, đau lưng,... với tỷ lệ 81,8% ở người lao động. Triệu chứng này cũng phổ biến trong các nghiên cứu của tác giả khác trên thế giới [13]. Ngoài ra, các triệu chứng chứng tâm lý, phụ nữ bị đau bụng kinh có thể gặp phải các rối loạn tâm trạng như lo lắng, trầm cảm, cáu kỉnh và căng thẳng hoặc triệu chứng liên quan đến hành vi như thèm ăn, khó tập trung, thay đổi giấc ngủ cũng thể thể gặp nhưng với tỷ lệ thấp hơn [13].

Sinh con thiếu tháng (11,5%), di tật bẩm sinh (1,1%) và sảy thai (20,4%) là những vấn đề gặp phải ở người lao động sản xuất da giày. Kết quả phân tích của chúng tôi có mối liên quan đến tiếp xúc với dung môi hữu cơ với $p < 0,001$. Một số nghiên cứu trước đây trên thế giới cũng đã cho thấy rằng tiếp xúc với dung môi hữu cơ trước sinh gây ra một số vấn đề về sinh sản. Nghiên cứu của trên 3.671 trẻ sơ sinh cho thấy, tiếp xúc với benzen và toluen có liên quan đáng kể ($p = 0,04$) với sinh non [14]. Ngoài ra, tiếp xúc với benzen và các môi trường hữu khác làm tăng rối loạn kinh nguyệt, giảm khả năng sinh sản và tăng nguy cơ sảy thai [15] Cơ chế chính gây các tác động xấu của benzen và đồng đẳng lên sức khỏe của thai nhi bao gồm: (1) độc tính trực tiếp lên thai nhi, (2) kích thích co hoàng tử cung, (3) rối loạn nội tiết tố, và (4) tổn thương hệ thống tạo máu ở mẹ [14, 16]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới cũng chưa đưa ra bằng chứng rõ ràng về mối liên quan giữa dị tật bẩm sinh với

tình trạng tiếp xúc dung môi hữu cơ ở người mẹ [17].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tình trạng tiếp xúc trực tiếp cũng có mối liên hệ với tình trạng đau bụng kinh của đối tượng nghiên cứu với $OR = 1,5$ [1,1 - 2,1]; $p < 0,05$. Một phân tích tổng hợp của tác giả Xu Ming và cộng sự cho thấy, đau bụng kinh là triệu chứng bị ảnh hưởng bởi sự phơi nhiễm với benzen và đồng đẳng ở nữ công nhân với $OR = 3,22$, 95%KTC: 2,69 - 3,84 [18]. Phơi nhiễm hỗn hợp dung môi hữu cơ trong môi trường làm việc có liên quan rõ với tăng nguy cơ rối loạn kinh nguyệt và biến đổi nội tiết tố (FSH, LH, TSH, prolactin) ở nữ công nhân [9].

Hạn chế: Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó không thể đánh giá mối quan hệ nhân quả giữa tiếp xúc dung môi hữu cơ và sức khỏe sinh sản của nữ công nhân. Bên cạnh đó, do hạn chế của thiết kế nghiên cứu nên các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản như tiền sử gia đình, chế độ dinh dưỡng, thuốc tránh thai, các bệnh lý nền có thể chưa được kiểm soát hoặc loại trừ kỹ lưỡng.

V. KẾT LUẬN

Các vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản của người lao động bao gồm đau bụng kinh (39,7%), sinh con thiếu tháng (11,5%), sảy thai (20,4%), dị tật thai nhi (1,1%). Nhóm tuổi có mối liên quan tới tình trạng đau bụng kinh với $OR=0,3$; 95%KTC[0,2-0,8]; $p<0,05$; tình trạng tiếp xúc trực tiếp cũng có mối liên quan với $OR=1,5$ [1,1-2,1]; $p<0,05$. Cần thiết có thêm các nghiên cứu sâu hơn và có kiểm soát đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe sinh sản của lao động nữ tiếp xúc nghề nghiệp với dung môi hữu cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abouee-Mehrzi A, Soltanpour Z, Mohammadian Y và cộng sự. Health risk assessment of exposure to benzene, toluene, ethyl benzene, and xylene in shoe industry-related workplaces. *Toxicol Ind Health*. 2024; 40 (1–2): 33 – 40.
2. ILO. Benzene Convention. 1971 (No. 136). Truy cập ngày: 25/06/2024. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312281:NO.
3. Williams PRD, Panko JM, Unice K và cộng sự. Occupational exposures associated with petroleum-derived products containing trace levels of benzene. *J Occup Environ Hyg*. 2008; 5 (9): 565 – 574.
4. Cassidy-Bushrow AE, Burmeister C, Birbeck J và cộng sự. Ambient BTEX exposure and mid-pregnancy inflammatory biomarkers in pregnant African American Women. *J Reprod Immunol*. 2021; 145: 103305.
5. Hooiveld M, Haveman W, Roskes K, et al. Adverse reproductive outcomes among male painters with occupational exposure to organic solvents. *Occup Environ Med*. 2006; 63 (8): 538 – 544.
6. Anigilaje EA, Nasir ZA, Walton C. Exposure to benzene, toluene, ethylbenzene, and xylene (BTEX) at Nigeria's petrol stations: a review of current status, challenges and future directions. *Front Public Health*. 2024; 12: 1295758.
7. Viện khoa học an toàn và vệ sinh lao động. Chất lượng không khí khu vực làm việc và khu vực bếp ăn tại một số cơ sở sản xuất dệt may và giày da Việt Nam. 2023. Truy cập ngày: 08/09/2025. <https://vniosh.vn/chat-luong-khong-khi-khu-vuc-lam-viec-va-khu-vuc-bep-an-tai-mot-so-co-so-san-xuat-det-may-va-giay-da-viet-nam/>.
8. Gargouri I, Khadhraoui M, Gargouri I. The metrology of exposure to organic solvents in the shoes industry of Sfax City, Tunisia. *IntechOpen*. 2019. doi:10.5772/intechopen.78316.
9. Hassani S, Namvar M, Ghoreishvandi M, et al. Menstrual disturbances and hormonal changes in women workers exposed to a mixture of organic solvents in a pharmaceutical company. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28: 156.
10. Satya VV và Satya VJ. The Influence of the Work Environment on the Mental and Physical Health of the Employees. *Oshada*. 2025; 2 (1): 68–75.
11. Cho SI, Damokosh AI, Ryan LM, et al. Effects of Exposure to Organic Solvents on Menstrual Cycle Length. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2001; 43 (6): 567.
12. Rafique N và Al-Sheikh MH. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. *Saudi Med J*. 2018; 39 (1): 67 – 73.

13. Itani R, Soubra L, Karout S, et al. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med*. 2022; 43 (2): 101 – 108.
14. Santos DAA và Nascimento LFC. Maternal exposure to benzene and toluene and preterm birth. A longitudinal study. *Sao Paulo Med J*. 2020; 137: 486 – 490.
15. Lindbohm ML, Taskinen H, Sallmén M, et al. Spontaneous abortions among women exposed to organic solvents. *Am J Ind Med*. 1990; 17 (4): 449 – 463.
16. Chen H, Wang X, Xu L. Effects of exposure to low-level benzene and its analogues on reproductive hormone secretion in female workers. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2001; 35 (2): 83 – 86.
17. Janitz AE, Dao HD, Campbell JE, et al. The Association between Benzene and Congenital Anomalies in Oklahoma, 1997-2009. *Occup Environ Med*. 2018; 75 (11): 822 – 829.
18. Ming XU, Zong'ang LI, Zhizhen XU, et al. A meta-analysis of menstrual abnormalities in workers exposed to benzene series. *jeom*. 2024; 41 (10): 1156 – 1161.

CURRENT STATUS OF REPRODUCTIVE HEALTH ISSUES AND RELATED FACTORS AMONG FEMALE WORKERS AT THREE FOOTWEAR MANUFACTURING COMPANIES IN NORTHERN VIETNAM, 2024-2025

Vu Xuan Trung², Nguyen Huu Duc Anh¹, Bui Thi Ngoc Minh², Nguyen Ngoc Anh¹

¹Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University

²Institute of Occupational Safety and Health Sciences

This descriptive cross-sectional study was conducted through interviews with all 564 female workers at three footwear manufacturing companies in Northern Vietnam to describe the current status of reproductive health issues and related factors from 2024-2025. The results showed that reproductive health problems among the workers included dysmenorrhea (39.7%), preterm birth (11.5%), miscarriage (20.4%), and fetal abnormalities (1.1%). These issues showed differences between female workers with direct and indirect exposure to organic solvents. When examining related factors, the 36-49 age group had a probability

of experiencing dysmenorrhea that was only 0.5 times that of the 18-25 age group (OR=0.3; 95% CI[0.2-0.8]; $p<0.05$). Additionally, direct exposure to organic solvents increased the likelihood of dysmenorrhea by 1.5 times compared to the indirect exposure group (OR=1.5 [1.1-2.1]; $p<0.05$). Further large-scale and more in-depth studies are needed to clarify the effects of occupational exposure to organic solvents on the reproductive health of female workers.

Keywords: Occupational exposure; reproductive health; female workers; leather and footwear industry

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG ĐA KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GRAM ÂM PHÂN LẬP TỪ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Thành Nam*, Phạm Anh Thoại
Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định đặc điểm kháng đa kháng sinh của vi khuẩn Gram âm phân lập từ bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Chống độc (ICU), bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, nhằm hỗ trợ kiểm soát nhiễm khuẩn và tối ưu hóa điều trị. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng phân lập từ bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại ICU từ tháng 01-06 năm 2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và kết quả kháng sinh đồ. 52 chủng chủ yếu được phân lập từ mẫu bệnh phẩm đờm (92,31%), phản ánh nhiễm khuẩn hô hấp là tình trạng phổ biến. Hai tác nhân chính được phân lập là *Acinetobacter* sp. (44,23%) và *Klebsiella* sp. (28,85%). Các chủng vi khuẩn này có mức độ đề kháng cao với các nhóm β -lactam, carbapenem, aminoglycoside và fluoroquinolone. Tỷ lệ kháng meropenem, ciprofloxacin, ceftriaxone và aztreonam lần lượt là 84,62%, 90,2%, 95,65% và 100%. *Acinetobacter* sp. kháng meropenem và ciprofloxacin trên 95%, trong khi *Klebsiella* sp. kháng hầu hết các cephalosporin thế hệ ba và carbapenem. Kết quả cho thấy vi khuẩn Gram âm đa kháng tại ICU có mức đề kháng cao với nhiều kháng sinh quan trọng, làm giảm hiệu quả điều trị. Việc tăng cường giám sát đề kháng, kiểm soát nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh hợp lý là cần thiết nhằm hạn chế sự lan rộng của vi khuẩn đa kháng.

Từ khóa: Vi khuẩn Gram âm đa kháng; đề kháng kháng sinh; ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đóng vai trò quan trọng trong điều trị nhiễm khuẩn, nhưng tình trạng lạm dụng đã dẫn đến sự gia tăng đáng kể vi khuẩn kháng thuốc, trở thành thách thức lớn của ngành y tế toàn cầu. Năm 2019, ước tính có 1,27 triệu ca tử vong trực tiếp do vi khuẩn kháng thuốc và 4,95 triệu ca tử vong liên quan đến tình trạng này [1]. Báo cáo của WHO (2021) ghi nhận *E.coli* và *K. pneumoniae* là hai tác nhân kháng kháng sinh phổ biến nhất, với tỷ lệ nhiễm trùng huyết cao ở cả cộng đồng và bệnh viện [2]. Tại Việt Nam, nhiễm khuẩn là nguyên nhân gây bệnh hàng đầu (16,7%), chỉ sau bệnh lý tim mạch [3]. Sự gia tăng tỷ lệ vi khuẩn Gram âm đa kháng như *E.coli*, *Klebsiella* spp., *P.aeruginosa*

và *A.baumannii*, đặc biệt đối với carbapenem và cephalosporin thế hệ 3, đang làm giảm hiệu quả điều trị và gia tăng chi phí y tế [3]. Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) đã cập nhật hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm kháng thuốc, nhấn mạnh sự nguy hiểm của nhóm vi khuẩn kháng carbapenem như Enterobacterales kháng carbapenem (CRE) và *Pseudomonas aeruginosa* kháng thuốc khó điều trị (DTR-P.*Aeruginosa*) các bệnh nhiễm khuẩn do Enterobacterales sinh AmpC β -lactamase (AmpC-E), *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem (CRAB) và *Stenotrophomonas maltophilia* [4].

Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Tiền Giang là bệnh viện hạng I tuyến tỉnh với 1.250 giường bệnh, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng, đặc

*Tác giả: Nguyễn Thành Nam

Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Điện thoại: 0962 479 972

Email: ntnam@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/07/2025

Ngày phản biện: 13/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

biệt tại khoa ICU. Những năm gần đây, số ca nhiễm khuẩn gia tăng kéo theo tỷ lệ kháng kháng sinh ngày càng cao, gây khó khăn trong điều trị và làm tăng tỷ lệ biến chứng, tử vong. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm đa kháng tại khoa ICU, BVĐK Tiền Giang và phân tích mô hình phân bố vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh nhằm hỗ trợ kiểm soát nhiễm khuẩn và tối ưu hóa điều trị.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng (Multidrug Resistant - MDR) được phân lập từ bệnh phẩm lâm sàng của bệnh nhân điều trị tại khoa ICU, BVĐK Tiền Giang, từ 1/2024-6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng được xác định bằng kháng sinh đồ Phân lập vi khuẩn Gram âm hiếu khí, định danh tới mức loài từ các bệnh phẩm lâm sàng đờm/hút nội khí quản, máu, nước tiểu, dịch màng phổi... Phân lập đáp ứng tiêu chí đa kháng (MDR/XDR/PDR) theo Magiorakos 2012: – MDR: không nhạy với ≥ 1 kháng sinh ở ≥ 3 nhóm; XDR: không nhạy với tất cả, trừ ≤ 2 nhóm; PDR: không nhạy với mọi thuốc ở mọi nhóm đã thử. Tình trạng nhạy/kháng được diễn giải theo breakpoints của CLSI M100 phiên bản mới nhất. [5]. Các phân lập được gán nhóm AMR ưu tiên theo IDSA 2024: ESBL-E, AmpC-E, CRE, DTR-P. aeruginosa, CRAB, S. maltophilia. Trong đó CRE được xác định khi Enterobacterales không nhạy với ≥ 1 carbapenem theo CLSI hoặc phát hiện carbapenemase; DTR-P. aeruginosa khi không nhạy với tất cả β -lactam hàng đầu (piperacillin/tazobactam, ceftazidime, cefepime, aztreonam, imipenem/meropenem) và fluoroquinolone (ciprofloxacin/levofloxacin) [6].

Chuẩn hóa kháng sinh đồ: Kháng sinh đồ thực hiện theo quy trình thường quy của phòng xét nghiệm; diễn giải theo CLSI M100 (phiên

bản hiện hành, 2025 nếu áp dụng). Colistin (nếu xét nghiệm) chỉ được chấp nhận khi thực hiện bằng phương pháp Broth Microdilution (BMD); không sử dụng đĩa khuếch tán hay gradient cho mục đích diễn giải lâm sàng [7].

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ 01/2024-6/2024 tại khoa Hồi sức tích cực Chống độc, bệnh viện đa khoa Tiền Giang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tất cả các mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu thu thập được trong thời gian nghiên cứu tại khoa ICU, BVĐK Tiền Giang

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Trích xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý bệnh viện và phòng Vi sinh khoa Xét nghiệm, bao gồm các bệnh nhân có kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ tại khoa ICU trong khoảng thời gian từ 01/2024-6/2024. Chọn các kết quả kháng sinh đồ dương tính với vi khuẩn Gram âm đa kháng như ESBL-E, CRE, DTR-P. aeruginosa, AmpC-E, CRAB và Stenotrophomonas maltophilia.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số chính bao gồm: (i) tỷ lệ kháng theo từng kháng sinh của từng loài (diễn giải S/I/R theo CLSI M100 hiện hành), (ii) tỷ lệ MDR/XDR/PDR theo định nghĩa quốc tế, (iii) phân nhóm mầm bệnh ưu tiên ESBL-E, AmpC-E, CRE, DTR-P. aeruginosa, CRAB, S. maltophilia, (iv) mức độ đa kháng theo số nhóm thuốc (≥ 2 , ≥ 3 , ≥ 4) và (v) các kiểu đồng kháng quan trọng (kháng đồng thời cephalosporin thế hệ 3–4, carbapenem và fluoroquinolone). Biến giải thích ở cấp bệnh nhân gồm tuổi, giới, chẩn đoán tại ICU (HAP/VAP, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu...), can thiệp (thở máy, đặt nội khí quản, catheter tĩnh mạch trung tâm, sonde tiểu), phơi nhiễm kháng sinh (đặc biệt carbapenem), thời gian nằm ICU trước lấy mẫu và bệnh kèm theo chính. Biến cấp mẫu/

xét nghiệm gồm loại bệnh phẩm, ngày lấy, chất lượng mẫu hô hấp (nếu có đánh giá), loài vi khuẩn, phương pháp kháng sinh đồ (Kirby–Bauer/hệ thống tự động/MIC-BMD); colistin chỉ diễn giải khi thử bằng BMD.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử, phần mềm lưu trữ của bệnh viện và kết quả xét nghiệm từ phòng Vi sinh.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được mã hóa và nhập liệu bằng EpiData, phân tích bằng Stata 14.0. Trình bày

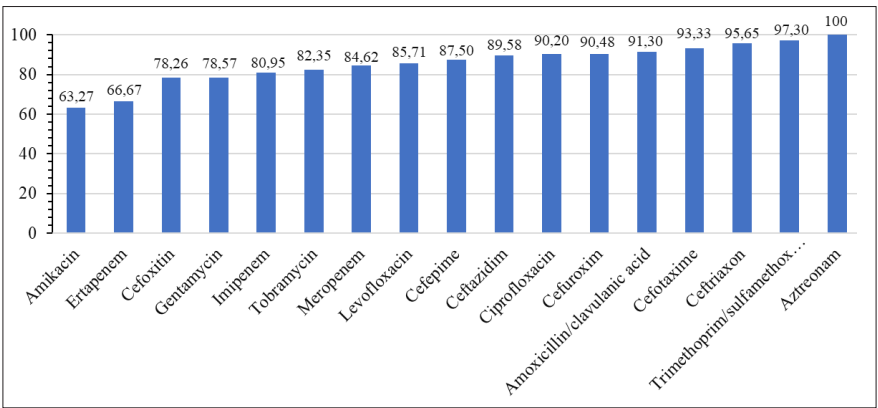
các biến số dưới dạng biểu đồ, bảng với tần số (n) và tỷ lệ (%).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Đạo đức Y sinh học của BVĐK Tiền Giang phê duyệt, số 36/GCT-HĐĐĐ, ngày 29/4/2024.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 52 mẫu thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa và tiêu chuẩn loại trừ.



Hình 1. Sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn (n = 52)

Tỷ lệ đề kháng cao nhất được ghi nhận với Aztreonam (100%), tiếp theo là Trimethoprim/sulfamethoxazole (97,3%), Ceftriaxone (95,65%), Cefotaxime (93,33%), Cefuroxime (91,3%), Ciprofloxacin (90,2%) và Imipenem (90,48%). Một số kháng sinh có tỷ lệ đề

kháng thấp hơn như Gentamycin (78,57%), Levofloxacin (85,71%), Amoxicillin/clavulanate (78,26%) và Ertapenem (80,95%). Các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem như Meropenem (84,62%) và Imipenem (90,48%) cũng có tỷ lệ đề kháng cao.

Bảng 1. Phân bố vi khuẩn gram âm đa kháng theo (n = 52)

	n	Tỷ lệ (%)
Mẫu bệnh phẩm		
Đờm	48	92,31
Mũi	3	5,77
Máu	1	1,92
Vi khuẩn		
Acinetobacter sp.	23	44,23

Bảng 1. Phân bố vi khuẩn gram âm đa kháng theo (n = 52) (tiếp)

	n	Tỷ lệ (%)
Klebsiella sp.	15	28,85
E. coli	4	7,69
Pseudomonas sp.	4	7,69
Enterobacter sp.	2	3,85
Pseudomonas aeruginosa	2	3,85
Proteus mirabilis	1	1,92
Enterobacter cloacae	1	1,92

Trong giai đoạn 01–06/2024, 52 chủng vi khuẩn gram âm đa kháng được phân lập từ mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn; đờm chiếm 92,31%, mủ 5,77% và máu 1,92%, cho thấy vi khuẩn đa kháng gặp chủ yếu ở ca bệnh nghi nhiễm khuẩn hô hấp tại ICU. Tác nhân chính là *Acinetobacter* sp. (44,23%) và *Klebsiella* sp. (28,85%). Mức kháng chung rất cao đối với nhiều kháng sinh mạnh: aztreonam 100%, trimethoprim/sulfamethoxazole 97,3%, ceftriaxone 95,65%,

ciprofloxacin 90,2% và imipenem 90,48%. Ở mức loài, *Acinetobacter* sp. kháng meropenem 95,65% và ciprofloxacin 95,65%, đồng thời kháng rất cao với nhiều β -lactam thế hệ 3–4. *Klebsiella* sp. biểu hiện kháng đồng thời nhiều nhóm: cephalosporin thế hệ 3–4 (cefotaxime, cefepime, ceftazidime 100%), ciprofloxacin 100%, meropenem 93,33%, và nhiều thuốc khác trên 90%, cho thấy kiểu đa kháng mạnh ở nhóm này

Bảng 2. Đặc điểm đề kháng của *Acinetobacter* sp.

Kháng sinh	Đề kháng		Trung gian		Nhạy cảm	
	r	%	i	%	s	%
Ciprofloxacin	22	95,65	0	0,00	1	4,35
Meropenem	22	95,65	0	0,00	1	4,35
Ceftriaxone	22	95,65	1	4,35	0	0,00
Amikacin	19	86,36	0	0,00	3	13,64
Tobramycin	18	81,82	2	9,09	2	9,09
Levofloxacin	20	90,91	1	4,55	1	4,55
Cefotaxim	21	95,45	1	4,55	0	0,00
Trimethoprim/sulfa	21	95,45	1	4,55	0	0,00
Ceftazidim	20	95,24	0	0,00	1	4,76
Cefepime	20	95,24	0	0,00	1	4,76
Gentamycin	12	92,31	0	0,00	1	7,69
Aztreonam	13	100,00	0	0,00	0	0,00

Tỷ lệ đề kháng 100% ghi nhận với Aztreonam. Các kháng sinh có tỷ lệ đề kháng trên 95% bao gồm Ciprofloxacin, Meropenem, Ceftriaxone, Cefotaxime, Trimethoprim/

sulfamethoxazole, Ceftazidime và Cefepime. Tỷ lệ đề kháng với Levofloxacin là 90,91%, Amikacin 86,36%, Tobramycin 81,82% và Gentamycin 92,31%. Một số kháng sinh vẫn

còn hiệu lực điều trị với tỷ lệ nhạy cảm nhất định như Amikacin (13,64%), Tobramycin (9,09%), Gentamycin (7,69%), trong khi các

kháng sinh còn lại có tỷ lệ nhạy cảm rất thấp hoặc không nhạy cảm hoàn toàn.

Bảng 3. Đặc điểm đề kháng của *Klebsiella* sp.

Kháng sinh	Đề kháng		Trung gian		Nhạy cảm	
	r	%	i	%	s	%
Amikacin	8	53,33	1	6,67	6	40,00
Gentamycin	10	66,67	1	6,67	4	26,67
Tobramycin	14	93,33	1	6,67	0	0,00
Meropenem	14	93,33	0	0,00	1	6,67
Amoxicillin/a.clavu	15	100,00	0	0,00	0	0,00
Cefepime	15	100,00	0	0,00	0	0,00
Cefotaxim	15	100,00	0	0,00	0	0,00
Cefoxitin	13	92,86	1	7,14	0	0,00
Ciprofloxacin	14	100,00	0	0,00	0	0,00
Ceftazidim	14	100,00	0	0,00	0	0,00
Ceftriaxone	12	92,31	0	0,00	1	7,69
Ertapenem	12	92,31	0	0,00	1	7,69
Cefuroxim	12	100,00	0	0,00	0	0,00
Levofloxacin	10	90,91	1	9,09	0	0,00

Klebsiella sp. trong nghiên cứu có tỷ lệ đề kháng rất cao với nhiều kháng sinh. Tỷ lệ đề kháng 100% ghi nhận với Amoxicillin/clavulanate, Cefepime, Cefotaxime, Ciprofloxacin, Ceftazidime và Cefuroxime. Các kháng sinh có tỷ lệ đề kháng trên 90% bao gồm Tobramycin (93,33%), Meropenem (93,33%), Cefoxitin (92,86%), Ceftriaxone (92,31%), Ertapenem (92,31%) và Levofloxacin (90,91%). Tỷ lệ nhạy cảm cao nhất được ghi nhận với Amikacin (40,00%) và Gentamycin (26,67%), trong khi các kháng sinh còn lại có tỷ lệ nhạy cảm rất thấp hoặc không nhạy cảm hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

Kháng kháng sinh đang trở thành một thách thức lớn trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện, đặc biệt tại các khoa ICU, nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng, suy giảm miễn dịch

và có nguy cơ cao nhiễm vi khuẩn đa kháng. Qua nghiên cứu cho thấy, phần lớn mẫu bệnh phẩm thu thập được là đờm (92,31%), phản ánh tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp, đặc biệt viêm phổi liên quan đến thở máy, là vấn đề chính trong nhóm bệnh nhân ICU nhiễm vi khuẩn Gram âm đa kháng. Viêm phổi bệnh viện là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong tại ICU, đặc biệt ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh phổi mạn tính hoặc thở máy kéo dài [8, 9]. Tỷ lệ mẫu mủ (5,77%) cho thấy nhiễm khuẩn da và mô mềm ít gặp hơn, có thể do các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ hiệu quả. Tuy nhiên, các trường hợp này vẫn cần được chú ý do nguy cơ lan rộng vào hệ tuần hoàn, dẫn đến nhiễm khuẩn huyết. Tỷ lệ mẫu máu (1,92%) thấp cho thấy số ca nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm đa kháng trong ICU không phổ biến, nhưng mỗi trường hợp đều cần theo dõi chặt chẽ vì nguy cơ sốc nhiễm khuẩn và tử vong cao [10]. Ở mức độ kháng, cả hai nhóm vi khuẩn này đều thể hiện

đồng kháng mạnh đồng thời ở ba nhóm kháng sinh trọng yếu—cephalosporin, carbapenem và fluoroquinolone: với *Acinetobacter* sp., tỷ lệ kháng meropenem 95,65%, ciprofloxacin 95,65%, ceftriaxone 95,65% và cefotaxime 95,45%; với *Klebsiella* sp., kháng cephalosporin thế hệ 3 – 4 100% (cefepime, cefotaxime, ceftazidime, cefuroxime), ciprofloxacin 100% và meropenem 93,33%. Những kết quả gộp toàn mẫu càng củng cố bức tranh kháng đa nhóm với tỷ lệ kháng rất cao ở các thuốc “xương sống” như aztreonam 100%, ceftriaxone 95,65%, ciprofloxacin 90,2% và imipenem 90,48%, cho thấy nguy cơ thất bại điều trị kinh nghiệm và thu hẹp đáng kể lựa chọn kháng sinh trong ICU.

Phân bố vi khuẩn cho thấy *Acinetobacter* sp. là tác nhân phổ biến nhất (44,23%), phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó về nhiễm khuẩn bệnh viện tại ICU [8, 11]. Vi khuẩn này có khả năng tồn tại lâu trong môi trường bệnh viện, kháng nhiều loại kháng sinh và thường liên quan đến viêm phổi bệnh viện, làm gia tăng tỷ lệ tử vong. *Klebsiella* sp. chiếm 28,85%, là tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn huyết, tương tự kết quả của các nghiên cứu khác [10, 11]. *E. coli*, *Pseudomonas* sp. và *Enterobacter* sp. có tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn đáng lưu ý do khả năng kháng thuốc cao. Đặc biệt, *Pseudomonas aeruginosa* (3,85%), mặc dù không phổ biến, nhưng là vi khuẩn có khả năng gây bệnh nghiêm trọng, kháng nhiều loại kháng sinh và liên quan đến các trường hợp viêm phổi bệnh viện nặng. Tỷ lệ thấp của *E. coli* trong nghiên cứu này có thể phản ánh sự khác biệt về cơ cấu bệnh tật hoặc môi trường bệnh viện so với các nghiên cứu khác, trong đó vi khuẩn này thường chiếm tỷ lệ cao trong nhiễm khuẩn tiết niệu [9].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn Gram âm phân lập được rất cao, đặc biệt đối với nhóm beta-lactam và aminoglycosid. Meropenem, một trong những kháng sinh carbapenem phổ biến nhất, có tỷ lệ đề kháng lên đến 84,62%, cho thấy khả năng hạn chế của thuốc này trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng tại khoa ICU. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Tú và

cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ kháng meropenem tương tự (82%) [11], phản ánh xu hướng gia tăng vi khuẩn kháng carbapenem trên lâm sàng. Sự gia tăng của các chủng vi khuẩn kháng carbapenem làm giảm hiệu quả điều trị, đẩy hệ thống y tế vào tình trạng thiếu lựa chọn kháng sinh hiệu quả cho các ca nhiễm khuẩn nặng. Ciprofloxacin, thuộc nhóm quinolone, cũng có tỷ lệ kháng cao (90,20%), tương đồng với nghiên cứu của Phạm Minh Hoàng (88%) [8]. Các kháng sinh beta-lactam như ceftriaxon và cefotaxim có tỷ lệ kháng đáng kể, lần lượt là 95,65% và 93,33%, phù hợp với nghiên cứu trước đó ghi nhận tỷ lệ kháng ceftriaxon 92% [8]. Trong nhóm aminoglycosid, amikacin có tỷ lệ kháng thấp hơn so với các kháng sinh khác nhưng vẫn ở mức 63,27%, cho thấy khả năng sử dụng như một lựa chọn thay thế, mặc dù cần cân nhắc để tránh áp lực kháng thuốc. Đặc biệt, aztreonam có tỷ lệ đề kháng tuyệt đối 100%, cho thấy vi khuẩn đã hoàn toàn mất nhạy cảm với thuốc này, làm giảm đáng kể giá trị điều trị của aztreonam trong ICU. Kết quả nghiên cứu phản ánh thực trạng đáng lo ngại về kháng kháng sinh tại khoa ICU BVĐK Tiền Giang, đặc biệt với nhóm carbapenem, đặt ra thách thức lớn trong điều trị nhiễm khuẩn nặng. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả, bao gồm sử dụng kháng sinh hợp lý, dự phòng nhiễm khuẩn trong bệnh viện và giám sát liên tục mô hình đề kháng kháng sinh. Việc cập nhật thường xuyên dữ liệu đề kháng giúp điều chỉnh chiến lược điều trị phù hợp, tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

Acinetobacter sp. là một trong những tác nhân nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến, đặc biệt tại các đơn vị hồi sức tích cực (ICU), nơi bệnh nhân thường xuyên được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng. Sự gia tăng mức độ đề kháng của *Acinetobacter* sp. đối với nhiều nhóm kháng sinh quan trọng đặt ra thách thức lớn trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đề kháng meropenem và ciprofloxacin lần lượt là 95,65%, cho thấy mức độ kháng cao đối với hai kháng sinh quan trọng này. Kết quả này tương đồng với nghiên

cứu của Nguyễn Thị Vân và cộng sự, trong đó tỷ lệ kháng meropenem và ciprofloxacin của *Acinetobacter* sp. phân lập từ bệnh nhân ICU cũng trên 90% [12]. Ngoài ra, nghiên cứu đa trung tâm tại Đông Nam Á của Gabriel Wong và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ kháng carbapenem cao ở *Acinetobacter* sp., phản ánh xu hướng kháng thuốc nghiêm trọng trong khu vực [13]. Hai kháng sinh β -lactam là ceftriaxon (95,65%) và cefotaxim (95,45%) cũng có mức đề kháng rất cao, với một tỷ lệ nhỏ vi khuẩn nhạy cảm trung gian. Sự đề kháng này có thể liên quan đến việc sản sinh β -lactamase phổ rộng (ESBL), vốn đã được xác định trong nhiều chủng *Acinetobacter baumannii*, làm giảm hiệu quả của các kháng sinh β -lactam [13]. Trong nhóm aminoglycoside, amikacin có tỷ lệ đề kháng thấp hơn so với các kháng sinh khác (86,36%), với 13,64% vi khuẩn còn nhạy cảm. Tobramycin (81,82%) và gentamycin (92,31%) cũng có mức đề kháng cao, khẳng định khả năng kháng aminoglycoside của *Acinetobacter* sp. điều đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây [9 - 10]. Đặc biệt, aztreonam có tỷ lệ đề kháng 100%, cho thấy kháng sinh này không còn hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn do *Acinetobacter* sp. đa kháng. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu này phù hợp với xu hướng kháng kháng sinh toàn cầu, nhấn mạnh mức độ nguy hiểm của *Acinetobacter* sp. trong môi trường ICU. Việc kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt, sử dụng kháng sinh hợp lý và phát triển các phương pháp điều trị mới là cần thiết để đối phó với tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng.

Klebsiella sp. trong nghiên cứu này cho thấy mức độ kháng kháng sinh rất cao, đặc biệt đối với nhóm β -lactam và carbapenem, làm gia tăng thách thức trong điều trị nhiễm khuẩn. Trong nhóm aminoglycoside, amikacin có tỷ lệ kháng 53,33%, với 6,67% vi khuẩn ở mức trung gian và 40% vẫn còn nhạy cảm, cho thấy đây có thể là một lựa chọn điều trị tiềm năng nhưng cần thận trọng để tránh tăng áp lực kháng thuốc. Gentamycin có tỷ lệ kháng cao hơn (66,67%) với chỉ 26,67% vi khuẩn còn nhạy cảm, trong khi tobramycin có tỷ lệ kháng lên đến 93,33%, gần như không còn hiệu quả

trong điều trị *Klebsiella* sp. tại ICU. Các kháng sinh carbapenem như meropenem cũng ghi nhận tỷ lệ kháng cao (93,33%), với chỉ 6,67% vi khuẩn còn nhạy cảm. Đây là một mối lo ngại lớn vì carbapenem là lựa chọn điều trị quan trọng đối với vi khuẩn Gram âm đa kháng, và sự gia tăng đề kháng nhóm này có thể khiến các ca nhiễm khuẩn nặng trở nên khó kiểm soát hơn. Đặc biệt, các β -lactam như amoxicillin/clavulanate, cefepime, cefotaxime, cefuroxime và ceftazidime đều có tỷ lệ kháng 100%, cho thấy các kháng sinh này đã hoàn toàn mất hiệu quả, có thể do sự xuất hiện của β -lactamase phổ rộng (ESBL) và carbapenemase trong các chủng *Klebsiella* sp. phân lập. Tình trạng kháng kháng sinh cũng lan rộng trong nhóm fluoroquinolone, với ciprofloxacin có tỷ lệ kháng 100% và levofloxacin 90,91%, làm giảm đáng kể hiệu quả điều trị của nhóm kháng sinh này. Những kết quả này không chỉ cho thấy mức độ kháng thuốc nghiêm trọng của *Klebsiella* sp., mà còn nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn chặt chẽ hơn tại ICU, bao gồm giám sát kháng kháng sinh, tối ưu hóa phác đồ điều trị và sử dụng kháng sinh hợp lý nhằm hạn chế sự lan rộng của các chủng vi khuẩn đa kháng trong bệnh viện.

Nghiên cứu có thời gian thu thập 6 tháng với cỡ mẫu hạn chế và thiên lệch bệnh phẩm đờm, do đó kết quả phản ánh chủ yếu mô hình phân lập đường hô hấp tại ICU, không đồng nhất với tỷ lệ nhiễm trùng đã xác định lâm sàng. Ngoài ra, do hạn chế nguồn lực, thử nghiệm colistin bằng BMD chưa triển khai thường quy nên không báo cáo tỷ lệ nhạy cảm đối với kháng sinh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray CJL, Ikuta KS, Sharara F, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022; 399 (10325): 629 – 655.
2. World Health Organization. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2021. Geneva: WHO. 2021.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Ban hành kèm theo

Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020. Hà Nội: Bộ Y tế. 2020.

4. Tamma PD, Heil EL, Justo JA, et al. Infectious Diseases Society of America 2024 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. Clin Infect Dis. 2024. doi:10.1093/cid/ciae403.
5. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. 2012; 18 (3): 268 – 281. doi:10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x.
6. Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, et al. Infectious Diseases Society of America 2024 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. Clin Infect Dis. Epub ahead of print. 2024. doi:10.1093/cid/ciae403.
7. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. CLSI supplement M100. 35th ed. 2025.
8. Pham MH, Nguyen TT, Le HT, et al. Antibiotic resistance in elderly patients: Insights from a regional study in Vietnam. Infect Drug Resist. 2020; 13: 2595 – 2604.
9. Tran TT, Nguyen TV, Doan LH, et al. Multidrug-resistant infections in older adults: A study from Northern Vietnam. J Glob Antimicrob Resist. 2019; 18: 70 – 75.
10. Tran TT, Nguyen TV, Pham TH. Antibiotic resistance patterns in Gram-negative bacteria isolated from hospitalized patients in Vietnam. J Glob Antimicrob Resist. 2021; 25: 52 – 58.
11. Nguyen HT, Le TM, Hoang LT. Antibiotic resistance of Gram-negative bacteria isolated from patients in southern Vietnam. J Infect Public Health. 2019; 12 (6): 848 – 854.
12. Nguyen TV, Tran QT, Pham VT. Antibiotic resistance patterns in Acinetobacter sp. isolated from ICU patients in Vietnam. J Glob Antimicrob Resist. 2020; 21: 45 – 52.
13. Wong G, Limmathurotsakul D, Butler M, et al. Prevalence and resistance patterns of Acinetobacter baumannii in Southeast Asia: a multicenter study. Infection. 2019; 47 (5): 627 – 635.

CHARACTERISTICS OF MULTIDRUG RESISTANCE GRAM-NEGATIVE BACTERIA ISOLATED FROM PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL, 2024

Nguyen Thanh Nam, Pham Anh Thoai
Tien Giang general hospital

This study aimed to determine the antibiotic resistance patterns of multidrug-resistant Gram-negative bacteria (MDR-GNB) and analyze their distribution at the Intensive Care Unit (ICU) of Tien Giang General Hospital, to support infection control and optimize treatment. A cross-sectional descriptive study was conducted on MDR-GNB strains isolated from clinical specimens of ICU patients between January and June 2024. Data were collected from medical records and antimicrobial susceptibility testing results. Among 52 samples, sputum was the most common specimen (92.31%), indicating respiratory infections were predominant. The main bacterial agents isolated were Acinetobacter sp. (44.23%) and Klebsiella sp. (28.85%). These strains showed high resistance to β -lactams, carbapenems, aminoglycosides,

and fluoroquinolones. Resistance rates to meropenem, ciprofloxacin, ceftriaxone, and aztreonam were 84.62%, 90.2%, 95.65%, and 100%, respectively. Acinetobacter sp. demonstrated resistance rates over 95% to meropenem and ciprofloxacin, while Klebsiella sp. was highly resistant to third-generation cephalosporins and carbapenems. The findings indicate a high level of antibiotic resistance among MDR-GNB in the ICU, significantly compromising treatment efficacy. Strengthening antimicrobial resistance surveillance, enhancing infection control measures, and promoting rational antibiotic use are essential to prevent the spread of multidrug-resistant organisms.

Keywords: Multidrug-resistant Gram-negative bacteria, antibiotic resistance, ICU.

THỰC TRẠNG Ô NHIỄM BỤI SILIC TRONG MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG VÀ BỆNH BỤI PHỔI SILIC Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG TIẾP XÚC TRỰC TIẾP TẠI 02 NHÀ MÁY NGHIÊN ĐÁ THẠCH ANH Ở NGHỆ AN VÀ PHÚ THỌ NĂM 2024

Lê Thanh Hải, Nguyễn Đình Trung*, Nguyễn Minh Hoàng, Đào Thị Kim Phương
Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường, Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường lao động và bệnh bụi phổi silic ở người lao động tiếp xúc trực tiếp tại 02 nhà máy nghiền đá thạch anh ở Nghệ An và Phú Thọ năm 2024. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát đặc điểm bụi silic ở 40 vị trí làm việc và khám lâm sàng, chụp phim X – quang phổi theo tiêu chuẩn của ILO cho 191 người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi silic tại 02 nhà máy. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% mẫu bụi hô hấp và bụi toàn phần tại nhà máy ở Phú Thọ vượt tiêu chuẩn vệ sinh cho phép. Hàm lượng silic tự do đo được trong mẫu bụi lắng ở cả hai nhà máy ở mức cao trên 99%. Tỷ lệ người lao động mắc bụi phổi silic chung là 30,4%, trong đó tỷ lệ mắc bụi phổi silic tại nhà máy ở Nghệ An là 54,3% và tại nhà máy ở Phú Thọ là 12,7%. Bệnh chủ yếu gặp ở nhóm lao động có thời gian tiếp xúc từ 1–5 năm (79,3%). Tất cả các hình ảnh tổn thương là nốt mờ nhỏ tròn đều loại p, trong đó mật độ nốt mờ nhóm 1 (1/0 - 1/1 - 1/2) chiếm đa số với tỷ lệ 41,6%..

Từ khóa: Bệnh bụi phổi silic; môi trường lao động; nghiền đá thạch anh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp (BPSi) là bệnh xơ hóa phổi tiến triển do hít phải bụi chứa silic tự do trong quá trình lao động. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa nhu mô phổi tiến triển không hồi phục, với các tổn thương dạng nốt xuất hiện rải rác trong phổi. Bệnh bụi phổi silic đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, và diễn tiến của bệnh tiếp tục nặng dần dù người bệnh đã dừng phơi nhiễm bụi silic [1, 2]. Nghiên cứu về bệnh bụi phổi silic ở các nước đang phát triển cho thấy tỷ lệ hiện mắc ở người lao động tiếp xúc với bụi có chứa silic dao động từ 4 đến 55% [3]. Tại Việt Nam, BPSi là bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong 35 bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm. Theo báo cáo của Bộ Y tế tính đến cuối năm 2011, tổng số bệnh nghề nghiệp hiện mắc của Việt Nam là 27.246

trường hợp, trong đó bệnh bụi phổi silic chiếm tới 74,4% [4]. Theo báo cáo của Cục Phòng bệnh, tính tới năm 2024, đã có 21.407 người đã được hưởng chế độ BHXH do mắc bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp [5]. Từ năm 2017, ngành chế biến đá thạch anh phát triển nhanh tại Việt Nam làm tăng nguy cơ mắc bệnh BPSi. Nhiều nhà máy sản xuất bột đá được xây dựng ở Nghệ An, Phú Thọ và rải rác ở một số tỉnh/thành kéo theo nhiều lao động tiếp xúc với bụi silic. Gần đây, nghiên cứu các tác giả trong nước tại một số cơ sở chế biến đá cho thấy tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic ở người lao động tương đối cao dao động từ 6,4 % đến 44,5% [6 - 9]. Đặc biệt, vào năm 2023, tại một cơ sở nghiền bột đá thạch anh ở Nghệ An đã ghi nhận 06 ca tử vong do phơi nhiễm bụi silic [10]. Trước thực trạng tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng gia tăng, đặc biệt trong nhóm ngành chế biến bột đá, việc thực

*Tác giả: Nguyễn Đình Trung

Địa chỉ: Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

Số điện thoại: 0942 355 688

Email: trungbnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

hiện thêm các nghiên cứu nhằm bổ sung dữ liệu là cần thiết để làm rõ hơn mối liên quan giữa môi trường lao động có phát sinh nhiều bụi silic và nguy cơ gia tăng bệnh. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường lao động và tỷ bệnh bụi phổi silic ở người lao động tiếp xúc trực tiếp tại 02 nhà máy nghiền đá thạch anh ở Nghệ An và Phú Thọ năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Môi trường lao động tại các cơ sở chế biến đá sử dụng nguyên liệu đầu vào là đá chứa silic tự do;

Người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi silic trong môi trường lao động.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: có tuổi nghề ít nhất 03 tháng, đang làm việc tại 02 nhà máy ở Nghệ An và Phú Thọ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Công ty TNHH Châu Tiến, Khu công nghiệp Nam Cẩm, Xã Nghi Lộc, Tỉnh Nghệ An và Công ty TNHH Sản xuất và Phát triển Minh Anh, Khu 7, Xã Dân Chủ, Tỉnh Phú Thọ từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 06 đến tháng 10 năm 2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

a. Đối tượng môi trường lao động

Căn cứ hồ sơ vệ sinh môi trường lao động, quy trình công nghệ sản xuất của 02 nhà máy, chúng tôi xác định tất cả các vị trí lao động có phát sinh bụi silic tại 04 khu vực chính, bao gồm: khu vực nguyên liệu, khu vực chế biến,

khu vực thành phẩm và khu phục vụ chung). Mỗi khu vực chúng tôi lựa chọn 10 vị trí đại diện, mỗi vị trí lấy các mẫu bụi, bao gồm:

Đo bụi hô hấp-trọng lượng (ca làm việc 8 tiếng): tổng cộng 40 mẫu/nhà máy

Đo bụi toàn phần-trọng lượng (ca làm việc 8 tiếng): tổng cộng 40 mẫu/nhà máy

Phân tích hàm lượng silic tự do (SiO_2) trong mẫu bụi lắng: tổng cộng 40 mẫu/nhà máy

b. Đối tượng người lao động

Toàn bộ người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi silic trong môi trường làm việc thỏa mãn tiêu chuẩn tại 02 nhà máy chế biến đá thạch anh ở Nghệ An và Phú Thọ.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

a. Đối tượng môi trường lao động

Bước 1: Khảo sát các tất cả các vị trí có người lao động làm việc tại 02 nhà máy.

Bước 2: Chọn toàn bộ các vị trí có phát sinh bụi silic trong quá trình sản xuất.

Thực tế tại thời điểm nghiên cứu, nhà máy nghiền đá tại Nghệ An đã tạm dừng hoạt động để phục vụ điều tra bệnh nghề nghiệp liên quan đến các trường hợp tử vong do bệnh bụi phổi silic. Do đó, chúng tôi chỉ thực hiện đo mẫu bụi silic tại nhà máy nghiền đá ở Phú Thọ.

b. Đối tượng người lao động

Bước 1: Lập danh sách người lao động đang làm việc tại 02 nhà máy tại thời điểm nghiên cứu.

Bước 2: Chọn toàn bộ người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi silic thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Thực tế, chúng tôi đã chọn được 191 người lao động bao gồm 81 người lao động ở Nghệ An và 110 người lao động ở Phú Thọ tham gia nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm môi trường lao động: nồng độ silic tự do trong bụi toàn phần ca làm việc, nồng độ

silic tự do trong bụi hô hấp ca làm việc, hàm lượng SiO_2 (%)

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi đời, tuổi đời trung bình, nhóm tuổi nghề, tuổi nghề trung bình

Đặc điểm bệnh bụi phổi silic ở người lao động: phân loại bệnh bụi phổi silic, phân loại tổn thương bụi phổi silic trên phim X-quang, phân loại bệnh bụi phổi silic theo vị trí làm việc, phân loại bệnh bụi phổi silic theo tuổi nghề làm việc

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ, kỹ thuật thu thập số liệu nhằm mô tả thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường lao động: Mẫu bụi hô hấp và bụi toàn phần được lấy tại khu vực có người lao động, đầu lấy mẫu ngang tầm hô hấp; Xác định nồng độ bụi toàn phần, bụi hô hấp bằng phương pháp cân trọng lượng. Sử dụng máy SKC-Mỹ, cân mẫu bằng cân điện tử Mettler Toledo - Thụy Sĩ có độ chính xác 0,001 mg. Kết hợp sử dụng máy điện tử TSI 8534 - Mỹ. Kết quả hiển thị bằng nồng độ bụi toàn phần và bụi hô hấp mg/m^3 ; Mẫu bụi lắng lấy tại các bề mặt cạnh các vị trí lấy mẫu bụi hô hấp và bụi toàn phần, xác định

nồng độ silic tự do (SiO_2) trong mẫu bụi toàn phần và bụi hô hấp gián tiếp qua mẫu bụi lắng bằng phương pháp nhiễu xạ tia X.

Công cụ, kỹ thuật thu thập số liệu nhằm mô tả thực trạng mắc bệnh bụi phổi silic: Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa theo mẫu hồ sơ khám phát hiện bệnh nghề nghiệp quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 28/2016/TT-BYT của Bộ Y tế để tiến hành khám phát hiện bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp và tiến hành chụp X-quang ngực thẳng cho 191 người lao động.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng người lao động mắc bệnh bụi phổi silic khi đáp ứng các tiêu chuẩn theo hướng dẫn tại Phụ lục 1 Thông tư số 15/2016/TT-BYT của Bộ Y tế về chẩn đoán, giám định suy giảm khả năng lao động do bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp.

Tiêu chuẩn đánh giá

Đối với mẫu bụi trong môi trường làm việc: Do thời gian tiếp xúc thực tế trong tuần làm việc tại nhà máy tham gia nghiên cứu là 48 giờ/tuần, nên giá trị giới hạn tiếp xúc cho phép bụi silic tại nơi làm việc được hiệu chỉnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 02/2019/TT-BYT ngày 21/3/2019 của Bộ Y tế là:

Đơn vị: mg/m^3

TT	Tên chất	Giới hạn tiếp xúc ca làm việc	Giới hạn tiếp xúc ca làm việc hiệu chỉnh	Đánh giá
1	Nồng độ silic tự do trong bụi toàn phần	0,3	0,23	$\leq 0,23$: Đạt $> 0,23$: Không đạt
2	Nồng độ silic tự do trong bụi hô hấp	0,1	0,08	$\leq 0,08$: Đạt $> 0,08$: Không đạt

Đối với người lao động: Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh bụi phổi silic theo hướng dẫn tại Thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15/5/2016 của Bộ Y tế; Phân loại tổn thương bụi phổi silic trên phim X-quang theo hướng dẫn của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu và làm sạch số liệu trên phần mềm Microsoft Excel. Phân tích số liệu bằng

phần mềm Stata 14.0. Kết quả trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn thích hợp.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được hưởng đầy đủ quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Các cơ sở sản xuất Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường tại phiếu chấp thuận số 05 ngày

07 tháng 10 năm 2024. Nghiên cứu này không
gây ảnh hưởng đến sức khỏe hay các vấn đề
khác của các đối tượng tham gia. Toàn bộ
thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho
mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã

nhận được sự đồng ý và chấp thuận từ hai cơ sở
sản xuất tham gia.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Kết quả quan trắc bụi silic trong môi trường tại nhà máy ở Phú Thọ

Chỉ tiêu	Kết quả	Giới hạn cho phép đã hiệu chỉnh
Nồng độ silic tự do trong bụi toàn phần (mg/m³)		
Giá trị TB (min-max)	2,68 ± 0,75 (0,56 – 3,51)	0,23
Số không đạt/tổng số (%)	40/40 (100%)	
Nồng độ silic tự do trong bụi hô hấp (mg/m³)		
Giá trị TB (min-max)	1,34 ± 0,42 (0,15 – 1,77)	0,08
Số không đạt/tổng số (%)	40/40 (100%)	

Thực tế tại thời điểm nghiên cứu, nhà máy
nghiền đá tại Nghệ An đã tạm dừng hoạt động
để phục vụ điều tra bệnh nghề nghiệp liên quan
đến các trường hợp tử vong do bệnh bụi phổi
silic. Do đó, chúng tôi chỉ thực hiện đo mẫu
bụi silic tại nhà máy nghiền đá ở Phú Thọ. Kết
quả phân tích bụi tại đây cho thấy, ở các vị trí

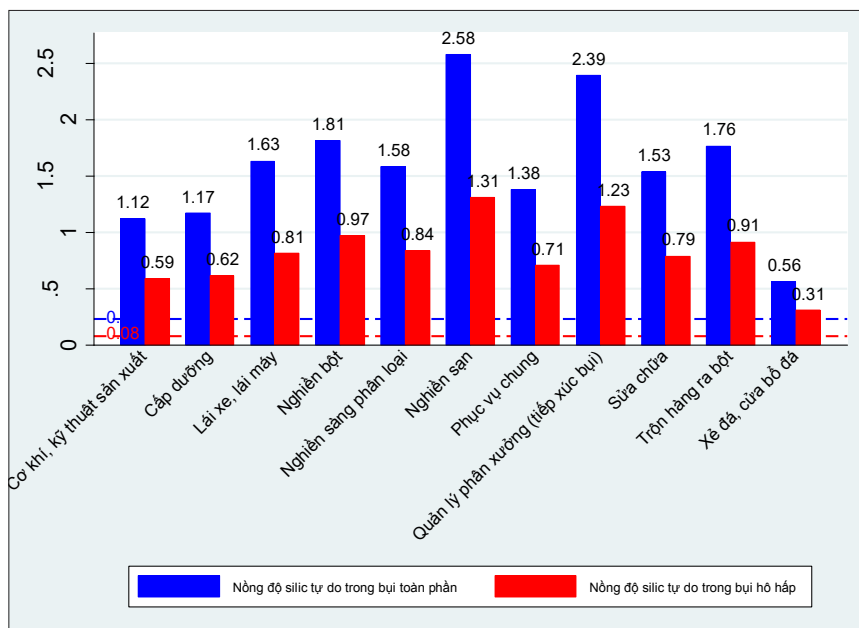
quan trắc có 40/40 vị trí có nồng độ silic trong
bụi toàn phần cao hơn giới hạn cho phép từ
2,43 – 15,2 lần, chiếm 100% trong số mẫu đo
và có 40/40 nồng độ silic trong bụi hô hấp cao
hơn giới hạn cho phép từ 1,87 – 22,1 lần chiếm
100% trong số mẫu đo.

Bảng 2. Hàm lượng silic tự do trong mẫu bụi lắng tại Phú Thọ và Nghệ An

Hàm lượng SiO ₂ (%)	Nhà máy Nghệ An	Nhà máy Phú Thọ
Mean±SD	99,9 ± 0,09	99,0 ± 1,73
(Min – Max)	(99,8 – 100)	(97 – 100)

Nhìn chung, tại nhà máy ở Nghệ An và Phú
Thọ, hàm lượng SiO₂ trong các mẫu bụi lắng đo

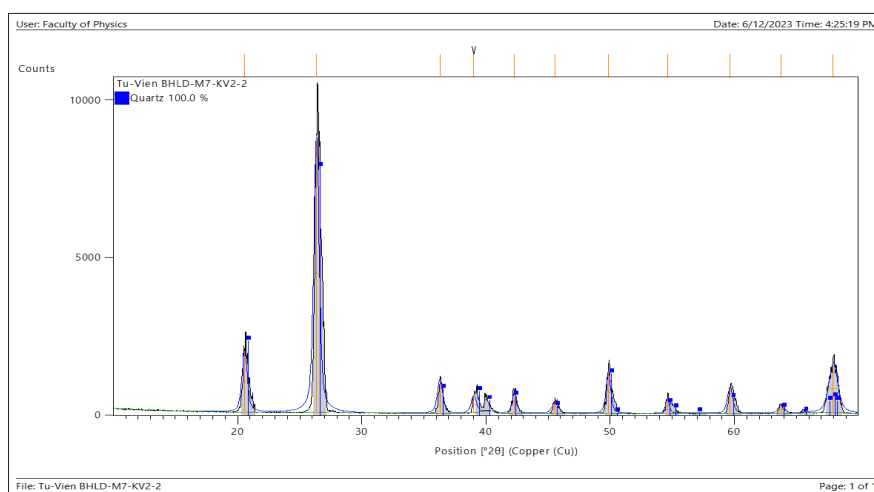
được bằng phương pháp nhiễu xạ tia X cho kết
quả ở mức rất cao (99% - 99,9%).



Hình 1. Nồng độ bụi silic tại các vị trí làm việc ở nhà máy Phú Thọ

Hình 1 cho thấy sự phân bố nồng độ trung bình của bụi silic toàn phần và bụi silic hô hấp tại các vị trí làm việc khác nhau. Trong đó, các vị trí như “nghiên sản” (2,58 mg/m³) và “quản lý phân xưởng (tiếp xúc bụi)” (2,39 mg/m³) có nồng độ bụi silic toàn phần cao nhất, vượt giới

hạn tiếp xúc ca làm việc TWA hiệu chỉnh (0,23 mg/m³) hơn 10 lần. Ngoài ra, các công việc liên quan đến “nghiên bột”, “nghiên sàng phân loại” và “sửa chữa” cũng có nồng độ bụi silic toàn phần trên 1,5 mg/m³.



Hình 2. Phổ nhiễu xạ tia X mẫu bụi lắng tại phân xưởng nghiền phân loại ở nhà máy nghiền đá Nghệ An

Phổ nhiễu xạ tia X của mẫu bụi lắng thu được tại phân xưởng nghiền phân loại tại nhà máy cho thấy các đỉnh nhiễu xạ đặc trưng của thạch anh (SiO₂) với cường độ cao và sắc nét,

xác nhận thành phần chủ yếu trong bụi lắng là thạch anh tinh khiết (100%). Điều này cho thấy người lao động tại đây có nguy cơ tiếp xúc với bụi chứa hàm lượng silica tự do rất cao.

Bảng 3. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi đời	Nghiên đá Nghệ An n = 81		Nghiên đá Phú Thọ n = 110		Tổng n =191	
	n	%	n	%	n	%
Giới tính						
Nam	52	64,2	82	74,6	134	70,2
Nữ	29	35,8	28	25,4	57	29,8
Phân loại tuổi						
≤ 30 tuổi	3	3,7	5	4,5	8	4,2
31 – 40 tuổi	27	33,4	51	46,6	78	40,8
41 – 50 tuổi	46	56,8	37	33,5	83	43,5
51 – 60 tuổi	4	4,9	12	10,9	16	8,4
61 – 70 tuổi	1	1,2	5	4,5	6	3,1
Phân loại tuổi nghề						
Dưới 1 năm	15	18,5	2	1,8	17	8,9
1 – 5 năm	59	72,8	89	80,9	148	77,5
Trên 5 năm	7	8,7	19	17,3	26	13,6

Lao động là nam chiếm đa số với 70,2%, phản ánh tính chất lao động nặng nhọc của ngành nghề. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 41–50 tuổi (43,46%), tiếp theo là nhóm 31–40

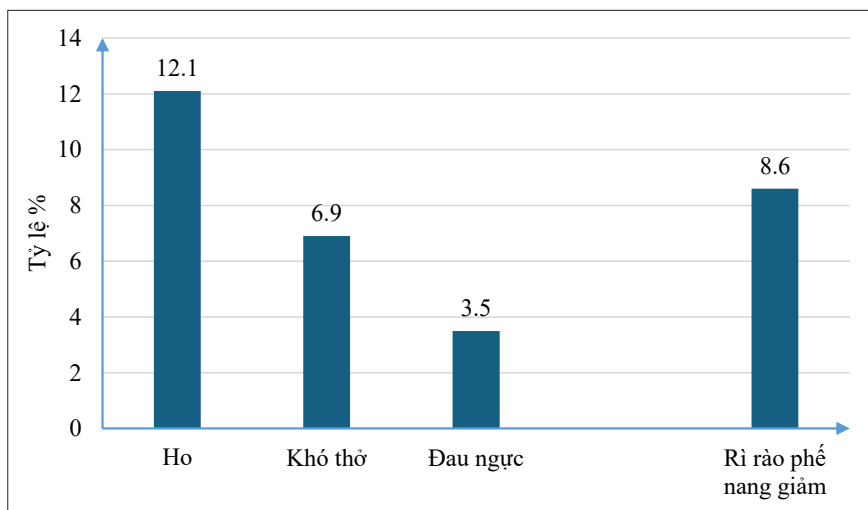
tuổi (40,84%). Chủ yếu người lao động có tuổi nghề dưới 5 năm, trong đó nhóm từ 1 – 5 năm chiếm đa số (77,5%).

Bảng 4. Tỷ lệ mắc bụi phổi silic ở người lao động làm việc tại 02 nhà máy và phân loại bệnh theo tuổi nghề

	Nghiên đá Nghệ An n = 81		Nghiên đá Phú Thọ n = 110		Tổng n =191	
	n	%	n	%	n	%
Mắc bệnh bụi phổi silic	44	54,3	14	12,7	58	30,4
Phân loại bệnh theo tuổi nghề						
Dưới 1 năm	3	6,8	0	0	3	5,2
1 – 5 năm	37	84,1	9	64,3	46	79,3
Trên 5 năm	4	9,1	5	35,7	9	15,5

Tỷ lệ người lao động mắc bệnh bụi phổi silic chung tại hai nhà máy là 30,4%, trong đó nhà máy tại Nghệ An có tỷ lệ mắc cao hơn (54,3%)

so với Phú Thọ (12,7%). Đa số các ca bệnh được phát hiện ở nhóm có tuổi nghề từ 1–5 năm (79,3%).



Hình 3. Tỷ lệ người mắc bệnh bụi phổi silic có triệu chứng cơ năng và thực thể

Trong nhóm người lao động mắc bệnh bụi phổi silic, các triệu chứng cơ năng ghi nhận phổ biến nhất là ho (12,1%), tiếp đến là khó thở (6,9%) và đau ngực (3,5%).

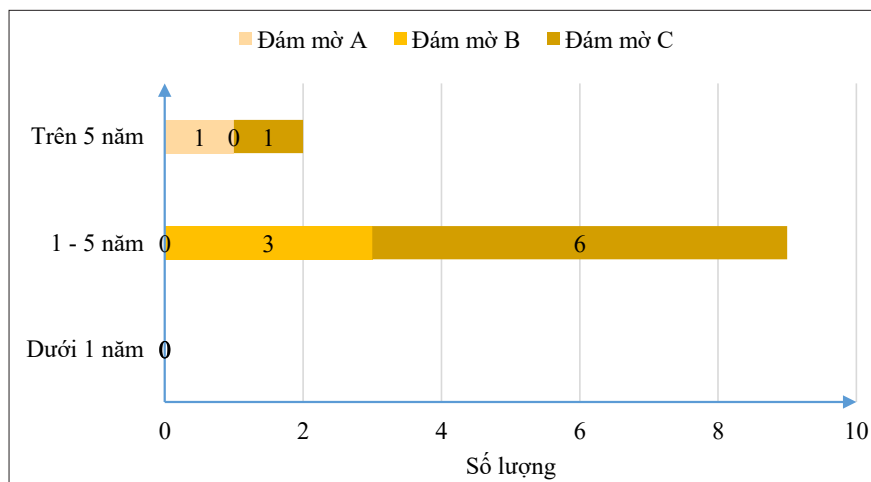
Triệu chứng thực thể phát hiện ở người bệnh qua thăm khám là rì rào phế nang giảm (8,6%), không phát hiện các bất thường về rung thanh và tiếng ran.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương trên phim X-quang ở người lao động mắc bệnh bụi phổi silic

Đặc điểm	Nghiên đá Nghệ An n = 44		Nghiên đá Phú Thọ n = 14		Tổng n = 58	
	n	%	n	%	n	%
Phân loại mật độ tổn thương bụi phổi silic trên phim X-quang theo ILO						
Nhóm 1 (1/0 - 1/1 - 1/2)	26	45,6	11	34,4	37	41,6
Nhóm 2 (2/1 - 2/2 - 2/3)	13	22,8	1	3,1	14	15,7
Nhóm 3 (3/2 - 3/3 - 3/+)	5	8,8	2	6,3	7	7,9
Phân loại đám mờ lớn trên phim X-quang theo ILO						
A	0	0	1	7,1	1	1,7
B	3	6,8	0	0	3	5,2
C	5	11,4	2	14,3	7	12,1

Trong số 58 người mắc bệnh bụi phổi silic, tổn thương trên phim X-quang có mật độ chủ yếu thuộc nhóm 1 (1/0 - 1/1 - 1/2) theo phân loại ILO (chiếm 41,6%). Về kích thước đám

mờ lớn, nhóm C chiếm tỷ lệ cao nhất (12,1%), trong khi nhóm B và nhóm A chiếm lần lượt là 5,2% và 1,7% – phản ánh một số trường hợp đã tiến triển đến giai đoạn nặng.



Hình 4. Số lượng người có hình ảnh tổn thương đám mờ lớn trên phim X-quang phân theo nhóm tuổi nghề

Tổn thương đám mờ lớn trên X-quang chủ yếu gặp ở nhóm lao động có tuổi nghề 1 – 5 năm (09 trường hợp, trong đó đám mờ C có 06 trường hợp). Nhóm tuổi nghề trên 5 năm ghi nhận 02 trường hợp, còn nhóm dưới 1 năm không phát hiện trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường lao động và tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic ở người lao động tiếp xúc trực tiếp tại 02 nhà máy nghiền đá thạch anh ở Nghệ An và Phú Thọ năm 2024 cho kết quả: 100% mẫu silic tự do trong bụi hô hấp và bụi toàn phần ở nhà máy Phú Thọ vượt tiêu chuẩn vệ sinh cho phép. Hàm lượng silic tự do đo được trong mẫu bụi lắng ở cả hai nhà máy ở mức cao trên 99%. Tỷ lệ người lao động mắc bụi phổi silic chung là 30,4%, trong đó tỷ lệ mắc bụi phổi silic tại nhà máy ở Nghệ An là 54,3% và tại nhà máy ở Phú Thọ là 12,7%.

Về thực trạng ô nhiễm bụi silic trong môi trường làm việc, kết quả phân tích cho thấy có 40/40 mẫu vượt tiêu chuẩn vệ sinh cho phép (TCCP) ở nhà máy nghiền đá Phú Thọ (100%) và hàm lượng silic tự do trong bụi lắng tại cả hai nhà máy khảo sát đều vượt 99%. Điều này phản ánh đặc tính nguy hại cao của loại bụi sinh

ra trong quá trình sản xuất, tiềm ẩn nguy cơ gây bệnh bụi phổi silic cho người lao động. Kết quả này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung và cộng sự [11], trong đó chỉ có 3/28 mẫu vượt TCCP và hàm lượng silic tự do dao động từ 2,3% đến 9,3%. Sự khác biệt này chủ yếu xuất phát từ loại nguyên liệu đầu vào: hai nhà máy trong nghiên cứu hiện tại sử dụng đá thạch anh – loại đá có hàm lượng silic tự do rất cao, trong khi các nhà máy trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung chủ yếu sử dụng đá xanh đen và đá xanh Thanh Hóa, vốn chứa hàm lượng silic tự do thấp hơn. Như vậy, thành phần nguyên liệu đầu vào có hàm lượng SiO_2 cao là một trong những yếu tố quan trọng làm gia tăng nguy cơ ô nhiễm bụi silic môi trường làm việc tại các cơ sở chế biến đá.

Về thực trạng bệnh bụi phổi silic trong 02 nhà máy nghiền đá, người lao động làm việc trực tiếp có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic là 30,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đắc Vinh [9] với tỷ lệ người lao động mắc bệnh BPSi trong ngành chế biến ở Bình Định là 24,3%; nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức [12] với tỷ lệ người lao động mắc bệnh trong ngành chế biến đá là 23,0%. Về đặc điểm tổn thương trên phim X-quang ở người lao động mắc bệnh bụi phổi silic, nhìn chung, tổn thương chủ yếu ở nhóm 1 (1/0, 1/1, 1/2) (41,6%), trong khi các tổn thương nặng hơn ít

xuất hiện. Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên đối tượng NLĐ làm trong ngành chế biến đá. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức (2018) [12] trên 610 công nhân làm việc tại một số cơ sở chế biến đá ở Bình Định cho thấy, các đám mờ nhỏ trên phim X-quang chủ yếu có mật độ nằm ở phân nhóm chính nhóm 1, trong đó nhóm 1/1 chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là phân nhóm phụ 1/2.

Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic giữa các cơ sở chế biến đá có thể bắt nguồn từ nhiều yếu tố, trong đó đáng chú ý là mức độ ô nhiễm bụi silic cao hơn tại hai nhà máy được khảo sát trong nghiên cứu này. Hai cơ sở này sử dụng nguyên liệu đầu vào là đá thạch anh – một loại đá có cấu trúc tinh thể với hàm lượng silic tự do rất cao, thường trên 90–99%. Khi được nghiền mịn trong quá trình sản xuất bột đá, thạch anh tạo ra một lượng lớn bụi mịn chứa tinh thể silica có kích thước hô hấp, dễ xâm nhập sâu vào phổi và gây tổn thương mô phổi theo thời gian [13, 14].

Bên cạnh đặc điểm nguyên liệu đầu vào, điều kiện sản xuất và môi trường lao động tại hai nhà máy có thể là những yếu tố góp phần làm gia tăng nguy cơ phơi nhiễm. Một số nghiên cứu và báo cáo trước đây về ngành chế biến đá cho thấy công nghệ nghiền thường còn lạc hậu, hệ thống hút bụi và lọc khí chưa đảm bảo hiệu quả; khu vực làm việc hạn chế về thông gió, dẫn đến bụi tích tụ cao trong không khí, đặc biệt tại các vị trí nghiền, sàng và đóng bao. Ngoài ra, việc sử dụng phương tiện bảo hộ cá nhân như khẩu trang chuyên dụng, mặt nạ phòng bụi hoặc trang bị phòng hộ hô hấp thường chưa được áp dụng đầy đủ. Công tác quản lý an toàn lao động, huấn luyện sức khỏe nghề nghiệp và giám sát nồng độ bụi tại nơi làm việc cũng được ghi nhận là còn nhiều hạn chế. Tất cả những yếu tố nêu trên cho thấy mức độ ô nhiễm bụi silic tại nhà máy Phú Thọ và nguy cơ phơi nhiễm bụi silic ở cả hai nhà máy trong nghiên cứu hiện tại là đáng báo động, và có thể là nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic cao hơn so với các nghiên cứu trước đây. Điều này đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc cải tiến công nghệ, kiểm

soát môi trường lao động, tăng cường trang bị bảo hộ và thực hiện khám sàng lọc định kỳ cho người lao động tại các cơ sở chế biến đá có sử dụng nguyên liệu chứa hàm lượng silica tự do cao.

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang và mới chỉ thực hiện trên phạm vi nhỏ nên chưa thể đại diện cho tất cả các cơ sở nghiền đá thạch anh ở Việt Nam. Tuy nhiên, kết quả thu được vẫn cung cấp bức tranh ban đầu về mức độ phơi nhiễm bụi silic và tình trạng bệnh bụi phổi silic tại hai nhà máy được khảo sát. Nghiên cứu chưa tiến hành phân tích mối liên quan giữa nồng độ bụi và tình trạng mắc bệnh, cũng như chưa loại trừ được các yếu tố nhiễu như tuổi, giới tính, thâm niên công tác hay các bệnh hô hấp khác. Ngoài ra, do một nhà máy đang tạm dừng sản xuất trong thời gian lấy mẫu nên kết quả phân tích hàm lượng silic tự do trong mẫu bụi lắng lấy tại nhà máy chỉ có ý nghĩa gợi ý nguy cơ mà không mô tả chính xác thực trạng ô nhiễm bụi silic tại nhà máy này. Các hạn chế này cần được xem xét khi diễn giải kết quả và là cơ sở để đề xuất những nghiên cứu quy mô lớn hơn, với thiết kế phân tích, cỡ mẫu đủ và thu thập dữ liệu phơi nhiễm – sức khỏe đầy đủ hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% mẫu silic tự do trong bụi hô hấp và bụi toàn phần tại nhà máy Phú Thọ vượt tiêu chuẩn vệ sinh cho phép. Hàm lượng silic tự do đo được trong mẫu bụi lắng ở cả hai nhà máy ở mức cao trên 99%. Tỷ lệ người lao động mắc bụi phổi silic chung là 30,4%, trong đó tỷ lệ mắc bụi phổi silic tại nhà máy ở Nghệ An là 54,3% và tại nhà máy ở Phú Thọ là 12,7%. Bệnh chủ yếu gặp ở nhóm lao động có thời gian tiếp xúc từ 1–5 năm (79,3%). Tất cả các hình ảnh tổn thương là nốt mờ nhỏ tròn đều loại p, trong đó mật độ nốt mờ nhóm 1 (1/0 - 1/1 - 1/2) chiếm đa số với tỷ lệ 41,6%. Mức độ phơi nhiễm bụi silic và mắc bệnh bụi phổi silic tại hai nhà máy trong nghiên cứu hiện tại ở mức cao. Do đó, cần thiết áp dụng ngay các biện pháp cải tiến công nghệ, kiểm soát môi

trường lao động, tăng cường trang bị bảo hộ và thực hiện khám sàng lọc định kỳ cho người lao động làm việc tại các cơ sở chế biến đá, đặc biệt là các cơ sở chế biến đá có sử dụng nguyên liệu chứa hàm lượng silic tự do cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy định về bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội. Số: 15/2016/TT-BYT, ngày 15/5/2016.
2. Khương Văn Duy. Bệnh nghề nghiệp - Giáo trình đào tạo sau đại học. Nhà xuất bản Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2017.
3. Dhooria S, Sehgal IS, and Agarwal R. Silica-associated lung disease in developing countries. *Curr Opin Pulm Med*. 2023; 29 (2): 65 – 75.
4. Bộ Y tế. Bệnh bụi phổi - Silic nghề nghiệp là gì?. Truy cập ngày 07/01/2024 https://moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/thong-tin-hoat-dong/-/asset_publisher/xjpQsFUZRw4q/content/benh-bui-phoi-silic-nghe-nghiep-la-gi-?inheritRedirect=false.
5. Cục Phòng bệnh. Hoạt động y tế lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp năm 2024. Số: 132/BC-PB, ngày 08/15/045/2025.
6. Nguyễn Thị Bích Liên. Tình hình mắc bệnh bụi phổi silic ở công nhân công ty đá ốp lát và xây dựng Bình Định. *Tạp chí Y học thực hành*. 2003; 442 + 443: 20-22.
7. Trình Công Tuấn, Nguyễn Đức Trọng, Đoàn Vương Diễm Khánh. Tình hình bệnh bụi phổi silic ở công nhân tại một số cơ sở khai thác, chế biến đá và sản xuất vật liệu xây dựng tỉnh Bình Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2017; 458 (1): 603 - 609.
8. Lê Thị Hằng. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh bụi phổi - silic ở công nhân sản xuất vật liệu xây dựng và hiệu quả biện pháp can thiệp. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y. 2007
9. Nguyễn Đức Vinh. Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động ảnh hưởng tới sức khỏe và sự phát sinh bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp của công nhân khai thác đá tại Bình Định. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y. 2002.
10. Báo Sức khỏe & đời sống - Cơ quan ngôn luận của Bộ Y tế. Vụ 6 công nhân ở Nghệ An tử vong do bụi phổi: Công an tỉnh vào cuộc. Truy cập ngày 21/07/2025. <https://suckhoedoisong.vn/vu-6-cong-nhan-o-nghe-an-tu-vong-do-bui-phoi-cong-an-tinh-vao-cuoc-16923120410454932.htm>.
11. Nguyễn Thành Trung. Tình trạng ô nhiễm bụi silic tại một số cơ sở khai thác và chế biến đá xây dựng ở khu vực miền Trung. *Tạp chí Hoạt động KHCN An toàn - Sức khỏe và môi trường lao động*. 2021; 4,5&6-2021: 109 - 116
12. Nguyễn Minh Đức, Lê Thị Hương, Khương Văn Duy. Thực trạng mắc bệnh bụi phổi silic ở người lao động trong các ngành nghề có nguy cơ cao tại tỉnh Bình Định năm 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018; 482 (1): 150.
13. OSHA. Silica, Crystalline – Overview Occupational Safety and Health Administration. Truy cập ngày 10/9/2025. <https://www.osha.gov/silica-crystalline>
14. NIOSH. Hazard review Health effects of occupational exposure to respirable crystalline silica. 2002 DHHS (NIOSH) publication no 2002-129.

STATUS OF SILICA DUST POLLUTION IN THE WORKING ENVIRONMENT AND THE SILICOSIS AMONG WORKERS DIRECTLY EXPOSED AT TWO QUARTZ STONE CRUSHING PLANTS IN NGHE AN AND PHU THO PROVINCES IN 2024

Le Thanh Hai, Nguyen Dinh Trung, Nguyen Minh Hoang, Dao Thi Kim Phuong
National Institute of Occupational and Environmental Health

The study aimed to describe the status of silica dust pollution in the working environment and the silicosis among workers directly exposed at two quartz stone crushing plants in Nghe An and Phu Tho provinces in 2024. A cross-sectional descriptive study was conducted, assessing silica dust characteristics at 40 workstations, and performing clinical examinations and chest X-ray imaging according to ILO standards for 191 workers directly exposed to silica dust at the two plants. The results showed that 100% of free silica samples in respirable dust and total dust at the Phu Tho plant exceeded the permissible occupational hygiene standards.

The concentration of free silica measured in settled dust samples at both plants was high, exceeding 99%. The overall prevalence of silicosis among workers was 30.4%, with 54.3% at the Nghe An plant and 12.7% at the Phu Tho plant. The disease was mainly observed in workers with 1–5 years of exposure (79.3%). All radiographic findings showed small, rounded p-type opacities, with profusion category 1 (1/0 – 1/1 – 1/2) accounting for the majority at 41.6%

Keywords: Silicosis; Occupational environment; Quartz stone crushing

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ CÓ CON DƯỚI 6 THÁNG TUỔI TẠI TỈNH AN GIANG NĂM 2023 – 2024

Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân^{1*}, Từ Lan Vy², Lê Long Hồ¹, Trần Võ Huỳnh Mai Thảo³, Dương Anh Linh², Lê Hồng Thái², Nguyễn Thị Thái Thanh², Nguyễn Thị Minh Triết², Nguyễn Thúc Bích Vân²

¹Sở Y tế tỉnh An Giang

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật An Giang

³Trung tâm kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm tỉnh An Giang

TÓM TẮT

Trầm cảm sau sinh là một rối loạn tâm trạng phổ biến, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khoẻ tinh thần của phụ nữ sau sinh con, đồng thời tác động tiêu cực đến sự phát triển của trẻ và hạnh phúc gia đình. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại tỉnh An Giang năm 2023 – 2024. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 624 phụ nữ có con từ 0 tuổi đến dưới 6 tháng tuổi tại tỉnh An Giang. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh được đánh giá bằng thang điểm EPDS với điểm cắt ≥ 13 điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 8,5%. Nhóm phụ nữ trầm cảm sau sinh tập trung ở độ tuổi 25 – 35 tuổi (60,4%), trình độ học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông (58,5%), lao động chân tay (79,2%) và sống ở thành thị (60,4%). Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh là tình trạng ly dị/ly thân/goá, tiền sử điều trị bệnh tâm lý/trầm cảm, giới tính của trẻ không như mong đợi, thiếu sự hỗ trợ chăm sóc trẻ, mất ngủ sau sinh thường xuyên hoặc thỉnh thoảng, giảm ham muốn gần gũi với chồng. Cần có các biện pháp can thiệp tập trung và các yếu tố tác động đến trầm cảm sau sinh.

Từ khóa: Trầm cảm sau sinh; EPDS; phụ nữ sau sinh; An Giang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm sau sinh (TCSS) là một dạng của bệnh trầm cảm xảy ra ở phụ nữ sau khi sinh con [1]. TCSS không chỉ là một trạng thái cảm xúc thoáng qua thường gặp trong vài ngày đầu sau sinh, mà là một trạng thái nghiêm trọng, có thể tồn tại thâm lặng vài tháng đến một năm hoặc lâu hơn nếu không điều trị [1]. Theo ước tính của WHO, TCSS sẽ là gánh nặng bệnh tật hàng đầu vào những năm 2030 [2].

Trên thế giới, trầm cảm ở thai phụ và sản phụ là khá phổ biến, trầm cảm ở thai phụ khoảng 12% và sản phụ là 13% [3]. TCSS không chỉ tác động đến thể chất, tinh thần, mà còn làm giảm khả tự

chăm sóc bản thân và trẻ nhỏ, nguy hiểm hơn có thể có suy nghĩ dẫn đến tự tử [4]. Bà mẹ bị TCSS triệu chứng đặc trưng như buồn bã, lo lắng mệt mỏi, cảm giác vô vọng, hoặc tội lỗi, nặng hơn có thể suy nghĩ tự huỷ hoại bản thân hoặc chính đứa con của họ [5]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng các yếu tố như học vấn, kinh tế gia đình, thiếu hỗ trợ của xã hội, bạo lực gia đình, trải qua sự cố lớn... có thể ảnh hưởng đến vấn đề TCSS [6]. Tại Việt Nam, Tỷ lệ TCSS đang có xu hướng gia tăng, gây thách thức nặng nề cho ngành y tế hiện nay. Theo nghiên cứu của Murray năm 2012 tại Thừa Thiên Huế ghi nhận tỉ lệ trầm cảm sau sinh là 18,1%; nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Phương Quang tại Cần Thơ năm 2019 với 25,7% TCSS [7].

*Tác giả: Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân

Địa chỉ: Sở Y tế tỉnh An Giang

Điện thoại: 0375 094 392

Email: ngnhan1176411@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Tại tỉnh An Giang, vấn đề TCSS vẫn còn tồn tại khoảng trống trong kiến thức, đặc biệt là các yếu tố văn hoá, xã hội đến vấn đề TCSS. Ngoài ra, TCSS vẫn còn chưa được các nhà hoạch định chính sách quan tâm đúng mức, còn thiếu các nghiên cứu cụ thể để làm cơ sở cho việc xây dựng chính sách và chương trình can thiệp. Xuất phát từ bối cảnh đó, để giải quyết khoảng trống kiến thức về sức khoẻ tâm thần của phụ nữ sau sinh và để có cơ sở khoa học xây dựng chính sách và chương trình can thiệp, nghiên cứu này nhằm làm rõ thực trạng tỷ lệ TCSS ở phụ nữ có dưới 6 tháng tuổi tại An Giang hiện nay là gì? Những yếu tố đặc thù nào liên quan đến TCSS ở An Giang. Từ đó, nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng khoa học cho các hoạt động phòng ngừa và can thiệp hiệu quả.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: phụ nữ có con từ 0 đến 6 tháng tuổi; sống trên địa bàn tỉnh An Giang; được quản lý trong danh sách tại địa bàn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có rối loạn về giao tiếp; không có mặt trong thời gian nghiên cứu hay từ chối phỏng vấn.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Trên địa bàn tỉnh An Giang trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính bằng công thức ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu; α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 5\%$,

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d là khoảng sai lệch, chọn mức sai số 5% nên $d = 0,05$; $p = 0,257$ là tỷ lệ phụ nữ mắc TCSS theo nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Phương Quang [7]. Do chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn nên nhân hệ số thiết kế $DE = 2$. Ước lượng 5% do mất mẫu, cỡ mẫu thực tế thu được là 624 mẫu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn.

Giai đoạn 01: chọn ngẫu nhiên chọn ra 4 huyện/thị xã/thành phố trong 11 huyện/thị xã/thành phố tại tỉnh An Giang bằng tính năng random của phần mềm SPSS.

Giai đoạn 02: từ mỗi huyện/thị xã/thành phố, chọn ngẫu nhiên ra 3 xã/phường bằng phương pháp tương tự.

Giai đoạn 03: Tại mỗi xã/phường dựa trên danh sách quản lý phụ nữ sau sinh có con dưới 6 tháng tuổi tại Trạm Y tế, tiến hành chọn ngẫu nhiên 52 phụ nữ tiến hành phỏng vấn.

2.6 Biến số nghiên cứu

TCSS được đánh giá thông qua thang điểm EPDS*. Đối tượng xác định TCSS khi tổng điểm ≥ 13 điểm.

Các yếu tố khác được khảo sát để tìm mối liên quan đến TCSS, bao gồm:

Đặc điểm nhân khẩu – xã hội: tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình...

Tiền sử sản khoa và bệnh tật: thông tin về quá trình sinh, lần mang thai trước đây và tiền sử bệnh lý của bà mẹ.

Đặc điểm tâm lý và mối quan hệ xã hội của đối tượng.

* Thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra là bộ công cụ sàng lọc để đo trầm cảm trước và sau sinh [8]. Bảng điểm EPDS gồm 10 câu hỏi, mỗi câu hỏi bà mẹ có 04 phương án để trả lời theo các thang điểm từ 0 đến 3 điểm về những gì đã trải trong 7 ngày trước đó.

Tổng điểm cao nhất là 30 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu: Phiếu điều tra soạn sẵn.

Người thu thập: phòng vấn viên là người được tập huấn trước khi tham gia điều tra số liệu..

Cán bộ y tế địa phương sẽ mời các đối tượng được chọn đến Trạm Y tế để phỏng vấn trong phòng riêng. Đối với những người không thể đến, cán bộ y tế sẽ hỗ trợ phỏng vấn viên đến tận nhà. Đối tượng sẽ được giải thích, ký phiếu đồng thuận trước phỏng vấn và nhận một khoản kinh phí hỗ trợ sau khi hoàn thành.

Trước khi tiến hành thu thập số liệu, bộ câu hỏi được hiệu chỉnh thông qua phỏng vấn thử 30 đối tượng nghiên cứu nhằm điều chỉnh bộ công cụ một cách dễ hiểu và phù hợp với địa bàn nghiên cứu

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được kiểm tra, sau đó dữ liệu được mã hoá, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2016.

Thực hiện phép kiểm định các tỷ lệ bằng Chi bình phương và ước tính mối liên quan giữa trầm cảm với các yếu tố cá nhân, yếu tố gia đình, yếu tố cộng đồng xã hội được thể hiện dưới dạng phần trăm (%), tỷ số chênh (OR), khoảng tin cậy 95% và xem xét sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Các yếu tố kiểm định Chi bình phương có $p < 0,05$ tiếp tục được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố thật sự liên quan đến tình trạng TCSS.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Nghiên cứu khoa học Sở Y tế tỉnh An Giang thẩm định và phê duyệt về mặt đạo đức. Toàn bộ dữ liệu thu thập từ đối tượng được mã hoá. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về nội dung phỏng vấn và ký phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm văn hoá – xã hội đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu được thực hiện 624 đối tượng sinh sống tại tỉnh An Giang trong thời gian năm 2023 – 2024, chúng tôi ghi nhận được:

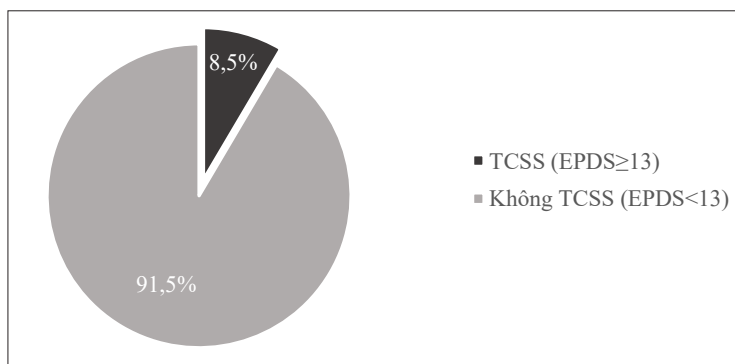
Bảng 1. Đặc điểm văn hoá, xã hội của bà mẹ

	Đặc điểm	Tần số (n = 624)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung vị; khoảng tứ vị	28 tuổi; [24 – 32] tuổi	
	Tuổi thấp nhất; cao nhất	Min: 15 tuổi; Max: 50 tuổi.	
Nhóm tuổi	Dưới 25 tuổi	169	27,1
	Từ 25 – 35 tuổi	379	60,7
	Từ 35 tuổi trở lên	76	12,2
Nơi cư trú	Nông thôn	232	37,2
	Thành thị	392	62,8
Tình trạng hôn nhân	Đang sống chung với chồng	600	96,2
	Ly dị/ly thân/goá/đơn thân	24	3,8
Kinh tế gia đình	Nghèo/cận nghèo	56	9,0
	Không nghèo	568	91,0

Hầu hết bà mẹ trong độ tuổi từ 25-35 tuổi (60,7%). Phần lớn đối tượng cư trú ở khu vực thành thị (62,8%). Học vấn trung học cơ sở (38,9%) và trung học phổ thông (26,1%) là phổ biến nhất. Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là nội trợ (39,8%), sau đó là nông dân/công nhân (19,2%). Tỷ lệ thất nghiệp tương đối thấp (1,4%).

3.2 Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại tỉnh An Giang

Để xác định tỷ lệ TCSS trong nhóm phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại An Giang, nghiên cứu đã áp dụng thang đo EPDS. Kết quả phân tích cho thấy:



Hình1. Biểu đồ tỷ lệ trầm cảm sau sinh

Kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ nguy cơ TCSS là 8,5% được xác định bằng thang điểm EPDS với điểm cắt ≥ 13 .

Bảng 2. Phân bố trầm cảm sau sinh theo đặc điểm văn hoá, xã hội

	Đặc điểm	Tần số (n=53)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 25 tuổi	13	24,5
	25-35 tuổi	32	60,4
	Trên 35 tuổi trở lên	8	15,1
Trình độ học vấn	Dưới THCS	13	24,5
	THCS – THPT	31	58,5
	Trên THPT	9	17,0
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	3	5,7
	Lao động chân tay	42	79,2
	Lao động trí óc	8	15,1
Nơi sống	Nông thôn	21	39,6
	Thành thị	32	60,4

THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông

Phần lớn phụ nữ TCSS có độ tuổi từ 25 – 35 tuổi chiếm 60,4%, học vấn THCS-THPT khoảng 58,5% và lao động chân tay là 79,2%. Đối tượng sinh sống ở thành thị chiếm 60,4%

3.3 Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh

Mô hình hồi quy logistic đa biến (Forward: Conditional) được dùng để xác định yếu tố thực

sự liên quan đến TCSS. Từ 25 yếu tố có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) được đưa vào phân tích. Kết quả của mô hình ghi nhận như sau:

Bảng 3. Mối liên quan đến trầm cảm sau sinh

Đặc điểm (n=624)	Trầm cảm sau sinh		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Có n (%)	Không n (%)	OR KTC 95%	p	OR KTC 95%	p
Tình trạng hôn nhân						
Ly dị/ly thân/goá	8 (33,3)	16 (66,7)	6,17 (2,50 - 15,19) 1	< 0,001*	4,23 (1,31 - 13,73) 1	0,016
Sống chung với chồng	45 (7,5)	555 (92,5)				
Tiền sử bà mẹ có điều trị bệnh tâm lý/trầm cảm						
Có	8 (57,1)	6 (42,9)	16,74 (5,57 - 50,35) 1	< 0,001	7,33 (1,86 - 28,88) 1	0,004
Không	45 (7,4)	565 (92,6)				
Giới tính trẻ như mong đợi						
Không	23 (16,9)	113 (83,1)	3,11 (1,74 - 5,56) 1	< 0,001	2,22 (1,08 - 4,59) 1	0,031
Có	30 (6,1)	458 (93,9)				
Hỗ trợ bà mẹ chăm sóc trẻ						
Không	21 (28,4)	53 (71,6)	6,41 (3,46 - 11,91) 1	< 0,001	2,63 (1,20 - 5,76) 1	0,016
Có	32 (5,8)	518 (94,2)				
Mất ngủ sau sinh						
Thường xuyên	27 (37,5)	45 (62,5)	1	1	1	-
Thỉnh thoảng	17 (8,0)	196 (92,0)	0,15 (0,07 - 0,29) 1	< 0,001	0,21 (0,10 - 0,47) 1	< 0,001
Không	9 (2,7)	330 (97,3)	0,05 (0,02 - 0,10) 1	< 0,001	0,13 (0,05 - 0,33) 1	< 0,001
Bà mẹ giảm ham muốn gần gũi với chồng						
Có	42 (22,7)	143 (77,3)	11,43 (5,73 - 22,79) 1	< 0,001	6,22 (2,85 - 13,60) 1	< 0,001
Không	11 (2,5)	428 (97,5)				

* Fisher's exact test

Nghiên cứu phân tích được 6 yếu tố có ý nghĩa thống kê. Kết quả mô hình ghi nhận được giá trị -2 Log likelihood giảm dần qua các bước (-2 Log likelihood (step 6) = 236,157). Giá trị Hosmer and Lemeshow Test = 0,348 > 0,05 cho thấy mô hình phù hợp. Tỷ lệ phân loại chính xác chung (Overall Percentage Correct) của mô hình tăng dần qua các bước, từ 88.6% lên 92.6%, cho thấy mô hình đang được cải thiện.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận nhóm đối tượng từ 25 – 35 tuổi chiếm 60,7%, tuổi trung bình là 28,6 ± 5,9 tuổi (cao nhất 50 tuổi và thấp nhất 15 tuổi). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Phương Quang tại Cần

Thơ cũng ghi nhận đối tới 35 tuổi chiếm 81,5% [7]. Độ tuổi từ 25 đến 35 được coi là giai đoạn phù hợp nhất để sinh con, vì giai đoạn này là lúc phụ nữ đã trưởng thành về tâm lý, ổn định tương đối về sự nghiệp, tài chính và sức khỏe tốt nhất.

Về nơi cư trú, có 37,2% đối tượng sinh sống ở nông thôn và 62,8% sinh sống ở thành thị. Kinh tế khó khăn chiếm khoảng 9%. Điều này cho thấy gánh nặng tài chính gây ra tâm lý căng thẳng, lo lắng của bà mẹ. Việc thiếu hụt về chi phí để trang trải sinh hoạt, chăm sóc con cái, y tế,... tạo ra áp lực đối tượng, đặc biệt là thời điểm sau sinh, khi nhu cầu chi tiêu tăng cao và khả năng kiếm tiền có thể bị hạn chế.

Đa số bà mẹ có nghề nghiệp chính là nội trợ chiếm 38,7% và nông dân/công nhân chiếm 19,2% với học vấn chủ yếu là THCS chiếm 38,9%, THCS là 26,1%. Nghiên cứu phù hợp với Huỳnh Nguyễn Phương Quang tại Cần Thơ năm 2019-2020 cũng ghi nhận đối tượng có học vấn THCS chiếm 35,9 và THPT là 26,7% [7]. Học vấn tác động đến nhận thức cũng như thái độ của người phụ nữ đối với các vấn đề trong cuộc sống, đặc biệt là học vấn tác động trực tiếp lên quá trình tư duy, tâm lý của con người.

4.2 Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại An Giang

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ TCSS là 8,5%. Kết quả này phù hợp và không có sự khác biệt lớn tại Việt Nam, như nghiên cứu của Nguyễn Quang Bắc, Nguyễn Quang Kỳ năm 2020-2021 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (7,6%) [9]; Trần Thơ Nhị và cộng sự tại Hà Nội (8,2%) [10]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu tại Cần Thơ là 25,7% [7] và thấp hơn đáng kể so với báo cáo của Bộ Y tế (33%) [11]. Ngoài ra, tỷ lệ của chúng tôi cũng khá thấp so với các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Songxu Peng và cộng sự (11,5%) [12], nghiên cứu của Seyhan Çankaya tại Thổ Nhĩ Kỳ (18%) [13] Sự khác biệt về tỷ lệ TCSS có thể do nhiều yếu tố ngưỡng điểm cắt của thang điểm EPDS (Songxu Peng với điểm EPDS ≥ 11) [12], khu vực địa lý, thời

điểm đánh giá sau sinh (Çankaya S đánh giá phụ nữ sau sinh từ 6-8 tuần) [13, 14].

Phân tích sâu hơn cho thấy rằng nhóm nguy cơ TCSS tập trung chủ yếu độ tuổi sinh sản (25-35 tuổi), có học vấn từ THCS-THPT và công việc chủ yếu là lao động chân tay. Đặc điểm này gợi ý rằng yếu tố về kinh tế - xã hội đóng vai trò quan trọng. Có thể nói là học vấn hạn chế có thể cản trở việc tiếp cận thông tin, cũng như nhận thức về vấn đề TCSS bị hạn chế. Cùng với công việc chân tay, cuộc sống thành thị thường gắn liền với áp lực về kinh tế và thiếu hỗ trợ xã hội, những yếu tố này là những nguy cơ có thể làm tăng tỷ lệ TCSS [15].

4.3 Yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh của đối tượng nghiên cứu

Về hôn nhân, chúng tôi ghi nhận được rằng đối ly dị/ly thân/góa có tỷ lệ TCSS (33,3%) cao hơn so với những phụ nữ đang sống chung với chồng với OR = 4,23; KTC 95% (1,31 - 13,73), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,016$). Những phụ nữ không có người hỗ trợ chăm sóc trẻ (chồng, anh/chị/em, cha/mẹ) có tỷ lệ TCSS (28,4%) cao hơn so với những phụ nữ có người hỗ trợ chăm sóc với OR = 2,63; KTC 95% (1,20 - 5,76). Nghiên cứu phù hợp với tác giả Huỳnh Nguyễn Phương Quang ghi nhận phụ nữ sau sinh không có người hỗ trợ sẽ tăng tỷ lệ TCSS lên đến 2,940 lần ($p < 0,001$) [7]. Những phụ nữ thiếu sự hỗ trợ, chăm sóc từ bạn đời có thể ảnh hưởng đến TCSS và sức khỏe tâm thần của họ. Do đó, khi người phụ nữ được sự hỗ trợ xã hội, bao gồm cả sự hỗ trợ từ gia đình và người thân, là một yếu tố bảo vệ quan trọng chống lại TCSS [16].

Về tiền sử bệnh tâm lý/trầm cảm, chúng tôi ghi nhận được rằng đối tượng có tiền sử bệnh tâm lý/trầm cảm thì có nguy cơ TCSS là 57,1% cao hơn so với những bà không có tiền sử là 7,4%, với OR = 7,33; KTC 95% (1,86 - 28,88), và phù hợp với nghiên cứu khác trên địa bàn Cần Thơ [7]. Tiền sử rối loạn tâm lý như trầm cảm có thể làm thay đổi cơ chế điều hoà thần kinh - nội tiết, từ đó làm suy yếu khả năng thích ứng của cơ thể đối với những thay đổi lớn trong giai đoạn hậu sản [17].

Tỷ lệ những bà mẹ có giới tính trẻ không như mong đợi (16,9%) thì có nguy cơ TCSS cao hơn những bà mẹ có giới tính trẻ như mong đợi (6,1%) với $OR=2,22$; KTC 95% (1,08 – 4,59). Nghiên cứu phù hợp với các tác giả Huỳnh Nguyễn Phương Quang [7], Dương Thị Kim Hoa cũng ghi nhận thai kỳ không mong đợi và kết quả thai kỳ không như mong đợi làm gia tăng TCSS ($p < 0,05$) [18]. Yếu tố giới tính thai nhi cũng được xem là một nguyên nhân trực tiếp tác động tâm trí người phụ nữ từ lúc mang thai. Một nghiên cứu tổng hợp của Raffealla Panza và cộng sự cho thấy rằng các bà mẹ của trẻ sơ sinh là nữ có nguy cơ mắc TCSS cao hơn ($OR\ 1,15$), chủ yếu ở Châu Á ($OR\ 1,30$), Trung Quốc ($OR\ 1,80$) và Ấn Độ ($OR\ 2,61$) [19]. Trên thực tế, ở một số quốc gia, trong đó có Việt Nam, giới tính của trẻ sơ sinh là vấn đề đáng quan tâm do một số lý do, chẳng hạn như sở thích của cha mẹ, sự khác biệt về văn hóa xã hội và các vấn đề kinh tế, con trai được coi trọng hơn con gái, phụ nữ mang thai và sinh con gái có thể nhận được ít sự hỗ trợ từ gia đình hơn, dẫn đến những ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần và làm tăng tỷ lệ TCSS.

Về vấn đề mất ngủ sau sinh, chúng tôi ghi nhận được rằng những bà mẹ thường xuyên mất ngủ sau sinh thì có nguy cơ TCSS (37,5%) cao hơn so với những bà mẹ thỉnh thoảng mất ngủ (8%) và những bà mẹ không có mất ngủ sau sinh (2,7%) ($0 < 0,001$). Kết quả nghiên cứu khá tương đồng với Baian A. Baattaiah và cộng sự cho thấy những bà mẹ sau sinh có mức độ mệt mỏi cao, chất lượng giấc ngủ kém thì có nguy cơ cao mắc TCSS [20]. Tình trạng thiếu ngủ kéo dài có thể dẫn đến những bất thường trong chức năng của hệ thần kinh – nội tiết, bao gồm điều hoà sai lệch nồng độ serotonin và dopamine, và đây được xem là một cơ chế nền tảng trong sự phát triển của bệnh trầm cảm [21].

Đối với vấn đề giảm ham muốn vợ chồng sau sinh, chúng tôi ghi nhận những bà mẹ có giảm ham muốn vợ chồng thì có TCSS (22,7%) cao hơn so với những bà mẹ khác (2,5%) với $OR=6,22$; KTC 95% (2,85 – 13,60] ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu

tổng quan của Nazanin Rezaei và cộng sự cho thấy rằng những thay đổi về thể chất, hormone, chấn thương âm đạo và mệt mỏi có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của bà mẹ, gây tâm trạng lo âu, u sầu, giảm lòng tự trọng... dẫn đến giảm ham muốn tình dục và ảnh hưởng đến tâm trạng, làm tăng nguy cơ TCSS [22].

Nghiên cứu này đã củng cố cơ sở bằng chứng về các yếu tố nguy cơ TCSS, bao gồm các yếu tố tình trạng hôn nhân, tiền sử điều trị bệnh tâm lý/trầm cảm, giới tính của trẻ không như mong đợi, thiếu sự hỗ trợ chăm sóc trẻ, mất ngủ sau sinh và giảm ham muốn gần gũi với chồng. Việc xác định được các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa quan trọng trong việc sàng lọc, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để phòng ngừa và điều trị TCSS, góp phần bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Mặc dù nghiên cứu đã hoàn thành các mục tiêu và mang lại những kết quả có giá trị, nhưng chúng tôi nhận thấy công trình vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang cho thấy mối liên quan tại một thời điểm, chưa khẳng định được quan hệ nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng TCSS. Thứ hai, việc dùng thang đo EPDS và thông tin cung cấp từ đối tượng chỉ giúp xác định nguy cơ trầm cảm, chưa phải là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lâm sàng. Vì vậy, hướng nghiên cứu tiếp theo cần thực hiện theo phương pháp nghiên cứu dọc, kết hợp chẩn đoán lâm sàng và mở rộng trên nhiều địa bàn để có kết quả sâu sắc và toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TCSS chiếm 8,5%, các yếu tố nguy cơ TCSS là tình trạng ly dị/ly thân/goá, tiền sử điều trị bệnh tâm lý/trầm cảm, giới tính của trẻ không như mong đợi, thiếu sự hỗ trợ chăm sóc trẻ, mất ngủ sau sinh và giảm ham muốn gần gũi với chồng. Đối mặt với gánh nặng do TCSS, nhà hoạch định chính sách đứng trước yêu cầu cấp bách phải tăng cường chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ nữ trong giai đoạn này. Sự thành công của nỗ lực này phụ thuộc vào

sức mạnh tổng hợp từ các cơ quan quản lý, đội ngũ y bác sĩ và chuyên gia tâm lý, và sự đóng góp thiết yếu từ gia đình cũng như cộng đồng. Đề can thiệp TCSS, cần thiết phải triển khai chiến lược đa diện như nâng cao nhận thức và kiến thức sức khỏe tâm thần trong cộng đồng; chuẩn hoá và triển khai các chương trình sàng lọc nhằm phát hiện sớm; tăng cường khả năng tiếp cận và chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần; củng cố mạng lưới hỗ trợ từ gia đình đến cộng đồng.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Lãnh đạo Sở Y tế, Lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật, Trạm Y tế và địa phương nơi thực hiện nghiên cứu đã hỗ trợ trong quá trình nghiên cứu. Nguồn kinh phí thực hiện được hỗ trợ từ nguồn ngân sách nhà nước cho nghiên cứu khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2022. 5th ed., text rev.
2. Brett DT, Erin A, Stephanie C, et. al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76 (6): 433 – 446. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.01.006.
3. Heather AB, Adrienne E, Anna T, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004; 103 (4): 698 - 709. DOI 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f.
4. Michael WO & Annette MS. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8 (1): 37 – 54. DOI: 10.3109/09540269609037816.
5. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, et al. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto Public Health Advisory Committee. 2003.
6. Heather LD, Suzanne CT, Carol EA, Karen MB. Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. *Matern Child Health Journal*. 2011; 15 (7): 866 – 875. DOI: 10.1007/s10995-008-0314-8.
7. Huỳnh Nguyễn Phương Quang. Nghiên cứu tình hình trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2020. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
8. Murray D and Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*. 1990; 8 (2): 99 – 107.
9. Nguyễn Quang Bắc, Nguyễn Quang Kỳ. Thực trạng trầm cảm ở phụ nữ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 526: 6 (2): 93 - 97.
10. Nguyễn Thị Diệu, Trần Thơ Nhi, Nguyễn Thị Thủy Hạnh. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở phụ nữ tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 523 (1): 75 - 80.
11. Bộ Y tế. Báo động tình trạng mẹ trầm cảm sau sinh do con quấy khóc đêm có xu hướng gia tăng. Cổng Thông tin điện tử - Bộ Y tế. 2022. Ngày 03/10/2022.
12. Peng S, Lai X, Du Y, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression in China: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282: 1096 - 1100. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.012.
13. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020; 34 (3): 176 - 183. doi: 10.1016/j.apnu.2020.04.007.
14. Samar AA, Nahla AZ, Heba AA, et. al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*. 2024; 24 (1): 1308. DOI: 10.1186/s12889-024-18502-0.
15. Jennifer H, Taylor C, Itzel A. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. 8, Article 248. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00248.
16. Shefaly S, Cornelia YIC, Esperanza DN, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 104: 235 - 248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
17. Aishwarya S, Soundravally R, Shivanand K, et. Al. Homocysteine and serotonin: association with postpartum depression. *Asian Journal of Psychiatry*. 20136 (6): 473 - 477. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.05.007.
18. Dương Thị Kim Hoa. Nghiên cứu tình hình rối loạn trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan ở phụ nữ có chồng tại quận Hải Châu – TP. Đà Nẵng năm 2013. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y tế

- công cộng, Đại học Y Dược Huế. 2014.
19. Raffaella P, Manuela C, Nicola L. Fetal sex and maternal postpartum depressive symptoms: biology or culture? *Italian Journal of Gender-Specific Medicine*. 2022; 8 (1): 59 - 61. DOI: 10.1723/3769.37568.
 20. Baian AB, Mutasim DA, Nouf MB. The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC Psychology*. 2023; 11: 10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3>.
 21. Xuejie W. Neurotransmitter Dysregulation in Sleep and Circadian Rhythms: Implications for Postpartum Depression. *Theoretical and Natural Science*. 2024; 66 (1): 43 – 49. DOI: 10.54254/2753-8818/2024.18076.
 22. Rezaei N, Behboodi MZ, Tahmasebi A, et al. Women's sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103 (30): e38975. doi: 10.1097/MD.00000000000038975.

STATUS OF POSTPARTUM DEPRESSION AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG WOMEN WITH CHILDREN UNDER SIX MONTHS OF AGE IN AN GIANG PROVINCE, 2023 – 2024

Tran Vo Huynh Nghia Nhan¹, Tu Lan Vy², Le Long Ho¹,
Tran Vo Huynh Mai Thao³, Duong Anh Linh², Le Hong Thai²,
Nguyen Thi Thai Thanh², Nguyen Thi Minh Triet², Nguyen Thuc Bich Van²

¹*An Giang Department of health*

²*An Giang Centers for Disease Control and Prevention*

³*An Giang Province Drug, Cosmetic and Food Testing Center*

Postpartum depression (PPD) is a prevalent mood disorder that significantly impacts the mental well-being of mothers and can adversely affect infant development. This study was conducted to describe the status of PPD and some associated factors among women with children under six months of age in An Giang province during 2023–2024. A cross-sectional descriptive study with an analytical component was implemented, involving 624 women with infants aged 0 to 6 months. The prevalence of PPD was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), with a cut-off score of ≥ 13 indicating probable depression. The findings revealed an 8.5% prevalence of PPD within the study cohort. Women exhibiting PPD were predominantly

in the 25–35 age group (60.4%), possessed a lower to upper secondary education level (58.5%), were primarily engaged in manual labor (79.2%), and resided predominantly in urban settings (60.4%). Factors identified as significantly associated with PPD included divorced/separated/widow, a history of psychological or depressive disorders, unmet expectations regarding the infant's gender, lack of adequate childcare support, frequent or occasional postpartum insomnia, and diminished libido. The study underscores the necessity for targeted interventions focusing on these identified risk factors to mitigate PPD.

Keywords: Postpartum depression; EPDS; associated factors; postnatal women; An Giang

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG NẶNG CỦA BỆNH ĐẬU MÙA KHỈ (MPOX) TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, 2023 – 2024

Nguyễn Thanh Thảo*, Nguyễn Hoài Thảo Tâm, Phan Thị Ngọc Thịnh,
Phan Thị Hằng, Nguyễn Tú Anh

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca trên 157 ca bệnh đậu mùa khỉ (Mpx) tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) năm 2023-2024 nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh. Tất cả ca bệnh là nam giới, trung bình 31,9±7 tuổi (nhóm 30-39 chiếm 47%), 76% quan hệ đồng tính, 57% nhiễm HIV. Triệu chứng thường gặp mụn nước/phát ban (100%), sốt (66%), nổi hạch (45%). Tổn thương da đầu tiên tại cơ quan sinh dục (48%), đầu mặt (20%). Có 36% diễn tiến nặng, 4% tử vong. Nguy cơ bệnh nặng tăng khi phân tích đơn biến ở nhóm HIV dương tính/chưa rõ (OR=2,71; KTC 95%:1,29-5,69), điều trị HIV ≤6 tháng/bỏ trị/không trị (OR=9,09; KTC 95%:2,33-33,33), bệnh kèm theo (OR=2,69; KTC 95%:1,35-5,35), phát hiện bệnh muộn >7 ngày (OR=2,94; KTC 95%:1,35-6,25). Phân tích đa biến thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh là bệnh kèm theo (OR=2,21), phát hiện muộn (OR=1,12), số vị trí tổn thương da nhiều (OR=1,29) và xu hướng tình dục không dị tính (OR=3,17). Tỷ lệ bệnh nặng và tử vong do Mpx cao. Cần tăng cường sàng lọc HIV định kỳ, phát hiện sớm, tuân thủ điều trị, và quản lý tích hợp HIV-Mpx để giảm nguy cơ nặng và tử vong.

Từ khóa: Đậu mùa khỉ; Mpx; dịch tễ học; yếu tố nguy cơ; bệnh nặng; TP.HCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đậu mùa khỉ (Mpx) là bệnh do vi rút đậu mùa khỉ (monkeypox virus - MPXV), thuộc chi Orthopoxvirus, họ Poxviridae gây ra, lây truyền chủ yếu từ động vật sang người và cũng có thể lây qua tiếp xúc trực tiếp giữa người với người [1]. Dịch bệnh này lưu hành chủ yếu ở khu vực Trung Phi và Tây Phi; tuy nhiên năm 2022, thế giới phải đối mặt với đợt bùng phát dịch bệnh đầu tiên ở nhiều quốc gia mà hầu hết không có mối liên hệ dịch tễ rõ ràng với các quốc gia lưu hành bệnh [2]. Ngày 23/7/2022, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công bố dịch bệnh này là tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu. Tính đến ngày 10/7/2024, hơn 98.000 trường hợp được ghi nhận ở 118 quốc gia/vùng lãnh thổ, trong đó có

183 trường hợp tử vong tại 27 quốc gia/vùng lãnh thổ [3].

Việt Nam ghi nhận ca bệnh Mpx đầu tiên vào tháng 10/2022. Đến tháng 9/2023, bắt đầu xuất hiện các ca Mpx ở các tỉnh thành trong nước và số lượng ca bệnh tăng lên nhanh với 56 ca mắc được ghi nhận vào cuối năm 2023. Trong số này, 93% là nam giới và nhiều trường hợp liên quan đến nhóm có nguy cơ cao như người nhiễm HIV/AIDS hoặc có quan hệ tình dục đồng giới. Các ca bệnh tập trung chủ yếu ở khu vực phía Nam, trong đó Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) nhiều ca nhất [4]. Đến ngày 10/7/2024, tổng số ca Mpx tại Việt Nam đã vượt hơn 190 ca, trong đó có 7 ca tử vong [3].

TP.HCM đã triển khai hệ thống giám sát bệnh Mpx tại tất cả các tuyến ngay sau khi

*Tác giả: Nguyễn Thanh Thảo

Địa chỉ: Trung Tâm Kiểm soát bệnh tật TP. Hồ Chí Minh

Số điện thoại: 0773 590 048

Email: ngthanhtao125@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

WHO thông báo tình trạng khẩn cấp nhằm phát hiện sớm các trường hợp mắc bệnh và ngăn chặn sự lây lan nhanh chóng trong cộng đồng. Tuy nhiên, thực tế ghi nhận tỷ lệ ca Mpox tử vong tại TP.HCM khá cao (6 ca tử vong trong 162 trường hợp bệnh, tương ứng với 4%) so với thế giới (0,5%), Cameroon (2,2%) [5, 6], đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc nghiên cứu chuyên sâu về căn bệnh này. Do đó, nghiên cứu “Đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh đậu mùa khỉ (Mpox) tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2023-2024” là cần thiết để mô tả các đặc điểm dịch tễ học cũng như một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh Mpox, góp phần quan trọng vào việc xây dựng các chiến lược phòng, chống bệnh Mpox hiệu quả hơn, giảm tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh, bảo vệ sức khỏe cộng đồng tại Thành phố.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc Mpox tại TP.HCM.

Dân số nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc Mpox có kết quả xét nghiệm dương tính với virus Mpox, có địa chỉ cư trú và cách ly, điều trị tại TP.HCM.

Tiêu chí lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc Mpox và có kết quả dương tính với vi rút Mpox có địa chỉ cư trú và cách ly, điều trị tại TP.HCM.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân Mpox không có phiếu điều tra (do mất dấu hoặc không theo dõi được quá trình cách ly, điều trị).
- Bệnh nhân Mpox có phiếu điều tra nhưng thiếu từ 50% thông tin trở lên hoặc thiếu một trong các trường thông tin sau: triệu chứng bệnh, ngày khởi phát, thời gian kết thúc điều trị.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ ca được chẩn đoán Mpox có kết quả xét nghiệm dương tính với vi rút Mpox, có địa chỉ cư trú, cách ly, điều trị tại TP.HCM từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024, tổng số 157 ca bệnh được đưa vào nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu: Dùng phương pháp lấy mẫu toàn bộ ca Mpox xác định dương tính với vi rút Mpox có địa chỉ cư trú và cách ly, điều trị tại TP.HCM, thu được 162 ca. Trong đó, số ca bị loại ra theo tiêu chí loại trừ là 05 ca (02 ca mất dấu, 02 ca không theo dõi được quá trình cách ly, điều trị, 01 ca có phiếu điều tra không đầy đủ thông tin), tổng số ca còn lại là 157 ca.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm dân số học: Giới tính, tuổi, nhóm tuổi, quốc tịch, quận huyện cư trú, nghề nghiệp, xu hướng tính dục.

Tình trạng sức khỏe: Tình trạng nhiễm HIV, quá trình điều trị HIV, bệnh lý kèm theo khác.

Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng: Du lịch trong 21 ngày trước khởi phát, du lịch trong khi có triệu chứng, tiếp xúc với người có triệu chứng, quan hệ với nhiều bạn tình, thời gian từ hành vi nguy cơ đến khởi phát, thời gian phát hiện bệnh, vị trí xuất hiện tổn thương da đầu tiên, các triệu chứng, thời gian bệnh, nơi cách ly điều trị, tình trạng cuối cùng.

Biến số kết cuộc: Tình trạng nặng của bệnh (nhẹ, nặng) dựa theo thể lâm sàng trong quyết định số 465/QĐ-BYT ngày 29/02/2024 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán,

điều trị và phòng bệnh Mpox (đầu mùa khi) ở người [1].

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nguồn thu thập dữ liệu: Phiếu điều tra, báo cáo hoặc bệnh án của các cơ sở y tế gửi về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Xây dựng biểu mẫu thu thập dữ liệu để thu thập thông tin từ các nguồn trên, bao gồm các biến số về đặc điểm dân số, tình trạng sức khỏe, đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng, tình trạng nặng của bệnh. Hồi cứu toàn bộ số liệu ca bệnh Mpox năm 2023-2024 dựa trên biểu mẫu thu thập trên.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Về thống kê mô tả: các biến nhị giá, định danh và thứ tự được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Đối với các biến số định lượng có phân phối bình thường, số liệu được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; trong khi đó, các biến số định lượng có phân phối lệch được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

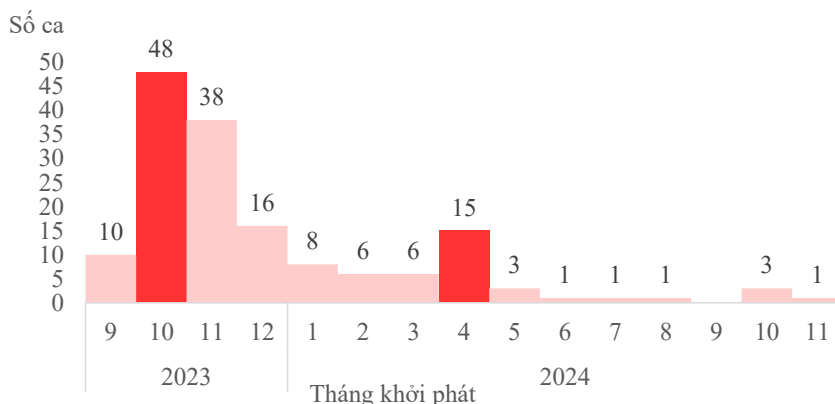
Về thống kê phân tích: mối liên quan giữa tình trạng nặng của bệnh Mpox và các yếu tố liên quan được kiểm định bằng phép chi bình phương hoặc Fisher exact test (nếu trên 20% số ô có giá trị vọng trị <5). Mức độ liên quan được lượng hóa thông qua tỷ số chênh OR (Odds Ratio) với khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) với ý nghĩa thống kê ở mức $p \leq 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca, dựa vào hồi cứu các số liệu trong phiếu điều tra ca bệnh và dữ liệu quản lý trường hợp bệnh. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự đồng ý của đại diện lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố và lãnh đạo Khoa Phòng chống bệnh truyền nhiễm cấp tính. Tất cả thông tin thu thập liên quan đến người bệnh trong suốt quá trình nghiên cứu sẽ được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dịch tễ học bệnh Mpox tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2023 – 2024



Biểu đồ 1. Phân bố ca bệnh Mpox tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023-2024 theo tháng khởi bệnh (N=157)

Tổng số 157 ca bệnh Mpox xác định trong nghiên cứu, trong đó có 36% (56/157) ca bệnh có diễn tiến lâm sàng nặng, nhưng đa số đều hồi phục; chỉ có 6 ca tử vong (chiếm 4%). Các

ca Mpox bắt đầu xuất hiện trong cộng đồng tại TP.HCM từ tháng 9 năm 2023. Số ca Mpox đạt đỉnh (48 ca) vào tháng 10 năm 2023 và sau đó giảm dần đến nay. Tuy nhiên, số ca Mpox

trong tháng 4 năm 2024 (15 ca) tăng gấp đôi so với tháng trước đó (tháng 3 là 06 ca); trong khi tháng 9 không ghi nhận ca mới nào.

Trong 2 năm 2023-2024, các ca Mpox phân bố rải rác khắp 21/22 quận huyện và thành phố Thủ Đức (trừ huyện Cần Giờ). Trong đó, thành phố Thủ Đức có số ca Mpox cao nhất (18 ca), huyện Nhà Bè có số ca Mpox thấp nhất (1 ca).

Tất cả các ca Mpox tại TP.HCM là nam giới, tuổi trung bình là $31,9 \pm 7$ tuổi, tuổi trung vị là 31 tuổi (nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 49 tuổi). Hầu hết ca bệnh có quốc tịch Việt Nam (156/157 ca, 99%), dân tộc Kinh (156/157 ca, 99%), thuộc nhóm dưới 40 tuổi (chủ yếu nhóm 30-39 tuổi là 74 ca, chiếm 47%), cư trú tại các quận huyện nội thành (96/157 ca, 61%) và là nam có quan hệ đồng tính (120/157 ca tương ứng với 76%, bao gồm cả nhóm lưỡng tính 10%). Khoảng 80% ca bệnh làm công nhân viên (62/157 ca, 40%) và lao động tự do (62/157 ca, 40%).

Có 57% (89/157) ca Mpox có kết quả xét nghiệm HIV dương tính. Trong số đó, có 80% (72/89) bệnh nhân đã điều trị ARV được trên 6 tháng, 8% (7/89) đã điều trị ARV dưới 6 tháng và 12% (10/89) bỏ trị hoặc không trị. Chỉ có 34% (53/157) ca bệnh có bệnh lý khác kèm theo khi mắc bệnh Mpox, chủ yếu là bệnh lây truyền qua đường tình dục như giang mai, sùi mào gà.

Về dịch tễ trong 21 ngày trước khi khởi phát bệnh, khoảng 80% (129/157) ca Mpox khai báo không đi du lịch và không tiếp xúc với người có

triệu chứng nghi ngờ hoặc xác định mắc Mpox. Tuy nhiên, có 29% (45/157) ca bệnh khai có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình trước đó. Thời gian trung bình khởi phát bệnh sau khi có hành vi nguy cơ là $12,9 \pm 17$ ngày, thời gian trung vị là 7 ngày.

Sau khi khởi phát bệnh, các bệnh nhân có xu hướng đến khám tại các bệnh viện tuyến thành phố/trung ương (133/157 ca, 85%): bệnh viện Da liễu TP.HCM và bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. Các bệnh nhân được chẩn đoán mắc Mpox trung bình khoảng $6,5 \pm 7$ ngày sau khởi phát, trung vị là 5 ngày. Có 63% (99/157) ca Mpox được điều trị ngoại trú, tự theo dõi sức khỏe tại nhà.

Gần 50% (75/157) ca Mpox xuất hiện tổn thương da ở cơ quan sinh dục (CQSD) đầu tiên, kế tiếp là ở đầu mặt (31/157 ca, 20%). Ngoài ra, các vị trí khác ghi nhận nhiều tổn thương là tay (88/157 ca, 56%), chân (69/157 ca, 44%) và thân mình (66/157 ca, 42%). Triệu chứng bệnh phổ biến nhất là mụn nước/mụn mủ (100%), sốt (103/157 ca, 66%), nổi hạch (70/157 ca, 45%), ngứa (60/157 ca, 38%), mệt mỏi (59/157 ca, 38%), và loét/loét miệng (55/157 ca, 35%). Thời gian bệnh trung bình là $22,6 \pm 11$ ngày, trung vị là 21 ngày.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh Mpox

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng nặng của bệnh Mpox với các yếu tố nhóm tuổi, nghề nghiệp, xu hướng tính dục và nơi cư trú.

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng nặng của bệnh Mpox và tình trạng sức khoẻ, thời gian phát hiện bệnh

Yếu tố		Tình trạng nặng của bệnh Mpox (N=157)		OR (KTC 95%)	p
		Nặng n (%)	Nhẹ n (%)		
Tình trạng nhiễm HIV	Dương tính/ Chưa rõ	56 (51)	54 (49)	2,71 (1,29-5,69)	0,007
	Âm tính	13 (28)	34 (72)		
Quá trình điều trị HIV (n=89)	>6 tháng	25 (35)	47 (65)	0,11 (0,03-0,43)	<0,001
	≤6 tháng/ Bỏ trị/ Không trị	14 (82)	3 (18)		
Bệnh kèm theo khác	Có	27 (51)	26 (49)	2,69 (1,35-5,35)	0,004
	Không	29 (28)	75 (72)		
Thời gian phát hiện bệnh	≤7 ngày	37 (30)	86 (70)	0,34 (0,16-0,74)	0,005
	>7 ngày	19 (56)	15 (44)		

Những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm HIV dương tính hoặc chưa rõ tình trạng nhiễm HIV có khả năng mắc Mpox nặng cao hơn 2,71 lần so với những bệnh nhân đã có kết quả xét nghiệm HIV âm tính (OR = 2,71; KTC 95% 1,29-5,69; p = 0,007). Tuy nhiên, bệnh nhân nhiễm HIV nếu điều trị trên 6 tháng thì khả năng bệnh Mpox trở nặng bằng 0,11 lần so với người điều trị từ 6 tháng trở xuống hoặc bỏ hoặc không

điều trị HIV (OR = 0,11; KTC 95% 0,03-0,43; p < 0,001). Nếu bệnh nhân có bệnh lý khác kèm theo khi mắc Mpox thì khả năng bệnh Mpox trở nặng cao hơn 2,69 lần so với các bệnh nhân khác (OR = 2,69; KTC 95% 1,35-5,35; p = 0,004). Bên cạnh đó, thời gian phát hiện bệnh càng sớm (trong vòng 7 ngày sau khi khởi phát) thì giảm 0,66 lần khả năng mắc Mpox nặng (OR = 0,34; KTC 95% 0,16-0,74; p = 0,005).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh Mpox (Phân tích đa biến)

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	95% CI	p
Có bệnh lý kèm theo	2,21	1,07-4,55	0,031
Thời gian phát hiện bệnh (mỗi ngày tăng thêm)	1,12	1,03-1,21	0,007
Số vị trí tổn thương da (mỗi vị trí tăng thêm)	1,29	1,10-1,51	0,002
Xu hướng tình dục không dị tính	3,17	1,03-9,73	0,044

Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng nặng của bệnh Mpox bao gồm: có bệnh lý kèm theo (OR=2,21), thời gian phát hiện bệnh kéo dài (OR=1,12 cho mỗi ngày tăng thêm), số vị trí tổn thương da nhiều (OR=1,29 cho mỗi vị trí tăng thêm) và xu hướng tình dục không dị tính (OR=3,17).

IV. BÀN LUẬN

Thành phố Hồ Chí Minh bắt đầu ghi nhận

ca bệnh Mpox trong cộng đồng từ tháng 9 năm 2023, phân bố rải rác ở 21/22 quận huyện và thành phố Thủ Đức, nhưng chủ yếu ở các quận huyện nội thành. Phần lớn ca bệnh là nam quan hệ đồng tính thuộc nhóm 30-39 tuổi, nghề nghiệp đa dạng. Hơn 50% ca bệnh có kết quả xét nghiệm HIV dương tính (trong đó có 80% đã điều trị HIV trên 6 tháng). Triệu chứng phổ biến nhất là mụn nước/mụn mủ (đa số xuất hiện ở CQSD đầu tiên, sau đó lan ra các bộ phận khác), sốt, nổi hạch. Có 36% ca bệnh có diễn

tiền lâm sàng nặng, và 4% ca tử vong. Các bệnh nhân có nhiễm HIV dương tính hoặc tình trạng HIV chưa rõ, điều trị HIV từ 6 tháng trở xuống hoặc bỏ trị hoặc không trị, phát hiện bệnh trễ sau hơn 7 ngày và có bệnh lý khác kèm theo thì có khả năng mắc bệnh Mpox nặng.

Bệnh Mpox tại TP.HCM năm 2023–2024 gần tương đồng với tình hình trên thế giới và nghiên cứu ở Tây Ban Nha (nam giới chiếm đa số và phần lớn là nhóm MSM, với hơn 60% trong nhóm 30–40 tuổi, đường lây chủ yếu là qua tiếp xúc thân mật, quan hệ tình dục) [5, 7]. Tỷ lệ ca bệnh thuộc nhóm bản địa giới cũng thấp tương tự như kết quả của nghiên cứu trong đợt bùng phát dịch ở Tây Ban Nha năm 2022 (< 10%) [7]. Đối tượng mắc Mpox tại TP.HCM trong nghiên cứu toàn bộ là nam giới, có nghề nghiệp đa dạng như học sinh – sinh viên, lao động tự do, công nhân viên, nội trợ,... Nghiên cứu ở Cameroon giai đoạn 1979-2022 về sự lưu hành của vi rút Mpox nhánh I và nhánh II cũng có kết quả tương tự [6]. Kết quả này khác với nghiên cứu tại Cộng hoà Dân chủ Congo từ cuối năm 2023 đến đầu năm 2024 chủ yếu là gái mại dâm (47%) [8].

Thời gian từ khi có hành vi nguy cơ đến khi khởi phát bệnh dao động từ 0 đến 35 ngày (trung bình là $12,9 \pm 17$ ngày, trung vị là 7 ngày) tương đồng với kết quả của nghiên cứu đợt bùng phát bệnh năm 2017 tại Nigeria do vi rút Mpox nhánh II (chủng Tây Phi) gây ra, phù hợp với kết quả tại Mỹ (10-14 ngày) [9, 10].

Tỷ lệ nhiễm HIV ở bệnh nhân Mpox tại TP.HCM (57%) tương đồng với tỷ lệ chung trên thế giới (52%), cao hơn so với nghiên cứu tại Tây Ban Nha (40%) [5, 7]. Điều này có thể do TP.HCM triển khai giám sát tập trung nhóm đối tượng nguy cơ cao khi ghi nhận xu hướng bệnh trên thế giới ở nhóm MSM, người nhiễm HIV/AIDS.

Về diễn tiến lâm sàng, các triệu chứng thường gặp tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu ở các nước, hầu hết bệnh nhân có phát ban mụn mủ/mụn nước (vị trí phổ biến là CQSD, tay, mặt và chân), sốt và nổi hạch [11, 12]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nặng và tử vong tại

TP.HCM (lần lượt là 36% và 4%) cao hơn so với thế giới cùng thời điểm (lần lượt là 20% và 0,5%) [5, 13], phản ánh mức độ nghiêm trọng của tình hình dịch tễ.

Khi phân tích để tìm các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh Mpox, ghi nhận kết quả tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Cụ thể là độ tuổi không liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh Mpox, tương tự với kết quả nghiên cứu tại Mỹ và Bỉ [14, 15]. Nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân có HIV tiến triển, bệnh lý khác kèm theo (thường gặp là giang mai) có tỷ lệ nhập viện cao hơn so với những bệnh nhân còn lại, tương đồng với kết quả nghiên cứu tại nhiều nước [14-17]. Theo U.S.CDC, tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân HIV không kiểm soát (không trị hoặc bỏ trị) là 15%; bệnh nền như đái tháo đường tăng nguy cơ nhập viện gấp 2 lần [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của Yutaro Akiyama tại Nhật Bản trên các bệnh nhân mắc Mpox từ 28/6/2022 đến 30/4/2023 cũng cho thấy bệnh nhân HIV có nguy cơ biến chứng gấp 5 lần so với người không nhiễm HIV [11]. Chính vì thế, WHO đưa ra khuyến cáo tích hợp công tác phòng ngừa và chăm sóc HIV và Mpox [18].

Thời gian phát hiện bệnh cũng là một yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh Mpox nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân Mpox phát hiện bệnh sớm trong vòng 7 ngày đầu sau khởi phát có khả năng bệnh Mpox nặng chỉ bằng 0,34 lần so với các bệnh nhân phát hiện bệnh sau 7 ngày. U.S.CDC cũng đã ghi nhận bệnh nhân phát hiện bệnh Mpox muộn hơn 14 ngày có tỷ lệ nhập viện gấp 3 lần so với nhóm phát hiện sớm [5]. Kết quả phân tích đa biến phù hợp với nghiên cứu của Perez-Abeledo và cộng sự (2023), cũng xác định thời gian phát hiện bệnh muộn và có bệnh nền là yếu tố nguy cơ của bệnh Mpox nặng [19]. Vậy nên cần mở rộng hệ thống giám sát bệnh Mpox, đặc biệt tập trung vào các nhóm nguy cơ cao như nam quan hệ tình dục đồng giới và người nhiễm HIV/AIDS, với mục tiêu phát hiện sớm ca bệnh trong vòng 7 ngày sau khi xuất hiện triệu chứng.

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại TP.HCM cũng như tại Việt Nam ghi nhận một số đặc

điểm dịch tễ học bệnh Mpox và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh, nghiên cứu ghi nhận từ những ca đầu tiên đến những ca gần đây của TP.HCM. Kết quả nghiên cứu là tiền đề để đánh giá chính xác tình hình dịch bệnh và đưa ra các biện pháp can thiệp hiệu quả.

Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là nghiên cứu cắt ngang nên mối quan hệ nguyên nhân - kết quả chưa được làm rõ, không thể kết luận được mối liên quan thật sự giữa các yếu tố với tình trạng nặng của bệnh Mpox tại TP.HCM năm 2023-2024. Tuy nhiên, đây là hạn chế chung của thiết kế nghiên cứu cắt ngang, cần thực hiện thêm các nghiên cứu theo dõi để xác định mối quan hệ nhân quả của các yếu tố liên quan với tình trạng nặng của bệnh Mpox. Mặt khác, do phương pháp thực hiện là hồi cứu, một số thông tin về tình trạng sức khỏe, chỉ số CD4 của các bệnh nhân là người nhiễm HIV chưa được ghi nhận đầy đủ nên không thể tìm được mối liên quan giữa hiệu quả của việc điều trị HIV/AIDS với tình trạng nặng của bệnh Mpox.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2023–2024, TP.HCM ghi nhận 157 ca Mpox tại 21/22 quận huyện và TP. Thủ Đức, chủ yếu ở nam quan hệ đồng tính (76%), nhóm tuổi 30–39 (47%), với tỷ lệ nhiễm HIV cao (57%), trong đó nhiều trường hợp bỏ trị hoặc không điều trị. Tỷ lệ diễn tiến nặng (36%) và tử vong (4%) vượt mức trung bình toàn cầu. Phân tích đa biến thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh là bệnh kèm theo (OR=2,21), phát hiện muộn (OR=1,12), số vị trí tổn thương da nhiều (OR=1,29) và xu hướng tình dục không dị tính (OR=3,17). Nghiên cứu cho thấy cần phát hiện sớm trong vòng 7 ngày, sàng lọc HIV định kỳ, đảm bảo tuân thủ điều trị và lồng ghép quản lý HIV–Mpox nhằm giảm tỷ lệ nặng, tử vong và nâng cao hiệu quả phòng chống dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh Mpox (Đầu mùa

- khí) ở người. Số 465/QĐ-BYT, ngày 29/02/2024.
2. Li Mu Yong Huang, Wei Wang. Monkeypox: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. *Signal Transduct Target Ther.* 2022; 7 (1): 373.
3. U.S.CDC. 2022-2023 Global Map & Case Count - 2024. Truy cập ngày 10/7/2024. <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/world-map.html>.
4. Bộ Y tế. Bệnh đầu mùa khi đang có xu hướng lan rộng tại Việt Nam - 2024. Truy cập ngày 26/10/2023. <https://s.net.vn/IB06>.
5. WHO. 2022-24 Mpox (Monkeypox) Outbreak: Global Trends - 2024. Truy cập ngày 24/12/2024. https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#4_Global_situation_update.
6. Sadeuh-Mba SA, Djuicy DD, Bilounga CN, et al. Concurrent Clade I and Clade II Monkeypox Virus Circulation, Cameroon, 1979-2022. *Emerg Infect Dis.* 2024; 30 (3): 432 - 443.
7. Andrea AE, José T, Manuel A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *The Lancet.* 2022; 400 (10353): 661 - 669.
8. Jean CU, Leandre MM, Pacifique N, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and transmission patterns of a novel Mpox (Monkeypox) outbreak in eastern Democratic Republic of the Congo (DRC): an observational, cross-sectional cohort study. *Medrxiv.* 2024.
9. Christopher E, Overton TW, Robert SP, et al. Understanding the infection severity and epidemiological characteristics of mpox in the UK. *Nature communications.* 2024; 15 (1).
10. Olusola AA, Yinka O, Mahmood Dalhat, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. *The Lancet.* 2019; 19 (8): 872 - 879.
11. Shinichiro M, Yutaro A, Shinya T, et al. Efficacy and viral dynamics of tecovirimat in patients with MPOX: A multicenter open-label, double-arm trial in Japan. *Infection and Chemotherapy.* 2023; 30 (6): 488 - 493.
12. Christine MH, David P, Karen AA, et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Monkeypox Cases — United States, May 17–July 22, 2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2022; 71 (32): 1018 - 1022.
13. WHO. Mpox (monkeypox) - 2023. Truy cập ngày 18/04/2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>.
14. Joyce LJ, William MG, Gabriella MD, et al. Risk Factors for Hospitalization and Effect

- of Immunosuppression on Clinical Outcomes Among an Urban Cohort of Patients With Mpox. Oxford Academic. 2023; 10 (12): 533.
15. Isabel B, Matilde H, Nicole BR, et al. Characteristics of confirmed mpox cases among clinical suspects: A prospective single-centre study in Belgium during the 2022 outbreak. New Microbes New Infect. 2023; 52: 101093.
 16. Scott JY, Aldred B, Aldredge A, et al. Associations Between HIV and Severe Mpox in an Atlanta Cohort. J Infect Dis. 2024; 229: S234 - S242.
 17. Mahmood M, Dalhat DO, Ballah AD, et al. Clinical characteristics and predictors of human mpox outcome during the 2022 outbreak in Nigeria: a cohort study. The Lancet. 2023; 13 (12): 1418 - 1428.
 18. WHO. Mpox - 2023. Truy cập ngày 11/12/2023. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox>.
 19. Perez-Abeledo M. Mpox transmission and clinical features in people living with HIV: a prospective observational study in Spain. The Lancet Infectious Diseases. 2023; 23 (10): 1118 - 1128.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERITY OF MPOX DISEASE IN HO CHI MINH CITY DURING 2023-2024

Nguyen Thanh Thao, Nguyen Hoai Thao Tam, Phan Thi Ngoc Thinh,
Phan Thi Hang, Nguyen Tu Anh

Centre for Disease Control of Ho Chi Minh City

A cross-sectional descriptive case series study was conducted on 157 cases of monkeypox (Mpox) in Ho Chi Minh City (HCMC) during 2023–2024 to describe epidemiological characteristics and identify factors associated with severe disease. All cases were male, with a mean age of 31.9 ± 7 years (the 30–39 age group accounted for 47%); 76% reported homosexual relations, and 57% were HIV-positive. Common symptoms included vesicles/rash (100%), fever (66%), and lymphadenopathy (45%). Initial skin lesions were located on the genital area (48%) and on the head/face (20%). A total of 36% developed severe disease, and 4% died. The risk of severe disease increased in univariate analysis among HIV-positive/unknown cases

(OR = 2.71; 95% CI: 1.29–5.69), those with ≤ 6 months of HIV treatment/interrupted treatment/no treatment (OR = 9.09; 95% CI: 2.33–33.33), comorbidities (OR = 2.69; 95% CI: 1.35–5.35), and late diagnosis > 7 days (OR = 2.94; 95% CI: 1.35–6.25). Multivariate analysis showed factors associated with severe disease were comorbidities (OR = 2.21), late diagnosis (OR = 1.12), higher number of skin lesion sites (OR = 1.29), and non-heterosexual orientation (OR = 3.17). The rates of severe disease and mortality due to Mpox were high. Periodic HIV screening, early detection, treatment adherence, and integrated HIV-Mpox management are needed to reduce severity and mortality risks.

Keywords: monkeypox, Mpox, epidemiology, risk factors, severe disease, Ho Chi Minh City

SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG ĐỘC TỔ BẠCH HẦU TRƯỚC VÀ SAU TIÊM ĐỦ 2 MŨI VẮC XIN UỐN VÁN – BẠCH HẦU (TD) TẠI HUYỆN EA SÚP, TỈNH ĐẮK LẮK VÀ HUYỆN ĐẮK SONG, VÀ TỈNH ĐẮK NÔNG NĂM 2021-2022

Nguyễn Thị Thu Hà*, Lê Văn Tuấn, Nguyễn Thị Tuyết Vân, Nguyễn Hoàng Quân, Trần Thị Thu, Trần Đình Sơn, Trần Lê Thiên Hương, Phạm Thị Lệ Hà, Viên Chinh Chiến

Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên, Đắk Lắk

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được triển khai trên 804 người dân nhằm mô tả sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau tiêm đủ 2 mũi vắc xin uốn ván – bạch hầu (Td) tại huyện Ea Súp, Đắk Lắk và huyện Đắk Song, Đắk Nông trong khoảng thời gian 8/2021–8/2022. Kết quả phân tích cho thấy, trong tổng số 763 người sau khi tiêm đủ 2 liều vắc xin, 96,6% có KT kháng độc tố bạch hầu sau tiêm cao hơn so với trước tiêm, trong khi 3,4% không ghi nhận thay đổi. Tỷ lệ người có KT đạt ngưỡng bảo vệ đầy đủ tăng rõ rệt, từ 23,0% trước tiêm lên 87,7% sau tiêm, qua đó đạt tiêu chuẩn miễn dịch cộng đồng theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Tuy nhiên, vẫn còn 8,9% chỉ đạt mức bảo vệ một phần và 3,4% chưa hình thành KT bảo vệ sau khi hoàn tất 2 liều Td. Kết quả này là cơ sở khoa học quan trọng, góp phần định hướng ngành y tế điều chỉnh chính sách tiêm nhắc lại và xây dựng kế hoạch triển khai tiêm chủng phù hợp hơn. Đồng thời, nghiên cứu cũng đặt nền tảng cho các khảo sát chuyên sâu trong tương lai nhằm theo dõi sự thay đổi nồng độ KT kháng độc tố bạch hầu của cộng đồng tại các mốc 5, 7, 10 và 15 năm.

Từ khóa: Vắc xin Td; Bạch hầu; Đắk Lắk, Đắk Nông

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ những năm 1920, cùng với sự ra đời và mở rộng sử dụng vắc xin phòng bệnh bạch hầu tại nhiều quốc gia, tỷ lệ mắc bệnh đã giảm đáng kể. Mặc dù vậy, cho đến nay bạch hầu vẫn chưa được loại trừ hoàn toàn. Hằng năm trên thế giới vẫn ghi nhận một số ổ dịch hoặc ca bệnh rải rác ở nhiều nước. Báo cáo của CDC Hoa Kỳ cho thấy trong năm 2012 có tổng cộng 4.490 trường hợp mắc bạch hầu trên phạm vi toàn cầu, phần lớn tập trung tại các quốc gia đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, theo thống kê của Cục Y tế Dự phòng, trong giai đoạn 2016–2020 đã có 296 ca bạch hầu được ghi nhận, riêng trong năm 2020 con số này là 198 trường hợp [2].

Tại khu vực Tây Nguyên, báo cáo của Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên cho thấy trong nhiều năm qua đã xảy ra các đợt bùng phát dịch bạch hầu ở cả bốn tỉnh. Giai đoạn 2013–2014, dịch được ghi nhận tại huyện Kbang với 108 ca nghi mắc, trong đó có 2 trường hợp tử vong [3]. Trong thời gian 2016–2018, tỉnh Kon Tum ghi nhận thêm 16 ca mắc và 3 trường hợp tử vong. Năm 2019, tỉnh Đắk Lắk báo cáo hơn 30 ca mắc bạch hầu cùng 1 ca tử vong. Đặc biệt, năm 2020, cả 4 tỉnh Tây Nguyên ghi nhận 191 ca, trong đó có 5 ca tử vong: Đắk Lắk 50 ca; Đắk Nông 39 ca (2 tử vong); Gia Lai 52 ca (2 tử vong); Kon Tum 50 ca (1 tử vong) [3]. Nguyên nhân chủ yếu là do tỷ lệ tiêm chủng chưa đầy đủ và thiếu mũi nhắc lại vắc xin Td

*Tác giả: Nguyễn Thị Thu Hà

Địa chỉ: Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

Số điện thoại: 0905 469 519

Email: thuhavsd@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 22/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

theo khuyến cáo của WHO. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thọ Dược và cộng sự (2016) tại huyện Kon Plông, Kon Tum cho thấy 89,8% trẻ được điều tra đã tiêm đủ 3 mũi vắc xin DPT [4]. Trong khi đó, nghiên cứu của Lê Văn Bé và cộng sự (2017) cũng tại Kon Plông cho thấy chỉ 52,5% nhóm dân số 6–25 tuổi có kháng thể kháng độc tố bạch hầu [5]. Bộ Y tế nhận định Tây Nguyên vẫn tồn tại nguy cơ dịch tái xuất hiện do các “vùng lõm” tiêm chủng và khoảng trống miễn dịch ở nhóm >7 tuổi. Do vậy, ngày 15/7/2020 Bộ đã ban hành Quyết định số 3054/QĐ-BYT phê duyệt kế hoạch tiêm vắc xin Td phòng chống bạch hầu tại 4 tỉnh Tây Nguyên.

Để xác định tỷ lệ người có sự biến đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu ở mức bảo vệ trước và sau khi tiêm 2 liều vắc xin Td, đồng thời làm cơ sở dữ liệu cho việc xây dựng kế hoạch tiêm chủng phòng bệnh bạch hầu tại khu vực Tây Nguyên trong giai đoạn tiếp theo, nhằm đảm bảo đạt miễn dịch cộng đồng trên 85% theo khuyến cáo của WHO [6], chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau tiêm đủ 2 mũi vắc xin uốn ván – bạch hầu (Td) tại huyện Ea Súp, Đắk Lắk và huyện Đắk Song, Đắk Nông trong khoảng thời gian 8/2021–8/2022

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Điều tra 804 người dân hiện sống trên địa bàn 2 huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông và huyện Ea Súp, tỉnh Đắk Lắk tham gia trước tiêm vắc xin và 763 người sau tiêm đủ 2 mũi vắc xin Td trong chiến dịch ở độ tuổi từ 49 tháng tuổi trở lên và người giám hộ, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn đối tượng:

Đối tượng nghiên cứu là những người khỏe mạnh, tự nguyện tham gia (trường hợp dưới 18 tuổi cần có sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ), có địa chỉ cư trú rõ ràng, thuận tiện cho việc liên hệ và đã được tiêm đủ 2 liều vắc xin Td trong đợt chiến dịch.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những người mắc các bệnh về suy giảm miễn dịch.

Người đã từng mắc bệnh bạch hầu

Người chỉ tiêm 1 mũi vắc xin Td

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện huyện Ea Súp, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông từ 8/2021 đến tháng 8/2022.

Xét nghiệm nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu bằng kỹ thuật ELISA sử dụng bộ sinh phẩm SERION ELISA classic Diphtheria IgG, của hãng sản xuất Serion GmbH (Đức), mã hàng ESR130G. Xét nghiệm ELISA được thực hiện tại phòng xét nghiệm khoa Vi sinh miễn dịch, Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và phân tích phòng thí nghiệm

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để xác định một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu; là hệ số giới hạn tin cậy, chọn bằng 1,96 ứng với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$; p = 0,66 (tỷ lệ quần thể có kháng thể kháng độc tố bạch hầu theo nghiên cứu tại huyện tỉnh Kon Tum năm 2020 [7]); e sai số = 0,05; d hiệu lực thiết kế = 2. Thay vào ta được n = 689,6 mẫu. Dự phòng 10% các trường hợp vắng mặt hoặc từ chối tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là: 758,6, làm tròn 760 mẫu. Thực tế lấy được 804 trước và sau 763 mẫu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Bước 1: Chọn huyện, lập danh sách các huyện chưa triển khai chiến dịch tiêm vắc xin Td.

Bước 2: chọn ngẫu nhiên đơn giản mỗi tỉnh 1 huyện để tiến hành nghiên cứu. Tỉnh Đắk Lắk chọn được huyện Ea Súp, tỉnh Đắk Nông chọn được huyện Đắk Song. Như vậy đối tượng nghiên cứu tại mỗi huyện: $760/2=380$ mẫu/huyện.

Bước 3: Chọn đối tượng nghiên cứu theo phương pháp xác suất: Lập danh sách người đến tiêm vắc xin Td tại hai huyện nghiên cứu trong chiến dịch. Tiến hành lấy máu trước và sau tiêm mũi 2 vắc xin Td, tiến hành chọn ngẫu nhiên, lấy tối thiểu 380 người tại mỗi huyện để phỏng vấn thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn và lấy 3ml máu để xét nghiệm kháng thể kháng độc tố bạch hầu sau tiêm vắc xin Td.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, thời gian sống tại địa phương, tiền sử tiêm chủng vắc xin DPT và bệnh lý nền.

Sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau tiêm 2 mũi vắc xin Td

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đối tượng được phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi soạn sẵn về các nguồn thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Kỹ thuật xét nghiệm kháng thể kháng độc tố bạch hầu:

Mẫu máu sau khi tách huyết thanh sẽ được xác định nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu bằng kỹ thuật ELISA. Sử dụng bộ sinh

phẩm SERION ELISA classic Diphtheria IgG, của hãng sản xuất Serion GmbH (Đức), mã hàng ESR130G.

Đánh giá về khả năng miễn dịch [6]

Nồng độ kháng thể $< 0,01\text{IU/ml}$: Không có khả năng bảo vệ

$0,01\text{IU/ml} \leq$ nồng độ kháng thể $\leq 0,1\text{IU/ml}$: Bảo vệ một phần

Nồng độ kháng thể $>0,1\text{IU/ml}$: Bảo vệ đầy đủ chắc chắn chống lại bạch hầu

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Các dữ liệu thu thập được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và xử lý thống kê bằng SPSS phiên bản 20. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng mô tả, thể hiện tỷ lệ nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau khi tiêm 2 liều vắc xin Td ở các đối tượng tham gia tại huyện Ea Súp, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông trong giai đoạn 2021–2022.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên cho phép (số 01/CNĐC-HĐĐĐ ngày 04/05/2022).

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu tại huyện EaSup, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông năm 2021 - 2022

Bảng 1. Thông tin chung về của đối tượng tham gia nghiên cứu tại huyện EaSup, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông năm 2021 - 2022

Đặc trưng	Trước tiêm 2 mũi vắc xin Td (n = 804)		Sau tiêm 2 mũi vắc xin Td (n = 763)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi				
5-10 tuổi	69	8,6	68	8,9
11-20 tuổi	149	18,5	146	19,1

Bảng 1. Thông tin chung về của đối tượng tham gia nghiên cứu tại huyện EaSup, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông năm 2021 - 2022 (tiếp)

Đặc trưng	Trước tiêm 2 mũi vắc xin Td (n = 804)		Sau tiêm 2 mũi vắc xin Td (n = 763)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
21-30 tuổi	114	14,2	108	14,2
31-40 tuổi	151	18,8	142	18,6
41-50 tuổi	152	18,9	144	18,9
>50 tuổi	169	21,0	155	20,3
TB tuổi = 35,1 (5 - 87 tuổi)			TB tuổi= 35,1 (5 -87 tuổi)	
Giới tính				
Nam	375	46,6	355	46,5
Nữ	429	53,4	408	53,5
Dân tộc				
Kinh	704	87,6	663	86,9
Dân tộc khác	100	12,4	100	13,1
Trình độ học vấn				
Mù chữ	68	8,5	63	8,3
Tiểu học	151	18,8	140	18,3
Trung học cơ sở	295	36,7	283	37,1
Trung học phổ thông/đại học/sau đại học	289	35,9	277	36,3
Thời gian sống tại địa phương				
<10 năm	117	14,6	116	15,2
10-20 năm	195	24,3	191	25,0
>20 năm	492	61,2	456	59,8
Địa phương sống				
Đắk Nông	384	47,8	379	49,7
Đắk Lắk	420	52,2	384	50,3

Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu trước tiêm và sau tiêm 2 mũi vắc xin Td là 35,1 tuổi, nhóm tuổi >50 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt trước tiêm và sau tiêm là 21,0% và 20,3%; tiếp đến là nhóm 41-50 tuổi; nhóm 31-40 tuổi; nhóm 11-20 tuổi và tỷ lệ tham gia nghiên cứu thấp nhất là nhóm tuổi từ 5-10 chiếm 8,6%. Người tham gia là giới nữ nhiều hơn nam, tương ứng với tỷ lệ nữ 53,5% và nam giới chiếm tỷ lệ 46,5%. Người tham gia nghiên cứu đa dạng thành phần dân tộc tuy nhiên cả trước và sau tiêm 2 mũi vắc xin Td người dân tộc kinh đều chiếm đa số với tỷ lệ trên 86% và thành phần

dân tộc khác chỉ có 12,4% trước tiêm vắc xin và 13,1% sau tiêm. Trình độ học vấn của người tham gia nghiên cứu chủ yếu là trung học cơ sở và phổ thông trung học, tương ứng với tỷ lệ trước và sau tiêm vắc xin Td lần lượt là (trước 36,7% và 35,9% và sau 37,1% , 36,3%), còn lại (18,8 và 18,3%) là trình độ tiểu học và (8,5% và 8,3%) là mù chữ.

Cả trước và sau tiêm vắc xin Td, có hơn 50% người tham gia đã có thời gian sinh sống tại địa bàn nghiên cứu trên 20 năm (61,2% và 59,8%), từ 10-20 năm chiếm tỷ lệ (24,3% và 25,0%) và (14,6% và 15,2%) là dưới 10 năm.

Trong số người tham gia nghiên cứu, trước tiêm vắc xin có 52,2% và sau tiêm vắc xin Td có 50,3% địa chỉ tại huyện Ea Sup tỉnh Đắk

Lắk và (47,8% và 49,7%) là huyện Đắk Song tỉnh Đắk Nông.

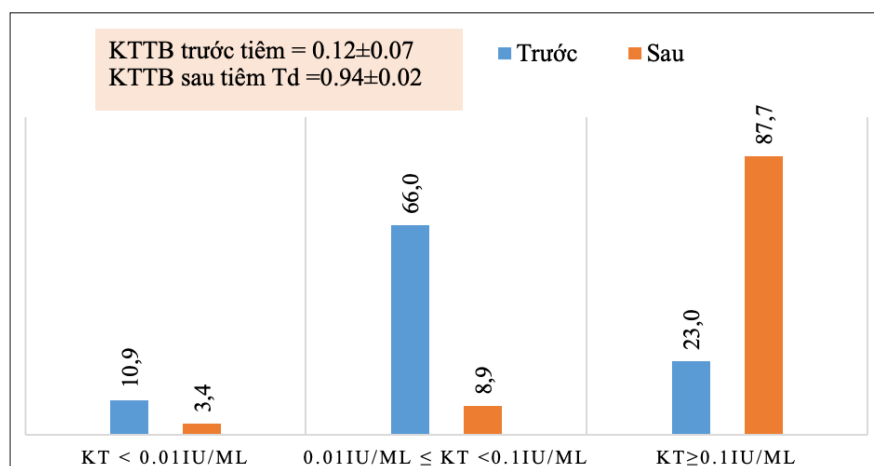
Bảng 2. Tiền sử tiêm chủng vắc xin có thành phần bạch hầu và bệnh nền của đối tượng tham gia nghiên cứu tại huyện EaSup, tỉnh Đắk Lắk và huyện Đắk Song, tỉnh Đắk Nông năm 2021-2022

Đặc trưng	Trước tiêm 2 mũi vắc xin Td (n=804)		Sau tiêm 2 mũi vắc xin Td (n=763)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử tiêm chủng vắc xin có thành phần bạch hầu				
Có	100	12,4	98	12,8
Không	704	87,6	665	87,2
Bệnh lý nền				
Có	81	10,1	77	10,1
Không	718	89,3	676	88,6
Không biết	5	0,6	5	0,7

Kết quả từ bảng 2 cho thấy, chỉ có 12,4% số người tham gia nghiên cứu trước tiêm vắc xin Td và 12,8% sau tiêm 2 mũi vắc xin Td trong đợt tiêm chiến dịch, đã từng tiêm vắc xin có thành phần bạch hầu. Có trên 80% người tham gia nghiên cứu không có bệnh lý nền (89,3% và 88,2%), chỉ có 10,1% có bệnh lý nền (tăng

huyết áp và tiểu đường).

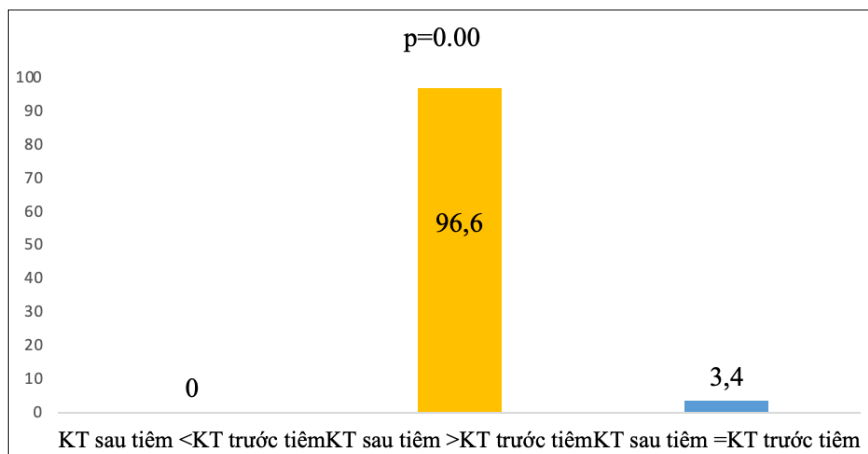
3.2 Biến động nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu trước và sau khi tiêm 2 liều vắc xin Td ở các đối tượng tham gia tại huyện Ea Súp (Đắk Lắk) và huyện Đắk Song (Đắk Nông), giai đoạn 2021–2022



Hình 1. Hiệu giá KT IgG kháng độc tố bạch hầu trước và sau tiêm 2 mũi vắc xin Td

Kết quả từ hình 1 cho thấy, trước chiến dịch chỉ có 23% người tham gia có mức kháng thể bảo vệ đầy đủ và sau tiêm 2 mũi vắc xin

Td, tỷ lệ người có mức kháng thể bảo vệ đầy đủ đạt 87,7%.



Hình 2. Biến động nồng độ KT bạch hầu trước tiêm và sau tiêm 2 mũi vắc xin Td

Kết quả phân tích bằng phép kiểm định Wilcoxon (Hình 2) cho thấy 96,6% số người tham gia có nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu sau khi tiêm 2 liều vắc xin Td cao hơn so với trước tiêm, trong khi 3,4% không ghi nhận sự thay đổi. Sự khác biệt về nồng độ kháng thể trước và sau tiêm được xác định có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, mặc dù Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) đã được triển khai từ năm 1981, nhưng số ca mắc bạch hầu và người mang mầm bệnh không triệu chứng vẫn còn ở mức đáng kể [8]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thọ Dược và cộng sự (2016) tại huyện Kon Plông, tỉnh Kon Tum cho thấy 89,8% số trẻ được khảo sát đã tiêm đủ 3 liều vắc xin DPT (bạch hầu – ho gà – uốn ván) [4]. Trong khi đó, Lê Văn Bé và cộng sự (2017) cũng tại Kon Plông ghi nhận chỉ 52,5% dân số từ 6–25 tuổi có kháng thể kháng độc tố bạch hầu [5]. Nghiên cứu của Lê Văn Tuấn (2020) tại Kon Tum cho thấy tỷ lệ người có kháng thể đạt mức bảo vệ đầy đủ chỉ đạt 60,7% [7].

Trong nghiên cứu này, trước tiêm chỉ có 23% đối tượng đạt mức kháng thể bảo vệ chống lại độc tố bạch hầu, nhưng sau khi tiêm đủ 2 liều vắc xin Td, tỷ lệ này đã tăng lên 87,7%. Con số này thấp hơn so với một số quốc gia

châu Á như Thái Lan (90,9%) [9] và Singapore (90,0%) [10], song lại cao hơn kết quả ghi nhận tại Trung Quốc (66,3%) [11]. Điều này chứng tỏ chiến dịch tiêm 2 mũi Td ở huyện Đắk Song (Đắk Nông) và Ea Súp (Đắk Lắk), khu vực Tây Nguyên, đã mang lại hiệu quả miễn dịch phù hợp với khuyến cáo của WHO. Theo đó, để đạt miễn dịch cộng đồng, tỷ lệ cần thiết là tối thiểu 90% ở trẻ em và 75% ở người trưởng thành [6]. Tuy nhiên, WHO cũng khuyến nghị việc tiêm nhắc lại định kỳ sau mỗi 10 năm để đảm bảo khả năng bảo vệ lâu dài [12]. Ngoài ra, Brennan và cộng sự (2000) cho rằng người trưởng thành chưa từng được tiêm chủng hoặc có tiền sử tiêm không rõ ràng nên được bổ sung tối thiểu 3 liều vắc xin bạch hầu – uốn ván (dT) hoặc Td nhằm phòng ngừa nguy cơ mắc bệnh [13].

Nồng độ kháng thể hiện có tại thời điểm tiêm vắc xin có tác động trực tiếp đến khả năng đáp ứng miễn dịch. Kết quả thể hiện ở Hình 2 cho thấy 737 trường hợp (96,6%) có mức kháng thể kháng độc tố bạch hầu sau tiêm 2 liều Td cao hơn so với trước tiêm, trong khi 26 trường hợp (3,4%) không ghi nhận sự thay đổi. Sự khác biệt về nồng độ kháng thể trước và sau tiêm được chứng minh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thọ Dược và Lê Văn Bé [4], khi trong số 219 đối tượng tiêm Td, có 205 người chuyển đổi huyết thanh (kháng thể sau tiêm cao hơn trước), đạt tỷ lệ 93,6%. Theo Siegrist

C.A (2008), sự tồn tại kháng thể trước đó có thể trung hòa kháng nguyên trong vắc xin, hình thành phức hợp kháng nguyên – kháng thể, từ đó làm giảm lượng kháng nguyên gắn kết với tế bào B cũng như các cơ chế qua trung gian kháng thể. Do đó, ở những người có sẵn mức kháng thể cao với một kháng nguyên nhất định, khả năng đáp ứng miễn dịch sẽ bị hạn chế [14].

Nghiên cứu có hạn chế khi chỉ tiến hành tại 2 huyện Ea Súp (Đắk Lắk) và Đắk Song (Đắk Nông), do đó kết quả chưa phản ánh đầy đủ cho toàn vùng Tây Nguyên. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được sự duy trì miễn dịch lâu dài. Với nhóm chưa được tiêm đủ 2 mũi hoặc chưa rõ tiền sử tiêm chủng, cần được tiêm tối thiểu 3 liều vắc xin có thành phần bạch hầu theo khuyến cáo để đạt miễn dịch bảo vệ. Tuy nhiên, việc mở rộng bao phủ vắc xin ở khu vực Tây Nguyên còn gặp nhiều khó khăn như địa hình phức tạp, dân cư phân tán, tỷ lệ di biến động cao, cũng như hạn chế về nhân lực và nhận thức tiêm chủng. Đây là những yếu tố cần được quan tâm trong hoạch định chính sách tiêm chủng bổ sung và nhắc lại trong thời gian tới.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 763 đối tượng tại 02 huyện Đắk Song và Ea Súp cho thấy, có 96,6% người có sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu sau tiêm 2 mũi vắc xin Td cao hơn trước tiêm vắc xin và vẫn còn 3,4% không thay đổi. Nồng độ kháng thể kháng độc tố bạch hầu IgG đạt mức bảo vệ đầy đủ của người tham gia trước tiêm vắc xin Td trong chiến dịch chỉ chiếm tỷ lệ 23% và hiệu quả của chiến dịch tiêm 2 mũi vắc xin Td, với nồng độ kháng thể bảo vệ đầy đủ đã đạt 87,7% và đã đạt được mức miễn dịch cộng đồng theo khuyến cáo của WHO, tuy nhiên vẫn còn 8,9% mức kháng thể bảo vệ một phần và 3,4% chưa có kháng thể kháng độc tố bạch hầu ở mức bảo vệ phòng bệnh, do đó họ vẫn còn tiềm ẩn nguy mắc bệnh và có thể tử vong khi mắc bạch hầu. Qua phát hiện của nghiên cứu chúng tôi có một vài khuyến nghị sau: Cần theo dõi và tiếp

tục lấy máu xét nghiệm xác định sự biến động nồng độ kháng thể bảo vệ kháng độc tố bạch hầu sau tiêm 2 mũi vắc xin Td tại các mốc thời gian cần thiết và phù hợp là cơ sở xây dựng kế hoạch tiêm bổ sung vắc xin Td cho cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC. Diphtheria. In: Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J (eds). Epidemiology and Prevention of Vắc xin -Preventable Diseases, 12th edn. Washington, DC: Public Health Foundation. 2012; 12: 75 - 86.
2. Cục Y tế dự phòng. Tình hình dịch bệnh bạch hầu và các biện pháp phòng chống trọng tâm, 2020. Ngày truy cập 22/6/2021. https://vncdc.gov.vn/files/article_attachment/2020/9/2-cuc-ytdp-bai-trinh-bay-bach-hau-hoi-nghi-pcd-1992020-new.pdf.
3. Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên. Báo cáo kết quả hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm tại khu vực Tây Nguyên tại hội nghị giao ban khu vực năm 2021.
4. Phạm Thọ Dược, Trần Đắc Phu, Phạm Ngọc Thanh và cộng sự. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tiêm chủng vắc xin phòng bệnh bạch hầu ở trẻ (1 - 5 tuổi) tại huyện Kon Plong, tỉnh Kon Tum – 2016. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26 (15(188)): 97 – 103.
5. Lê Văn Bé, Nguyễn Thị Lan Phương, Phạm Thọ Dược và cộng sự. Đánh giá đáp ứng kháng thể kháng độc tố bạch hầu sau can thiệp bằng vắc xin uốn ván –bạch hầu (Td) trên đối tượng 6 đến 25 tuổi tại huyện Kon Plong, tỉnh Kon Tum, từ 5/2016 - 3/2017. Tạp chí Y học dự phòng. 2017; 27 (8): 465 - 471.
6. WHO. The Immunological Basis for Immunization Series: Module 2: Diphtheria. Received on 22 June 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/who-immunological-basis-for-immunization-series-module-2-diphtheria>.
7. Lê Văn Tuấn, Viên Chinh Chiến, Nguyễn Thị Tuyết Vân và cộng sự. Đánh giá tình trạng kháng thể IgG kháng độc tố bạch hầu của người dân tại thành phố Kon Tum, tỉnh Kon Tum năm 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2021; 31 (7): 9 - 17.
8. Nguyen TD, Dang A, Van DP, et al. Coverage of the expanded program on immunization in Vietnam: Results from 2 cluster surveys and routine reports. Hum Vaccin Immunother. 2015; 11 (2164 - 554X): 1526 - 1533.
9. Wanlapakorn N, Pornsak Y, Tharmaphornpilas P, et al. Diphtheria outbreak in Thailand, 2012;

- seroprevalence of diphtheria antibodies among Thai adults and its implications for immunization programs. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012; 45: 1132 - 1141.
10. Ang LW, James L, Goh KT. Prevalence of diphtheria and tetanus antibodies among adults in Singapore: a national serological study to identify most susceptible population groups. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 38: 99 - 105.
 11. Li X, Chen M, Zhang T, et al. Seroepidemiology of diphtheria and pertussis in Beijing, China: A cross-sectional study. *Hum Vaccin Immunother*. 2015; 11 (10): 2434 - 2439.
 12. Scheifele DW, Ochnio JJ. Module 2: Diphtheria (update 2009). In: *The immunological basis for immunization series*. Geneva: World Health Organization. 2009.
 13. Brennan M, Vitek C, Strebel P, et al. How many doses of diphtheria toxoid are required for protection in adults? Results of a case-control study among 40- to 49-year-old adults in the Russian Federation. *J Infect Dis*. 2000; 181: S193 – S196.
 14. Siegrist C. Vắc xin immunology. In *Vắc xin s*, S.A. Plokin, W.A. Orenstein, and P.A. Offit, eds (Philadelphia, PA; Elsevier Inc). 2008; 17 - 36.

CHANGES OF DIPHTHERIA ANTIBODY TITERS BEFORE AND AFTER 2 DOSES OF TETANUS-DIPHTHERIA (TD) VACCINE IN EASUP DISTRICT, DAK LAK PROVINCE AND DAK SONG DISTRICT, DAK NONG PROVINCE IN 2021-2022

**Nguyen Thi Thu Ha, Le Van Tuan, Nguyen Thi Tuyet Van, Nguyen Hoang Quan,
Tran Thi Thu, Tran Dinh Son, Tran Le Thien Huong, Pham Thi Le Ha,
Vien Chinh Chien**

Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology, Dak Lak

The cross-sectional descriptive study was conducted on 804 individuals to describe changes of diphtheria antibody titers before and after 2 doses of tetanus-diphtheria (Td) vaccine in EaSup district, Dak Lak province and Dak Song district, Dak Nong province in 2021-2022 from August 2021 to August 2022. The results showed that 96.6% of study participants had diphtheria antitoxin antibodies after receiving two doses of the Td vaccine and 3.4% of people had no change in antibody concentration, a significant increase compared to before vaccination. The proportion of individuals with fully protective antibody levels increased markedly from 23.0% to 87.7%,

achieving herd immunity after two Td vaccine doses as recommended by the WHO. However, 8.9% remained at a partially protective level, and 3.4% did not achieve protective antibody levels even after receiving both Td doses. The study findings provide a basis for healthcare units to adjust booster vaccination policies and improve immunization plans. Additionally, they serve as a foundation for further in-depth studies to monitor fluctuations in diphtheria antitoxin antibody levels in the community over time at intervals of 5, 7, 10, and 15 years.

Keywords: Vaccine Td; Diphtheria; Dak Lak, Dak Nong

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI CÔNG TY ĐÓNG TÀU HẠ LONG, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2025

Ngô Thị Thu Hiền^{1*}, Lê Văn Huy², Khương Văn Duy³, Nguyễn Phương Anh⁴,
Ngô Thị Hồng Nhung⁵

¹*Khoa Y tế công cộng, Trường Y - Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa*

²*Trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động và Môi trường giao thông vận tải*

³*Trường Đại học Thăng Long*

⁴*Đại học Phenikaa*

⁵*Khoa Quản lý nguồn nhân lực, Trường Đại học Lao động - Xã hội*

TÓM TẮT

Người lao động trong ngành đóng tàu đang phải đối mặt với nhiều yếu tố nguy cơ sức khỏe từ môi trường làm việc và đặc điểm cá nhân. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sức khỏe và một số yếu tố liên quan của người lao động tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh năm 2025. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 NLĐ tại Công ty đóng tàu Hạ Long, Quảng Ninh, từ tháng 01 đến 03 năm 2025. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn NLĐ, kết hợp hồi cứu kết quả khám sức khỏe định kỳ năm 2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 33,8% NLĐ có sức khỏe không tốt (loại III, IV và V). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, một số yếu tố có liên quan đến thực trạng sức khỏe không tốt của NLĐ bao gồm: tình trạng ly hôn/ly thân/góa (aOR = 5,58; 95%CI: 1,33 – 21,66; p < 0,05); thâm niên nghề ≥ 5 năm (aOR = 3,68; 95%CI: 2,03 - 6,69; p < 0,01); thời gian nghỉ giữa ca < 15 phút (aOR = 2,14; 95%CI: 1,07 - 4,29; p < 0,05); thường xuyên sử dụng rượu bia (aOR=1,95; 95%CI: 1,12 - 3,37; p < 0,05). Các chương trình can thiệp cần tăng cường hỗ trợ tâm lý - xã hội cho NLĐ có hoàn cảnh đặc biệt, tăng thời gian nghỉ giữa ca. Đồng thời, NLĐ cần kiểm soát thói quen sử dụng rượu bia để nâng cao sức khỏe.

Từ khóa: Sức khỏe; người lao động; yếu tố liên quan; đóng tàu; Hạ Long

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ngành đóng tàu là một ngành công nghiệp nặng hàng đầu của nền kinh tế biển. Theo thống kê của Bộ Công thương (2021), “tính đến giữa năm 2021, Việt Nam có 1.576 tàu và mặc dù chịu ảnh hưởng lớn của dịch COVID-19 nhưng tổng lượng hàng hóa vận chuyển vẫn đạt gần 82 triệu tấn, tăng 12% so với thời điểm tháng 12/2020” [1]. Với sự phát triển nhanh chóng của ngành Hàng Hải, nhu cầu về nguồn lao động chất lượng cũng tăng theo. Tuy nhiên, người lao động trong ngành này phải chịu ảnh hưởng nhiều rủi ro về sức khỏe và từ điều kiện làm việc, bao gồm vi

khí hậu khắc nghiệt (nhiệt độ cao, độ ẩm thấp), tiếng ồn lớn, tiếp xúc với các hóa chất độc hại (son, chất chống ăn mòn), bụi công nghiệp, và yêu cầu lao động nặng về thể lực [2, 3]. Ngoài các yếu tố điều kiện làm việc, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra yếu tố cá nhân như tuổi tác, giới tính, thói quen sinh hoạt và thời gian làm việc, hút thuốc lá, ít vận động, và thiếu chế độ dinh dưỡng hợp lý cũng làm gia tăng nguy cơ bệnh tật và suy giảm tình trạng sức khỏe của người lao động [4, 5].

Công ty đóng tàu Hạ Long, Quảng Ninh là một công ty đóng tàu lớn ở miền Bắc, người lao động hàng ngày phải làm việc trong môi trường

*Tác giả: Ngô Thị Thu Hiền

Địa chỉ: Trường Y - Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa

Điện thoại: 0915 505 332

Email: hien.ngothithu@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 20/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

khắc nghiệt và áp lực cao gây ảnh hưởng đến sức khỏe. Trong nhiều năm nay, chưa có nghiên cứu tổng thể nào về thực trạng sức khỏe của người lao động tại Công ty đóng tàu Hạ Long. Điều này đặt ra câu hỏi thực trạng sức khỏe của người lao động đóng tàu Hạ Long hiện nay như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến thực trạng sức khỏe của đối tượng này? Để trả lời cho câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng sức khỏe và một số yếu tố liên quan của người lao động tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh 2025” nhằm mô tả thực trạng sức khỏe và một số yếu tố liên quan của người lao động tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh năm 2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người lao động (NLĐ) đang làm việc trực tiếp và gián tiếp đóng tàu, bao gồm cả người làm việc tại khu vực hậu cần tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh, năm 2025.

Điều kiện môi trường làm việc của người lao động đang làm các công việc trực tiếp hoặc gián tiếp tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh, năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người lao động có biên chế làm việc trong các vị trí trực tiếp hoặc gián tiếp tại Công ty đóng tàu Hạ Long, Quảng Ninh, được quản lý và theo dõi sức khỏe tuân thủ các tiêu chí khám định kỳ theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ban hành ngày 31/12/2023 quy định chi tiết một số điều trong luật khám, chữa bệnh [6] và phân loại các nhóm sức khỏe theo tiêu chuẩn 1613 BYT/QĐ ngày 15/08/1997 của Bộ Y tế [7].

Người lao động cam kết tham gia một cách tự nguyện vào nghiên cứu.

Đối với điều kiện môi trường lao động:

Số liệu quan trắc môi trường lao động được Trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động và Môi trường Giao thông vận tải đo đạc năm 2024 với đầy đủ số liệu về vi khí hậu, tiếng ồn, vận tốc

không khí, hơi khí độc tại các phân xưởng của Công ty.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người lao động làm việc theo hợp đồng ngắn hạn dưới 3 tháng, không có hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe định kỳ. Người lao động nghỉ ốm, thai sản, nghỉ tai nạn lao động tại thời điểm lấy số liệu. Người lao động từ chối tham gia vào nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Trong khoảng thời gian từ tháng 01-04/2025, nghiên cứu được thực hiện tại Công ty đóng tàu Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu số liệu khám sức khỏe định kỳ năm 2024.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng công thức cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ cho một nghiên cứu mô tả, sử dụng sai số tuyệt đối:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra; p: ước đoán tỷ lệ công nhân có sức khỏe không tốt (loại III, IV, V). Theo nghiên cứu của Phạm Tùng Lâm và cộng sự 2013, tỷ lệ người lao động tại Công ty đóng tàu Hạ Long có sức khỏe không tốt là 26,8% [8], chọn $p = 0,268$. $Z_{(1-\alpha/2)}$: Ứng với độ tin cậy 95% thì hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; α : Mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 5\%$; d: độ chính xác tuyệt đối của p, $d = 0,04$. Thay các hệ số vào công thức ta được $n = 461$. Tăng 10% cỡ mẫu để dự trữ cho những phiếu bị thiếu thông tin, tổng cỡ mẫu tính được, làm tròn $n = 500$.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu này sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện có nghĩa là người lao động đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được mời tham gia trả lời các câu hỏi của phiếu điều tra, cho đến khi chúng tôi nhận được đủ số lượng người tham gia.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến độc lập: Thông tin chung về nhân khẩu học, hành vi sức khỏe, thông tin về môi trường và các điều kiện làm việc khác của NLĐ.

Biến phụ thuộc: Thực trạng sức khỏe của NLĐ.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu về các thông tin cá nhân, điều kiện làm việc, môi trường làm việc, tai nạn thương tích (TNTT). Kết hợp thu thập số liệu từ Hồ sơ khám sức khỏe của người lao động, kết quả quan trắc môi trường lao động năm 2024.

Phân loại sức khỏe người lao động căn cứ theo Quyết định số 1613/BYT-QĐ ngày 15/08/1997, các bệnh tật chuyên khoa răng hàm mặt, mắt, tai mũi họng, thần kinh - tâm thần, tiêu hóa, hô hấp,... và kết luận sức khỏe theo 5 loại I, II, II, IV, V [7].

Trong phân tích mối liên quan giữa thực trạng sức khỏe và một số yếu tố. Tình trạng sức khỏe được chia thành 2 nhóm (cách phân loại này được tham khảo theo nghiên cứu của Phạm Tùng Lâm (2013)[8] và Hoàng Thanh Bình (2023)[9]):

- Nhóm Sức khỏe tốt tương ứng với kết luận sức khỏe loại I, II.

- Nhóm Sức khỏe không tốt tương ứng với kết luận sức khỏe loại III, IV, V.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch sau khi thu thập, sau đó sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập liệu. Số liệu sau khi nhập xong được đưa vào phần mềm SPSS 27.0 để phân tích. Các thuật toán thống kê cơ bản như: số lượng, tỷ lệ (%) cho các biến định tính, tính giá trị trung bình, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

Phân tích đơn biến mối liên quan giữa thực trạng sức khỏe của NLĐ và một số yếu tố thông qua tỷ suất chênh OR, khoảng tin cậy CI 95%, khi bình phương (χ^2)/Exact test. Giá trị $p < 0,05$ được xem xét để đánh giá mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực trạng sức khỏe khi phân tích đơn biến được lựa chọn để đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đáp ứng đầy đủ các khía cạnh đạo đức và khoa học trong nghiên cứu. Được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đề cương luận văn thạc sĩ chuyên ngành YTCC theo Quyết định số 24102109/QĐ-ĐHTL ngày 21/10/2024

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung và thông tin về tình trạng sức khỏe của người lao động

Bảng 1. Thông tin chung và tình trạng sức khỏe của người lao động (n = 500)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	404	80,8
	Nữ	96	19,2
Tuổi	≤ 25 tuổi	15	3,0
	26 - 40 tuổi	173	34,6
	41 - 50 tuổi	251	50,2
	> 50 tuổi	61	12,2
	(Mean ± SD = 42,1 ± 7,2)		
Thâm niên nghề	≥ 5 năm	128	25,6
	< 5 năm	372	74,4
	Mean ± SD = 14,3 ± 8,7		

Bảng 1. Thông tin chung và tình trạng sức khỏe của người lao động (n = 500) (tiếp)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nghỉ giữa ca	<15 phút	216	43,2
	Từ 15 - 30 phút	217	43,4
	>30 phút	67	13,4
Sử dụng rượu bia	Có	101	20,2
	Không	399	79,8
Tình trạng sức khỏe	Không tốt	168	33,6
	Tốt	332	66,4

Kết quả tại Bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ nam giới tham gia nghiên cứu cao hơn nữ giới (80,8% so với 19,2%). Người lao động có tuổi trung bình là $42,1 \pm 7,2$, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 41 - 50, (50,2%), thấp nhất là nhóm tuổi ≤ 25 , chiếm 3,0%.

Đa phần NLĐ có thâm niên làm việc ≥ 5 năm (74,4%), với trung bình = $14,3 \pm 8,7$. Phần lớn, NLĐ có thời gian nghỉ giữa ca < 30 phút, chiếm 86,6%.

Có tới 20,2% NLĐ uống nhiều rượu/bia. Tỷ lệ NLĐ có sức khỏe không tốt chiếm 33,6%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe của người lao động

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, các yếu tố có liên quan với tình trạng sức khỏe của công nhân bao gồm: hành vi sức khỏe: có hút thuốc lá so với không hút (OR=1,72; 95%CI: 1,15-2,57; $p<0,01$), thường xuyên sử dụng rượu bia so với không/không thường xuyên (OR=2,0; 95%CI: 1,28-3,12; $p<0,01$).

Điều kiện làm việc: thời gian làm việc trung bình $>8 - 10h$ so với $\leq 8h$ (OR=1,55; 95%CI: 1,0-2,41; $p<0,05$), thời gian nghỉ giữa ca <15 phút so với > 30 phút (OR=1,98; 95%CI: 1,06-3,71; $p<0,05$), thâm niên làm việc ≥ 5 năm so với < 5 năm (OR=4,46; 95%CI: 2,57-7,73; $p<0,001$), vị trí sản xuất trực tiếp so với gián tiếp (OR=2,03; 95%CI: 1,04-3,96; $p<0,05$), tư thế làm việc ngồi nhiều so với đứng nhiều (OR=2,28; 95%CI: 1,11-4,71; $p<0,05$).

Môi trường làm việc: làm việc trong môi trường nóng nhiều (OR=1,9; 95%CI: 1,10-3,30; $p<0,05$), bụi nhiều (OR=3,48; 94%CI: 1,73-7,0; $p<0,01$), ồn nhiều (OR=2,72; 95%CI: 1,48-5,02; $p<0,01$), rung nhiều (OR=1,56; 95%CI: 1,02-2,40; $p<0,05$).

Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực trạng sức khỏe khi phân tích đơn biến này được chúng tôi lựa chọn để đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic trong Bảng 2 dưới đây.

Bảng 2. Hồi quy đa biến logistic mô tả liên quan giữa thực trạng sức khỏe và một số yếu tố (n = 500)

Yếu tố liên quan		Sức khỏe không tốt	
		aOR (95%CI)	p
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	1	-
	Đã kết hôn	2,14 (0,74-6,19)	0,15
	Ly thân/ly hôn/Góa	5,38 (1,33-21,66)	0,018
Thâm niên nghề	≥ 5 năm	3,68 (2,03-6,69)	<0,001
	< 5 năm		
Vị trí công việc	Sản xuất trực tiếp	1,64 (0,75-3,57)	0,20
	Sản xuất gián tiếp		
Thời gian làm việc trung bình/ngày	≤ 8h	1	-
	9-10h	1,73 (0,34-8,73)	0,50
	>10h	2,05 (0,42-9,92)	0,37
Thời gian nghỉ giữa ca	<15 phút	2,14 (1,07-4,29)	0,03
	Từ 15-30 phút	1,34 (0,85-2,11)	0,20
	>30 phút	1	-
Hút thuốc	Có	1,42 (0,86-2,33)	0,16
	Không		
Sử dụng rượu bia	Có	1,95 (1,12-3,37)	0,017
	Không		
Tư thế làm việc chính	Đứng nhiều	0,46 (0,20-1,06)	0,069
	Ngồi nhiều	1,15 (0,59-2,25)	0,67
	Nửa ngồi	0,69 (0,34-1,38)	0,29
	Di chuyển	1	-
Môi trường nóng nhiều	Có	1,13 (0,57-2,26)	0,71
	Không		
Bụi nhiều	Có	2,08 (0,81-5,30)	0,12
	Không		
Ồn nhiều	Có	1,61 (0,67-3,89)	0,28
	Không		
Rung nhiều	Có	1,56 (0,93-2,63)	0,08
	Không		
Thiếu ánh sáng	Có	0,81 (0,49-1,34)	0,42
	Không		

Kết quả phân tích hồi quy đa biến Logistic cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng sức khỏe của NLĐ với tình trạng hôn nhân, thâm niên nghề, thời gian nghỉ giữa ca, thường xuyên sử dụng rượu bia ($p<0,05$). Theo đó, NLĐ đã ly hôn, góa có khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 5,38 lần so với

chưa kết hôn ($aOR=5,38$; 95%CI: 1,33-21,66; $p<0,05$); NLĐ có thâm niên nghề ≥ 5 năm khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 3,68 lần NLĐ có thâm niên nghề < 5 năm ($aOR=3,68$; 95%CI: 2,03-6,69; $p<0,01$). NLĐ có thời gian nghỉ giữa ca < 15 phút khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 2,14 lần so với NLĐ nghỉ

giữa giờ > 30 phút (aOR=2,14; 95%CI: 1,07-4,29; p<0,05). NLĐ thường xuyên sử dụng rượu bia khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 1,95 lần so với NLĐ không sử dụng rượu bia (aOR=1,95; 95%CI: 1,12-3,37; p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Người lao động có thời gian làm việc ≥ 5 năm khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 3,68 lần NLĐ làm việc < 5 năm (p<0,001). Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Xu L. và các cộng sự (2011) trên NLĐ của một công ty đóng tàu tại Bắc Âu [10], thâm niên làm việc lâu năm có mối liên hệ rõ rệt với rối loạn cơ xương, khớp nghề nghiệp (p<0,05); của Yang-Hyun Kim (2009) trên 1198 người lao động đóng tàu ở phía Tây Nam Hàn Quốc, thâm niên làm việc có mối liên hệ với hội chứng chuyển hóa của NLĐ (p<0,05) [5]; của Phạm Tùng Lâm và cộng sự (2013), tuổi nghề ≥ 10 năm làm tăng nguy cơ sức khỏe không tốt ở NLĐ (p<0,05) [8]. Người lao động làm việc lâu năm, yếu tố nguy hại trong môi trường làm việc như tiếng ồn, hóa chất, bức xạ... tích lũy trong thời gian dài, dần dần làm hại đến các bộ phận, cơ quan và hệ thống trong cơ thể. Bên cạnh đó, thâm niên làm việc cao thường đồng nghĩa với tuổi cao, quá trình lão hóa của cơ thể cũng góp phần làm giảm sức khỏe.

NLĐ có thời gian nghỉ giữa ca <15 phút khả năng có sức khỏe không tốt cao gấp 2,14 lần so với NLĐ nghỉ >30 phút (p<0,05). Trong nghiên cứu của Muhammad Badrus Zaman (2019) và cộng sự cũng chỉ ra, làm việc quá 8h/ngày là yếu tố làm tăng khả năng bị tai nạn lao động ở người lao động (p < 0,05) [11]; của Baris Barlas (2018) trên 126 người lao động đóng tàu tại Thổ Nhĩ Kỳ, làm thêm giờ có liên quan với tình trạng tai nạn nơi làm việc [4]; của Yang-Hyun Kim (2009) trên 1198 người lao động đóng tàu ở phía Tây Nam Hàn Quốc [5]; của Vũ Văn Sản và cộng sự [12]. Khi công nhân làm việc quá lâu có thể dẫn đến mệt mỏi, uể oải, căng thẳng, làm hạn chế sự hồi phục của cơ thể, dẫn đến tăng khả năng mắc các bệnh lý như tim mạch, bệnh tăng huyết áp và các dấu

hiệu không ổn định về tâm lý. Thời gian nghỉ ngơi ngắn không đủ để cơ thể phục hồi năng lượng và giảm căng thẳng, dẫn đến giảm hiệu suất làm việc và tăng nguy cơ mắc bệnh.

Về hành vi sức khỏe: NLĐ uống nhiều rượu/bia, khả năng có sức khỏe không tốt cao hơn 1,95 lần so với không uống nhiều rượu/bia (p<0,01). Trong nghiên cứu của Agoritsa Koulouri và cộng sự (2015) trên 100 nam người lao động đóng tàu cũng chỉ ra kết quả tương tự [13]; của Yang-Hyun Kim (2009) trên 1198 người lao động đóng tàu ở phía Tây Nam Hàn Quốc [5]. Khoa học đã chứng minh hút thuốc lá, sử dụng rượu bia ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe. Hút thuốc lá dù là chủ động hay thụ động gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho con người: như ung thư phổi, tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... Trong khi đó, uống rượu bia gây tổn thương gan, tim, tăng huyết áp, tăng khả năng bị tai nạn.

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế: Kết quả khám sức khỏe chỉ trong năm 2024 chưa phân tích được xu hướng bệnh tật của người lao động công ty. Phần lớn các nghiên cứu về thực trạng sức khỏe NLĐ ngành đóng tàu hiện có đều được thực hiện từ khá lâu, điều này hạn chế khả năng so sánh kết quả giữa các nghiên cứu do sự thay đổi không ngừng của các yếu tố tác động đến sức khỏe trong ngành công nghiệp này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NLĐ có sức khỏe không tốt chiếm 33,6%. Các yếu tố thâm niên nghề ≥ 5 năm; thời gian nghỉ giữa ca < 15 phút; sử dụng rượu bia có liên quan với sức khỏe không tốt của người lao động (p<0,05).

Công ty nên tăng thời gian nghỉ giải lao giữa giờ (trên 30 phút) và hạn chế thời gian làm việc thêm giờ, tăng thời gian nghỉ giữa ca, đặc biệt đối với những vị trí công việc nặng nhọc, độc hại. NLĐ cần tự giác thực hiện các hành vi để đảm bảo sức khỏe như: ăn uống lành mạnh, uống đủ nước, ngủ đủ giấc, tập thể dục đều đặn, hạn chế hút thuốc lá và rượu bia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Công thương Việt Nam. Cơ hội cho ngành đóng tàu Việt Nam trong đại dịch 2021. Truy cập ngày 26/5/2025. <https://moit.gov.vn/tin-tuc/phat-trien-cong-nghiep/lam-gi-de-vuc-day-nganh-dong-tau-viet-nam-.html>.
2. Bộ Giao thông Vận tải. Nâng cao chất lượng sản phẩm và kiểm soát môi trường trong ngành Đóng tàu 2010. Truy cập ngày 26/5/2025. <https://mt.gov.vn/mmoitruong/tin-tuc/993/21094/nang-cao-chat-luong-san-pham-va-kiem-soat-moi-truong-trong-nganh-dong-tau.aspx>.
3. Bộ Y tế. Môi trường sống bị ô nhiễm cùng với các yếu tố, nguy cơ của môi trường làm việc đã khiến người lao động dễ mắc bệnh nghề nghiệp. 2015.
4. Barlas B, Izci FB. Individual and workplace factors related to fatal occupational accidents among shipyard workers in Turkey. *Safety science*. 2018; 101: 173 - 179.
5. MOON Y-HKR-JPW-JPM-BKJ-D. Predictors of Metabolic Syndrome Among Shipyard Workers and its Prevalence. *Korean Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009; 209 - 217.
6. Bộ Y tế. Thông tư số 32/2023/TT-BYT ban hành ngày 31 tháng 12 năm 2023 quy định chi tiết một số điều của luật khám, chữa bệnh. 2023.
7. Bộ Y tế. Quyết định 1613/BYT-QĐ Ban hành Tiêu chuẩn phân loại sức khỏe để khám tuyển, khám định kỳ cho người lao động. 1997.
8. Phạm Tùng Lâm. Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động, sức khỏe - bệnh nghề nghiệp và kết quả một số biện pháp can thiệp tại nhà máy đóng tàu Hạ Long năm 2013. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y. 2013.
9. Hoàng Thanh Bình. Thực trạng sức khỏe của nữ công nhân công ty Grandocean tại huyện Bình Giang, Hải Dương năm 2023 và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Thăng Long. 2023.
10. Wang XL, Song ZL, Zhao TB, et al. Survey on prevalence of occupational musculoskeletal disorders among workers in a shipyard. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*. 2011; 29 (3): 180 - 183.
11. Zaman MB, Pitana T, Septianto AB. Identification of occupational accident relations of shipyard labour in terms of individual and workplace factors. *International Journal of Marine Engineering Innovation and Research*. 2019; 3 (4).
12. Vũ Văn Sán. Bước đầu khảo sát tình hình diếc nghề nghiệp của công nhân nhà máy đóng tàu sông Cẩm và công ty vận tải thủy III Hải Phòng. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2010; 714: 52 - 56. .
13. Koulouri A, Roupia Z, Sarafis P, et al. Assessment of health level and socio-economic characteristics of people working in the shipbuilding industry: a control group study. *Global journal of health science*. 2015; 7 (2): 154.

HEALTH STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF WORKERS AT HA LONG SHIPBUILDING COMPANY, QUANG NINH PROVINCE, IN 2025

Ngo Thi Thu Hien¹, Le Van Huy², Khuong Van Duy³, Nguyen Phuong Anh⁴,
Ngo Thi Hong Nhung⁵

¹*Faculty of Public Health, Phenikaa School of Medicine and Pharmacy,
Phenikaa University*

²*Center for Occupational Health and Environmental Protection in Transport*

³*Thang Long University*

⁴*Phenikaa University*

⁵*Faculty of Human Resource Management, University of Labour and Social Affairs*

Workers in the shipbuilding industry are facing multiple health risk factors arising from both the working environment and individual characteristics. This study was conducted to describe the health status and some related factors of workers at Ha Long shipbuilding company, Quang Ninh province, in 2025. A cross-sectional study was conducted among 500 workers at Ha Long Shipbuilding Company, Quang Ninh Province, from January to March 2025, to identify factors associated with workers' health status. Data were collected through worker interviews combined with a retrospective review of periodic health examination results from 2024. The findings revealed that 33.8% of workers were in poor health (classified as health categories III, IV, and V). Multivariable logistic regression

analysis indicated that several factors were significantly associated with poor health status, including divorced/separated/widowed status (aOR=5.58; 95%CI: 1.33 - 21.66; $p < 0.05$), professional seniority ≥ 5 years (aOR=3.68; 95%CI: 2.03 - 6.69; $p < 0.01$), break time between shifts < 15 minutes (aOR=2.14; 95%CI: 1.07 - 4.29; $p < 0.05$), and frequent alcohol consumption (aOR = 1.95; 95%CI: 1.12 - 3.37; $p < 0.05$). Intervention programs should focus on strengthening psychosocial support for workers with special circumstances and ensuring sufficient break times between shifts. In addition, workers should be encouraged to moderate their alcohol consumption habits to improve overall health.

Keywords: Health status; workers; associated factors; shipbuilding; Ha Long

THỰC TRẠNG HIỂU BIẾT THÔNG TIN DINH DƯỠNG TRÊN NHÃN THỰC PHẨM ĐÓNG GÓI SẴN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN QUẬN NGŨ HÀNH SƠN, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG, NĂM 2025

Trần Nam Hoài Hậu, Nguyễn Thành Đạt, Nguyễn Ngọc Thương,
Phạm Thị Mỹ Quỳnh, Nguyễn Phước Khang, Vũ Thị Quỳnh Chi*
Trường Y Dược - Đại học Đà Nẵng

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng hiểu biết về thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn và một số yếu tố liên quan ở người dân quận Ngũ Hành Sơn, thành phố Đà Nẵng năm 2025. Nghiên cứu cắt ngang trên 215 đối tượng có độ tuổi trung bình $48,1 \pm 15,4$ tuổi. Kết quả cho thấy tỷ lệ người dân hiểu biết đạt về thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn chiếm 64,6%. Có 36,3% đối tượng cho rằng nhãn dinh dưỡng hoàn toàn khác với nhãn hàng hóa, nhưng gần 20% không phân biệt được hai loại nhãn này. Lượng calo là thành phần được nhận biết nhiều nhất trên nhãn (74,9%), tiếp theo là chất béo và đường (51,6% và 47,9%). Tuy nhiên, các thành phần như natri và carbohydrates lại ít được chú ý (19,5% và 21%). Người có trình độ học vấn đại học/cao đẳng và ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng có liên quan đến hiểu biết đạt thông tin dinh dưỡng (OR = 6,22, 95%CI 1,35-28,73; và OR = 4,94, 95%CI 1,5-16,2). Từ kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò của truyền thông và giáo dục dinh dưỡng khá cần thiết giúp người dân nâng cao nhận thức trong lựa chọn và sử dụng thực phẩm. Đồng thời bảo vệ sức khỏe và an toàn cho người dân.

Từ khóa: Nhãn dinh dưỡng; hiểu biết; thực phẩm bao gói sẵn; Đà Nẵng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới, mỗi quốc gia có khái niệm khác nhau về nhãn dinh dưỡng, nhưng nhìn chung nội dung nhãn dinh dưỡng đều thể hiện: đặc tính dinh dưỡng của sản phẩm [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới đã công bố các thành phần dinh dưỡng gồm: giá trị năng lượng, chất đạm, carbohydrate, chất béo, chất béo bão hòa, natri, tổng lượng đường là bắt buộc phải có ở tất cả các nhãn dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm bao gói sẵn [2].

Nhãn dinh dưỡng giúp người tiêu dùng theo dõi được hàm lượng chất dinh dưỡng được nạp vào cơ thể như protein, lipid, carbohydrate, vitamin và khoáng chất [3]. Ngoài ra, nhãn dinh dưỡng cũng được xem như một công cụ

giúp khách hàng hiểu về sản phẩm và đưa ra những lựa chọn phù hợp với nhu cầu, sức khỏe đồng thời thiết lập chế độ ăn lành mạnh đặc biệt đối với những trường hợp bệnh lý mạn tính [4].

Hầu hết các thực phẩm đóng gói sẵn có chứa nhiều đường, chất béo và lượng natri cao có liên quan mật thiết đến một số bệnh mạn tính như tim mạch, huyết áp, đái tháo đường, đột quỵ, béo phì [5, 6]. Một phần nguyên nhân gây ra các bệnh này là do thói quen ăn uống không lành mạnh. Theo mạng lưới Tim mạch Châu Âu đã chỉ ra một số vấn đề trong việc hiểu nhãn dinh dưỡng của người tiêu dùng trong đó bao gồm thuật ngữ và thông tin số học. Điển hình, một nghiên cứu về người mua hàng tại siêu thị ở Ấn Độ đã ghi nhận rằng thông tin dinh dưỡng trên nhãn thường không được đọc vì hầu hết người

*Tác giả: Vũ Thị Quỳnh Chi
Địa chỉ: Trường Y Dược – Đại học Đà Nẵng
Điện thoại: 0989 631 715
Email: quynhchiytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/07/2025
Ngày phản biện: 15/08/2025
Ngày đăng bài: 30/09/2025

tiêu dùng thiếu kiến thức về dinh dưỡng hoặc thấy thông tin quá kỹ thuật hoặc phức tạp để hiểu [7]. Mặt khác, sự hiểu biết thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn của người dân còn bị ảnh hưởng bởi quốc tịch, nơi cư trú, giới tính, nghề nghiệp, mức thu nhập, trình độ học vấn và các yếu tố khác [8 - 10].

Tại Việt Nam, năm 2023 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 29/2023/TT-BYT đưa ra quy định cụ thể về các thành phần dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn. Tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá về yếu tố liên quan tới hiểu biết thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm còn hạn chế. Theo kết quả nghiên cứu tại Hải Phòng, có đến 80% đối tượng không hiểu rõ ý nghĩa về các thành phần dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm [11]. Hay trong nghiên cứu tại 5 tỉnh Việt Nam về nhãn dinh dưỡng cho thấy tỷ lệ khách hàng chưa bao giờ biết về nhãn dinh dưỡng chiếm 47,3% [12]. Gần đây, một nghiên cứu tổng hợp về các qui định ghi nhãn dinh dưỡng của các nước trên thế giới và Việt Nam, cũng nhận định rằng các chính sách ghi nhãn dinh dưỡng gia tăng hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện sức khỏe cộng đồng và thay đổi được hành vi tiêu dùng của người dân [4]. Tuy nhiên, các bằng chứng về vấn đề này trong cộng đồng đô thị miền Trung còn khá hạn chế.

Vì vậy thực hiện các nghiên cứu đánh giá yếu tố liên quan đến hiểu biết thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm bao gói sẵn là cần thiết đồng thời giúp cung cấp cơ sở khoa học đề xuất khuyến nghị, truyền thông giáo dục giúp nâng cao hiểu biết của người dân trong lựa chọn và sử dụng thực phẩm, từ đó góp phần cải thiện sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống. Từ thực trạng trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả thực trạng hiểu biết về thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm đóng gói sẵn và một số yếu tố liên quan ở người dân quận Ngũ Hành Sơn, thành phố Đà Nẵng năm 2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người dân 18 tuổi trở lên sinh sống trên

địa bàn quận Ngũ Hành Sơn được lựa chọn để tham gia khảo sát.

Tiêu chí lựa chọn: Người dân 18 tuổi trở lên sinh sống trên địa bàn quận Ngũ Hành

Sơn được khảo sát đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không trả lời đủ bộ câu hỏi và không có khả năng trả lời câu hỏi do không biết đọc, không biết viết, rối loạn tâm thần hoặc tuổi già.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại quận Ngũ Hành Sơn, thành phố Đà Nẵng từ tháng 01 đến tháng 05 năm 2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát; α : sai số loại 1, với $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy = 95%); $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỷ lệ người dân có điểm kiến thức trên trung bình [11]; d: sai số tuyệt đối ($d = 0,09$), DE: hệ số thiết kế nghiên cứu ($DE = 1,5$). Ước tính tỷ lệ không phản hồi là 10%. Vì vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 195 đối tượng.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ 4 phường tại quận Ngũ Hành Sơn bao gồm: Hòa Quý, Hòa Hải, Khuê Mỹ và Mỹ An. Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 4 tổ dân phố ở mỗi phường và lập danh sách các đối tượng nghiên cứu ở các tổ dân phố được chọn. Giai đoạn 2: Từ danh sách, ở mỗi tổ dân phố chọn mẫu ngẫu nhiên 13 đối tượng bằng phần mềm Excel để đảm bảo tính khách quan. Trong quá trình triển khai thực tế, để dự phòng trường hợp đối tượng từ chối tham gia nên nhóm nghiên cứu bổ sung thêm đối tượng ở

các tổ dân phố. Vì vậy, cỡ mẫu thực tế là 215 đối tượng.

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin chung về nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, BMI, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức chi tiêu ăn uống trung bình 1 tháng của cả gia đình, tình trạng hôn nhân.

Thông tin hiểu biết về nhãn dinh dưỡng: phân biệt sự khác nhau giữa nhãn dinh dưỡng và nhãn thực phẩm, thời điểm đọc nhãn dinh dưỡng, sử dụng thông tin trên nhãn dinh dưỡng khi lựa chọn thực phẩm, thông tin về nhãn dinh dưỡng, mức độ hiểu về những thông tin dinh dưỡng của người dân.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Tại mỗi địa điểm khảo sát, chọn các ngày bất kỳ trong các tuần các điều tra viên sẽ

đến từng nơi ở của các đối tượng nghiên cứu đã được chọn và thu thập dữ liệu trực tiếp bằng bộ câu hỏi in sẵn.

Bộ câu hỏi tham khảo từ nghiên cứu “Đọc và hiểu nhãn thực phẩm ở một số vùng nông thôn và thành thị của Zimbabwe” [13]. Sau khi hoàn chỉnh sẽ được thử nghiệm trên 20 đối tượng và giá trị Cronbach’s alpha là 0,71.

Tiêu chí đánh giá hiểu biết của người dân

về thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm: Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang đo Likert 5 từ “rất không đồng ý” đến “rất đồng ý”. Điểm tối đa là 35 điểm, điểm trung bình là 21 điểm. Người dân có hiểu biết đạt về thông tin dinh dưỡng khi có tổng số điểm ≥ 21 điểm.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng google form và phân tích bằng R phiên bản 4.5.0. Biến định tính được thể hiện ở dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Đối với các biến định lượng như: tuổi, BMI mô tả theo trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích đơn biến, tính giá trị OR với khoảng tin cậy 95%CI để đánh giá mối liên quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc. Phân tích hồi quy logistic được thực hiện để tìm mối liên quan giữa biến phụ thuộc là “hiểu biết về thông tin dinh dưỡng” và biến độc lập là một số yếu tố nhân khẩu học và thói quen ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Y Dược, Đại học Đà Nẵng thông qua (Số: 38/TYD-HĐYS). Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và đồng ý.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=215)

Đặc điểm		Số lượng (%) / TB $\pm$ DLC
Tuổi* (năm)		48,1 $\pm$ 15,4
BMI* (kg/m ²)		22,8 $\pm$ 3,4
Giới tính (nam)		83 (38,6)
Trình độ học vấn	Tiểu học	11 (5,1)
	Trung học cơ sở	40 (18,6)
	Trung học phổ thông	80 (37,2)
	Đại học/Cao đẳng	79 (36,7)
	Sau đại học	5 (2,3)
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức nhà nước	64 (29,9)
	Lao động tự do có thu nhập ổn định	82 (38,3)
	Lao động tự do có thu nhập không ổn định	68 (31,8)

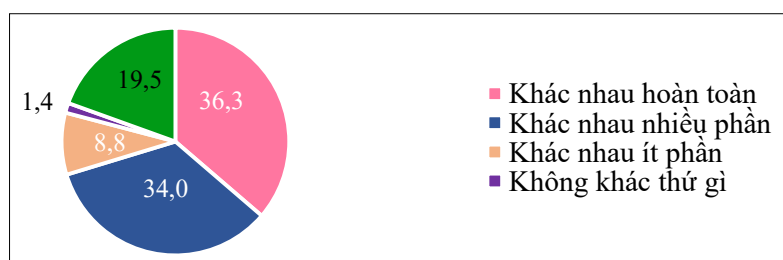
Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=215) (tiếp)

	Đặc điểm	Số lượng (%) / TB ± DLC
Nguồn tiếp cận thông tin nhân dinh dưỡng trên thực phẩm	Sách báo	84 (39,1)
	Internet	101 (47,0)
	Tivi	116 (54,0)
	Từ những người xung quanh	56 (26,0)
	Người bán hàng	31 (14,4)
	Nhân viên y tế	29 (13,5)
Mức chi tiêu ăn uống trong 1 tháng	< 5 triệu VNĐ	49 (22,8)
	5-10 triệu VNĐ	124 (57,7)
	> 10 triệu VNĐ	42 (19,5)
Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu cân	7 (3,3)
	Bình thường	170 (79,0)
	Thừa cân, béo phì	38 (17,7)

* TB ± DLC: Trung bình ± độ lệch chuẩn

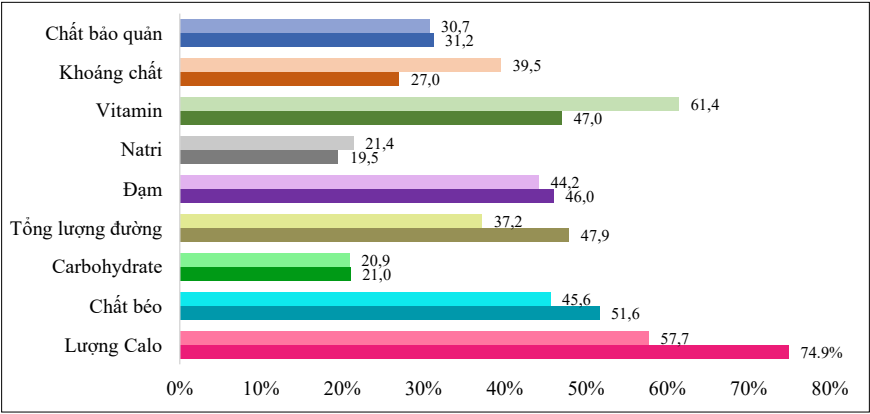
Trong bảng 1 mô tả thông tin chung của đối tượng nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình là 48,1 và nam giới chiếm 38,6%. Trình độ học vấn chủ yếu là nhóm trung học phổ thông và đại học/cao đẳng chiếm lần lượt 37,2% và 36,7%.

Có 57,7% chi tiêu ăn uống từ 5 - 10 triệu/tháng. Các thông tin về nhân dinh dưỡng được nhóm đối tượng tiếp cận theo nguồn tivi trên 50%. Trong số 215 đối tượng tham gia có 17,7% thừa cân béo phì và 3,3% thiếu cân.

**Hình 1. Tỷ lệ người dân phân biệt được nhãn dinh dưỡng và nhãn hàng hoá của sản phẩm (n = 215)**

Hình 1 về tỷ lệ người dân có hiểu biết trong phân biệt nhãn dinh dưỡng và nhãn hàng hoá của người dân tại quận Ngũ Hành Sơn cho thấy: tỷ lệ chọn phương án “khác nhau hoàn toàn” hoặc “khác nhau nhiều phần” giữa hai

loại nhãn này chiếm lần lượt là 36,3% và 34%. Tuy nhiên, khoảng 1/5 số người tham gia khảo sát không biết hoặc cho rằng hai loại nhãn này không có sự khác biệt rõ ràng.



Hình 2. Tỷ lệ người dân có hiểu biết về thông tin về nhãn dinh dưỡng (n=215)

Tỷ lệ người tiêu dùng quận Ngũ Hành Sơn có hiểu biết về thông tin nhãn dinh dưỡng (Hình 2) cho thấy, tỷ lệ người biết về thông tin về lượng calo (74,9%), chất béo (51,6%) và đường (47,9%). Vitamin là thành phần được người dân cho là cần thiết nhất (61,4%), và 47% cho biết thường xuyên nhìn thấy thông tin này trên nhãn dinh dưỡng.

Bảng 2. Tỷ lệ hiểu biết của người dân về tác dụng của nhãn dinh dưỡng với sức khỏe của người tiêu dùng (n=215)

Hiểu biết về tác dụng của nhãn dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ
Độc nhãn dinh dưỡng có lợi cho sức khỏe	204	94,9
Thành phần dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm ảnh hưởng tới bệnh tăng huyết áp	182	84,7
Thành phần dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm ảnh hưởng tới bệnh đái tháo đường	183	85,1
Thành phần dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm ảnh hưởng tới bệnh béo phì	184	85,6

Tỷ lệ người dân hiểu về các tác dụng của nhãn dinh dưỡng đối với sức khỏe (Bảng 2) khoảng 95% đồng thời người dân cũng nhận định được việc xác định các thành phần dinh dưỡng của thực phẩm mang lại lợi ích cho một số bệnh mãn tính không lây như đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với hiểu biết thông tin dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n = 215)

Đặc điểm	Hiểu biết về thông tin nhãn dinh dưỡng		OR (95%CI)	aOR (95%CI)
	Đạt n (%)	Chưa đạt n(%)		
Tuổi				
18-29	23 (16,5)	5 (6,6)	1	1
30-49	59 (42,2)	21 (27,6)	0,61 (0,21-1,81)	1,21 (0,36-4,04)
50-59	24 (17,3)	24 (31,6)	0,22 (0,07-0,67)	0,6 (0,17-2,17)
≥ 60	33 (23,7)	26 (34,2)	0,28 (0,09-0,82)	0,56 (0,17-1,84)

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với hiểu biết thông tin dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n = 215)

Đặc điểm	Hiểu biết về thông tin nhân dinh dưỡng		OR (95%CI)	aOR (95%CI)
	Đạt n (%)	Chưa đạt n(%)		
Trình độ học vấn				
Tiểu học	4 (2,9)	7 (9,2)	1	1
Trung học cơ sở	14 (10,1)	26 (34,2)	0,94 (0,23-3,78)	0,91 (0,20-4,04)
Trung học phổ thông	56 (40,3)	24 (31,6)	4,08 (1,09-15,26)	3,2 (0,73-14,00)
Đại học/cao đẳng	62 (44,6)	17 (22,4)	6,38 (1,67-24,39)	6,22 (1,35-28,73)
Sau đại học	3 (2,2)	2 (2,6)	2,62 (0,3-23)	2,51 (0,24-26,57)
Ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng				
Không bao giờ	7 (5,0)	15 (19,7)	1	1
Thi thoảng/Hiếm khi	64 (46,0)	41 (53,9)	3,35 (1,26-8,90)	4,94 (1,50-16,20)
Luôn luôn/Thường xuyên	68 (48,9)	20 (26,3)	7,29 (2,61-20,33)	2,19 (0,69-6,90)

aOR: OR hiệu chỉnh (tuổi, giới, BMI, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nguồn tiếp cận, ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng)

Qua phân tích hồi quy logistic đơn biến Bảng 3 cho thấy những người dân có độ tuổi từ 50-59 có hiểu biết đạt về nhân dinh dưỡng bằng 0,22 lần và người dân trên 60 tuổi có khả năng hiểu biết về nhân dinh dưỡng bằng 0,28 lần so với người dân độ tuổi 18-29 (OR: 0,22 và 0,28; 95%CI 0,07-0,67 và 0,09-0,82). Đồng thời, người dân có trình độ học vấn trung học phổ thông và đại học/cao đẳng có khả năng có hiểu biết đạt về nhân dinh dưỡng cao hơn so với trình độ tiểu học với OR lần lượt là 4,08 (95%CI 1,09-15,26) và 6,38 (95%CI 1,67-24,39). Ngoài ra, ghi nhận mối liên quan trong việc ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng và hiểu biết về thông tin nhân dinh dưỡng.

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy người dân có trình độ học vấn đại học/cao đẳng có khả năng có hiểu biết đạt về nhân dinh dưỡng cao gấp 6,2 lần so với người dân ở mức tiểu học (aOR: 6,22; 95%CI 1,35-28,73). Những người thường xuyên và luôn luôn ưu tiên sử dụng thực phẩm đóng gói có nhãn dinh dưỡng sẽ có hiểu biết đạt về thông tin nhân dinh dưỡng cao gấp 4,94 lần so với những người không bao giờ ưu tiên việc này (a OR: 4,94; 95%CI 1,5-16,20).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 215 đối tượng có tuổi trung bình $48,1 \pm 15,4$, trong đó nam giới chiếm 38,6%, trình độ học vấn trung học phổ thông, đại học/cao đẳng lần lượt là 37,2% và 36,7%. Tuổi của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tại xã Cấp Tiến, Tiên Lãng Hải Phòng năm 2023 ($42,68 \pm 11,83$), học vấn ở mức trung học phổ thông chiếm 27,3%, nam giới chiếm 33,8% [11]. Đồng thời cao hơn nhiều so với đối tượng ở nghiên cứu hiểu biết nhân dinh dưỡng ở 5 tỉnh Việt Nam năm 2019 ($35,6 \pm 14,2$), trình độ học vấn trung học phổ thông và cao đẳng/đại học chiếm 33,0% và 38,4% [12]. Sự khác biệt về đặc điểm chung của các nhóm đối tượng có thể do đặc thù về địa lý, kinh tế xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi của đối tượng cao hơn nhằm phản ánh việc quan tâm nhóm đối tượng có nguy cơ sức khỏe hoặc lối sống đặc thù. Đa số đối tượng tiếp cận nguồn thông tin liên quan đến nhân dinh dưỡng trên thực phẩm từ ti vi và internet với tỷ lệ tương ứng 54% và 47%. Kết quả của tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Hải Phòng tương ứng là 62,7% và 58,3% [11]. Cả hai nguồn thông tin này khá

dễ tiếp cận và phù hợp với nhiều độ tuổi đặc biệt lứa tuổi người trưởng thành.

Nghiên cứu cho thấy có 36,3% người dân quận Ngũ Hành Sơn nhận biết đúng sự khác biệt giữa nhãn dinh dưỡng và nhãn thực phẩm, tức là nhãn dinh dưỡng là một phần của nhãn thực phẩm. Điều này phản ánh mức độ hiểu biết còn hạn chế về thông tin các loại nhãn được sử dụng trên bao bì thực phẩm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Hải Phòng (chỉ 20% hiểu đúng) và nghiên cứu ở 5 tỉnh Việt Nam (42,4%) [11, 12]. Trong khi đó, nghiên cứu tại Anh có hơn 60% người tiêu dùng có thể phân biệt rõ ràng hai loại nhãn [3], sự chênh lệch đáng kể giữa Việt Nam và các nước phát triển có thể do qui định ở mỗi khu vực khác nhau. Chính vì vậy, việc chuẩn hoá nhãn dinh dưỡng theo cách đơn giản giúp tăng cường khả năng tiếp cận của người dân. Hơn nữa, có thể đẩy mạnh truyền thông giáo dục nhằm nâng cao kiến thức của người dân giúp người dân trở thành người tiêu dùng thông thái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy, tỷ lệ người dân thường chú ý đến lượng calo chiếm tương đối cao (74,9%), tiếp đến là chất béo (51,6%) và đường (47,9%). Tuy nhiên, ngoài những thành phần này thì một số thông tin liên quan đến hàm lượng natri, vitamin, khoáng chất có vai trò quan trọng giúp người tiêu dùng lựa chọn sản phẩm thực phẩm phù hợp với thể trạng sức khỏe. Nhưng tỷ lệ người dân hiểu về những thông tin này còn hạn chế, chẳng hạn như hiểu biết về natri trên nhãn dinh dưỡng chiếm 19,5%, đây là một trong những khoáng chất cần quan tâm trong phòng ngừa bệnh lý tim mạch. Do natri là một khoáng chất cần thiết tuy nhiên tiêu thụ nhiều hơn mức khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới và tiêu chuẩn codex có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tim mạch. Những kết quả này sẽ giúp cho nhà chính sách quan tâm nhiều hơn đến công tác truyền thông giáo dục người dân có kiến thức tốt và áp dụng lựa chọn thực phẩm mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe.

Nghiên cứu chỉ ra rằng trình độ học vấn là yếu tố ảnh hưởng lớn đến khả năng hiểu biết: người có trình độ đại học/cao đẳng hiểu đạt cao

gấp 6,2 lần so với người chỉ học tiểu học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu tại thành phố Hải Phòng Người dân có trình độ học vấn trên trung học phổ thông có thói quen đọc nhãn mác thực phẩm cao hơn 3,07 lần (49,5%) so với người dân không đi học. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [11]. Nghiên cứu của tác giả Chopera P và cộng sự (2014), tỷ lệ người dân có trình độ học vấn cao có thói quen đọc nhãn mác thực phẩm chiếm tỷ lệ là 86,5% với $p < 0,05$ [13]. Những người có trình độ học vấn càng cao thì họ càng quan tâm nhiều hơn đến thành phần dinh dưỡng trong các loại thực phẩm. Hơn nữa, họ có thể tiếp cận và thực hiện kỹ năng tra cứu, phân tích thông tin một cách dễ dàng, từ đó đưa ra lựa chọn có lợi cho sức khỏe. Ngoài ra, hành vi ưu tiên lựa chọn thực phẩm có nhãn dinh dưỡng có liên hệ mạnh với mức độ hiểu biết. Người thường xuyên/luôn luôn chọn thực phẩm theo nhãn có khả năng hiểu biết đạt cao gấp 4,94 lần so với người không ưu tiên. Người dân đã nhận thức được đúng việc lựa chọn thực phẩm đóng gói sẵn có nhãn dinh dưỡng là những thực phẩm có uy tín và đảm bảo cho sức khỏe của người tiêu dùng. Chính điều này cũng hình thành cho người dân một thói quen tốt trong việc tìm hiểu và đọc thông tin dinh dưỡng trước khi quyết định lựa chọn bất kỳ một sản phẩm thực phẩm nào.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như: chỉ khảo sát tại một quận, dữ liệu tự khai có thể gây sai lệch, và chưa đánh giá hành vi tiêu dùng thực tế qua hóa đơn hoặc quan sát. Thêm vào đó, nghiên cứu thiết kế cắt ngang nên không đánh giá được mối quan hệ nhân quả. Vì vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu cấp thiết trong việc nâng cao nhận thức cộng đồng thông qua truyền thông y tế, đơn giản hóa nội dung nhãn, và thúc đẩy thói quen đọc nhãn – góp phần cải thiện sức khỏe và phòng ngừa bệnh mạn tính trong bối cảnh hiện đại.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người dân có hiểu biết đạt về thông tin dinh dưỡng trên nhãn thực phẩm bao gói

sản tương đối cao. Lượng calo là thành phần được nhận biết nhiều nhất nhưng natri và carbohydrate ít được biết đến. Thêm vào đó, nghiên cứu còn nhận định trình độ học vấn cao và thường xuyên ưu tiên sử dụng sản phẩm có nhãn dinh dưỡng là hai yếu tố liên quan đến hiểu biết của người dân về nhãn dinh dưỡng. Kết quả cho thấy cần tăng cường truyền thông và giáo dục dinh dưỡng cho người dân để nâng cao nhận thức và thói quen lựa chọn thực phẩm lành mạnh mang lại nhiều lợi ích sức khỏe đồng thời trở thành nhà tiêu dùng thông thái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng Diễm, Phạm Bích Diệp, Lê Thị Hoàn và cộng sự. Tổng quan các chính sách về ghi nhãn dinh dưỡng. Tạp chí Y tế Công cộng. 2020; 51: 6 - 15.
2. World Health Organization. Nutrition labelling: Policy brief. World Health Organization. 2022.
3. Gill C, Lynn S. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. Public Health Nutrition. 2005; 8 (1): 21 - 28.
4. Từ Quang, Hoàng Thị Đức Ngân, Trần Thanh Dương và cộng sự. Các qui định ghi nhãn dinh dưỡng của các nước trên thế giới và Việt Nam. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2024; 20 (6): 161 - 173
5. Aryee PA, Helegbe GK, Agordoh PD, et al. Exploring consumer knowledge, understanding and use of food and nutrition label information in the tamale metropolis of Ghana. African Journals online. 2019; 19 (2): 14415 - 14431.
6. World Health Organization. Obesity and overweight. World Health Organization. 2024.
7. Vemula SR, Gavaravarapu SM, Mendu VV, et al. Use of food label information by urban consumers in India - a study among supermarket shoppers. Public Health Nutr. 2014; 17 (9): 2104 - 014.
8. Malek MA, Abdolahi P, Mahdavi R. Knowledge, Attitude and Practice between Medical and Non-Medical Sciences Students about Food Labeling. Health Promot Perspect. 2012; 2 (2): 173 - 179.
9. Christoph, Ruopeng A, Brenna B. Correlates of nutrition label use among college students and young adults: a review. Public Health Nutrition. 2016; 19 (12): 2135 - 2148.
10. He Y, Huang L, Yan S, et al. Awareness, understanding and use of sodium information labelled on pre-packaged food in Beijing:a cross-sectional study. BMC Public Health. 2018; 18 (1): 509.
11. Vũ Đức Long, Ngô Tùng Lâm, Đỗ Thị Linh và cộng sự. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thói quen đọc nhãn mác thực phẩm của người dân xã Cấp Tiến, huyện Tiên Lãng, thành phố Hải Phòng năm 2023. Tạp Chí Y học dự phòng. 2024; 34 (1 phụ bản): 124 - 134.
12. Phạm Bích Diệp, Trần Phương Thảo, Nguyễn Thị Hồng Diễm và cộng sự. Hiểu biết về nhãn dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của khách hàng ở 5 tỉnh Việt Nam năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30 (7): 94 - 101.
13. Chopera P, Chagwena DT, Mushonga NG. Food label reading and understanding in parts of rural and urban Zimbabwe. Afr Health Sci. 2014; 14 (3): 576 - 584.

STATUS OF NUTRITIONAL LABEL KNOWLEDGE OF PACKAGED FOODS AND RELATED FACTORS AMONG RESIDENTS OF NGU HANH SON DISTRICT, DA NANG CITY, 2025

Tran Nam Hoai Hau, Nguyen Thanh Dat, Nguyen Ngoc Thuong, Pham Thi My Quynh, Nguyen Phuoc Khang, Vu Thi Quynh Chi

The University of Danang, School of Medicine and Pharmacy

The study aims to describe the status of nutrition label knowledge of packaged foods and related factors among residents in Ngu Hanh Son District, Da Nang city, 2025. Cross-sectional study on 215 subjects with an average age of 48.1 ± 15.4 years. The results showed that the rate of people with adequate understanding of nutritional information on prepackaged food labels was 64.6%. 36.3% of respondents believed that nutritional labels were completely nutrition labels differ from general product labels, while nearly 20% could not distinguish between the two. Calories were the most recognized component on labels (74.9%), followed by fat and sugar (51.6%

and 47.9%, respectively). However, sodium and carbohydrates were less noticed (19.5% and 21%). People with university/college education and preference for packaged foods with nutrition labels are associated with better nutritional information literacy (OR = 6.22, 95%CI 1.35-28.73; and OR = 4.94, 95%CI 1.5-16.2). These findings highlight the importance of strengthening nutrition communication and education to improve public awareness of food labeling, thereby supporting healthier food choices and public health.

Keywords: Nutritional label; awareness; prepackaged food; Da Nang city

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRƯỚC SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA THAI PHỤ TRONG BA THÁNG CUỐI THAI KỲ TẠI PHÒNG KHÁM SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ ĐÀ NẴNG NĂM 2025

Trần Công Huyền Trang^{1*}, Phú Thị Trọng Thùy¹, Phạm Thị Oanh²

¹*Trường Đại học Phan Châu Trinh*

²*Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng*

TÓM TẮT

Chăm sóc trước sinh (CSTS) là một chiến lược then chốt trong phòng ngừa tử vong mẹ và biến chứng sản khoa. Việc trang bị kiến thức và thực hành đúng về CSTS cho thai phụ, đặc biệt trong 3 tháng cuối thai kỳ, giúp cải thiện kết cục thai sản. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan của thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại phòng khám sản bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng năm 2025. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 thai phụ, chọn mẫu toàn bộ. Dữ liệu thu thập bằng phỏng vấn cấu trúc. Kiến thức và thực hành phân loại dựa trên điểm cắt 70%. Kết quả: 73,3% thai phụ có kiến thức đúng; 73,9% thực hành đúng. Tư vấn CSTS có liên quan tích cực đến mức độ kiến thức. Thai phụ thực hành tốt có kiến thức tốt hơn nhóm còn lại ($p < 0,01$). Cần đẩy mạnh hoạt động tư vấn – giáo dục sức khỏe, đặc biệt ở tuyến cơ sở, nhằm nâng cao kiến thức và hành vi CSTS cho thai phụ.

Từ khóa: Chăm sóc trước sinh; kiến thức; thực hành; thai phụ; 3 tháng cuối

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc trước sinh (CSTS) là một trong những chiến lược then chốt nhằm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và cải thiện sức khỏe thai kỳ thông qua các can thiệp như khám thai định kỳ, tiêm chủng, sàng lọc trước sinh, tư vấn dinh dưỡng và chăm sóc tinh thần. Tuy nhiên, nhiều thai phụ chưa được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng thực hành đúng trong quá trình mang thai.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2020 có khoảng 287.000 ca tử vong mẹ trên toàn cầu, tương đương gần 800 ca mỗi ngày, trong đó 90% xảy ra tại các nước đang phát triển [1, 2]. Đồng thời, UNICEF ghi nhận gần 2,5 triệu trẻ sơ sinh tử vong mỗi năm [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong mẹ năm 2019 là 46/100.000 trẻ đẻ sống [4], riêng tại An Giang

ghi nhận 25/100.000 [5]. Những con số này phản ánh tính cấp thiết của việc cải thiện chất lượng CSTS.

Tại Đà Nẵng, năm 2022 có đến 85% thai phụ được khám thai đủ 4 lần trong ba giai đoạn thai kỳ, song vẫn còn các vấn đề về sức khỏe bà mẹ – trẻ em cần can thiệp [6]. Trên cơ sở đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan của thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại phòng khám sản bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng năm 2025 ”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ ≥ 18 tuổi, 3 tháng cuối thai kỳ, đến

*Tác giả: Trần Công Huyền Trang

Địa chỉ: Trường Đại học Phan Châu Trinh

Điện thoại: 0898 482 783

Email: trang.tch@pctu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/07/2025

Ngày phản biện: 15/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

khám thai hoặc sinh tại bệnh viện, đồng ý tham gia và có khả năng trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Thai phụ có bệnh lý thần kinh – tâm thần, tình trạng cấp cứu sản khoa, hoặc sức khỏe không đảm bảo để trả lời phỏng vấn.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Sản – Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng từ tháng 02/2025 đến tháng 05/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong dân số.

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

Trong đó: n: Số bà mẹ được phỏng vấn, α : Mức ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$, thì $Z_{((1-\alpha/2))} = 1,96$. $p = 0,88$ “Nghiên cứu của Trần Đình Chất và Trần Lệ Thủy về Kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh của các thai phụ có tuổi thai từ đủ 37 tuần trở lên tại trung tâm y tế huyện Xuân Lộc, Đồng Nai năm 2021” [7]. d: Là sai số khi chọn mẫu, với độ tin cậy 95%: $d = 0,05$. Thay vào công thức tính được: $n = 163$, tăng 10% dự trừ cỡ mẫu, $n = 180$.

2.5 Phương pháp chọn mẫu: Toàn bộ trên những phụ nữ mang thai 3 tháng cuối thai kỳ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ đến khám hoặc đến sinh tại phòng khám Sản bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng từ 02/2025 – 05/2025.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Kiến thức chăm sóc trước sinh: khám thai, bổ sung vi chất, dinh dưỡng khi mang thai, tiêm phòng VAT, sàng lọc trước sinh, chế độ làm việc, lao động, nghỉ ngơi, vệ sinh khi mang

thai, các chất có hại cho thai nhi, dấu hiệu chuyển dạ.

Thực hành chăm sóc trước sinh: khám thai, tiêm ngừa VAT, bổ sung vi chất, chế độ dinh dưỡng, khám sàng lọc, chế độ làm việc, lao động, nghỉ ngơi, chọn nơi sinh.

Yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc trước sinh: tư vấn chăm sóc trước sinh, thực hành chăm sóc trước sinh tốt.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi kiến thức và thực hành CSTS được tham khảo từ nghiên cứu của Liêu Thuý Phụng và cộng sự (2019) [8]. Kiến thức của thai phụ về chăm sóc trước sinh: mỗi câu trả lời về kiến thức đúng được tính 1 điểm, trả lời sai hoặc không đúng sẽ không tính điểm và đối với câu trả lời nhiều đáp án thì mỗi câu trả lời đúng vẫn được tính một điểm, tổng số điểm phần kiến thức đúng là 30 điểm [8]. Kiến thức chung tốt khi thai phụ có kiến thức từ 70% trở lên trong tổng số câu hỏi về kiến thức chăm sóc trước sinh: Trả lời đúng các câu hỏi và đạt được từ 21 điểm trở lên trong tổng số điểm chung đúng là 30 điểm. Còn lại là kiến thức chưa tốt. Thực hành chung của thai phụ về chăm sóc trước sinh: Mỗi câu trả lời về thực hành đúng được tính 1 điểm, trả lời sai hoặc không đúng sẽ không tính điểm và đối với câu trả lời nhiều đáp án thì mỗi câu trả lời đúng vẫn được tính một điểm, tổng số điểm phần thực hành đúng là 20 điểm. Thực hành chung tốt khi thai phụ có thực hành từ 70% trở lên trong tổng số câu hỏi về thực hành chăm sóc trước sinh, thực hành đúng theo các câu hỏi và đạt từ 14 điểm trở lên trong tổng số điểm chung đúng là 20 điểm. Trường hợp còn lại được xếp vào nhóm thực hành chưa tốt [8].

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng Epidata 3.0 và phân tích bằng SPSS 26.0. Phân tích mối liên quan sử dụng hồi quy logistic đa biến, với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Phan Châu Trinh phê duyệt

(QĐ số 32/HĐĐĐ ngày 05/02/2025) và được sự cho phép của bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng (n = 180)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 24	21	11,7
	25 - 35	126	70,0
	36 - 43	33	18,3
Dân tộc	Kinh	180	100
	Khác	0	0
Tôn giáo	Phật	15	8,3
	Thiên chúa	5	2,8
	Không theo tôn giáo nào	160	88,9
Trình độ văn hóa	Mù chữ	0	0
	Cấp 1	0	0
	Cấp 2	8	4,4
	Cấp 3	64	35,6
	Trung cấp/ Cao đẳng/đại học	99	55,0
	Sau Đại học	9	5,0
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	2	1,1
	Cán bộ viên chức	30	16,7
	Nội trợ	21	11,7
	Nông dân	0	0
	Lao động tự do	127	70,6
Số lần mang thai	Lần 1	69	38,3
	Lần 2	89	49,4
	Lần 3 trở lên	22	12,2
Thời gian mang thai nên đi khám thai	≥ 4 lần	175	97,2
	< 4 lần	4	2,2
	Không biết	1	0,6
Tư vấn chăm sóc trước sinh	Có	153	85,0
	Không	27	15,0

Trong 180 thai phụ tham gia nghiên cứu, phần lớn ở nhóm tuổi từ 25 – 34 chiếm tỷ lệ cao nhất, cho thấy đây là nhóm tuổi sinh sản phổ biến. Trình độ học văn chủ yếu ở mức cấp 3 trở lên, phản ánh mức độ tiếp cận thông tin tương đối thuận lợi. Hầu hết thai phụ sống tại

khu vực thành thị và có việc làm ổn định. Đa số thai phụ mang thai lần hai hoặc ba, và số lần khám thai ≥ 4 lần chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế. 85% thai phụ nhận được tư vấn chăm sóc trước sinh.

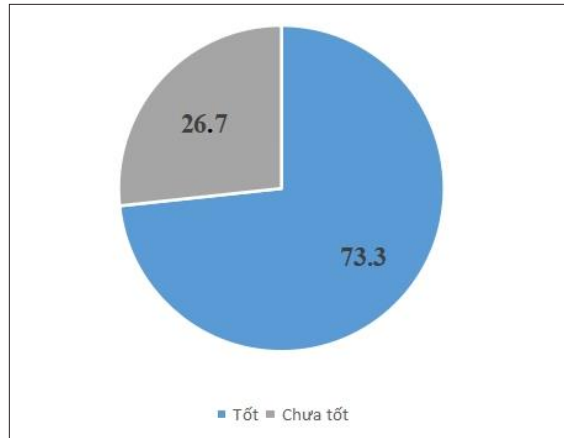
3.2 Kiến thức và thực hành về chăm sóc trước sinh của thai phụ trong 3 tháng cuối thai kỳ

Bảng 2. Kiến thức đúng về chăm sóc trước sinh của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng (n = 180)

Kiến thức đúng theo từng nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Kiến thức đúng theo từng nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức khám thai	Khám thai định kỳ có cần thiết	180	100	Dinh dưỡng khi mang thai, các chất có hại cho thai nhi	Tăng thêm lượng thức ăn, ít nhất thêm ¼ so với trước khi mang thai	122	67,8
	Theo dõi sự phát triển thai nhi	177	98,3		Trong khẩu phần ăn nên có: thịt, cá, sữa, trứng, đậu, dầu ăn, rau quả tươi	158	87,8
	Phòng ngừa biến chứng: trước, trong và sau sinh	60	33,3		Rượu, bia	170	94,4
	Phát hiện thai bất thường	96	53,3	Chế độ làm việc, lao động nghỉ ngơi, vệ sinh mang thai	Thuốc lá, cà phê	174	96,7
	Dự đoán ngày sinh (Ba tháng đầu)	25	13,9		Có thể xác định dị tật thai nhi	177	98,3
	Biết giới tính thai nhi	34	18,9		Lao động vừa sức, nghỉ ngơi hợp lý	166	92,2
	Khám thai ≥ 4 lần	175	97,2		Thường xuyên tắm rửa	41	22,8
	Khám thai cả 3 thời kỳ	178	98,9		Giữ sạch bộ phận sinh dục ngoài	176	97,8
Tiêm phòng uốn ván	Ngừa uốn ván cho mẹ	154	85,6	Dấu hiệu chuyển dạ sanh	Mặc quần áo rộng và thoáng	103	57,2
	Ngừa uốn ván cho con	150	83,3		Đau bụng	141	78,3
	Lần đầu: tiêm đủ 2 mũi	171	95,0		Có cơn co thắt tử cung	113	62,8
	Lần hai trở lên tiêm nhắc 1 mũi	112	62,2		Ra nhót hồng Âm đạo	107	59,4
Bổ sung vi chất	Sắt	176	97,8	Dị tật thai nhi	Có thể xác định dị tật thai nhi	177	98,3
	Acid folic	129	71,7		Không thể xác định dị tật thai nhi	1	0,6
	Vitamin D	156	86,7		Chờ lúc sinh mới biết	0	0

Kết quả cho thấy đa số thai phụ có kiến thức tốt về CSTS, với tỷ lệ đạt 73,3%. Tất cả thai phụ đều nhận thức được tầm quan trọng của khám thai định kỳ (100%) và phần lớn biết rõ thời điểm cần khám ở cả ba giai đoạn thai kỳ (98,9%). Mục đích khám thai chủ yếu nhằm theo dõi sự phát triển thai nhi (98,3%), phát hiện bất thường (53,3%) và phòng ngừa biến chứng (33,3%). Kiến thức về tiêm ngừa uốn ván cho mẹ và bé đạt lần lượt 85,6% và

83,3%. Hầu hết thai phụ có hiểu biết đúng về bổ sung vi chất: sắt (97,8%), vitamin D (86,7%), acid folic (71,7%) và chế độ ăn phù hợp khi mang thai (87,8%). Kiến thức về nghỉ ngơi, vệ sinh thân thể, và tác hại của rượu, thuốc lá, cà phê cũng được ghi nhận ở tỷ lệ cao (> 90%). Tuy nhiên tỷ lệ thai phụ biết các dấu hiệu nguy hiểm và chuyển dạ còn chưa cao đau bụng (78,3%), co thắt tử cung (62,8%), ra nhót hồng (59,4%).



Hình 1. Kiến thức chăm sóc trước sinh của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ (n = 180)

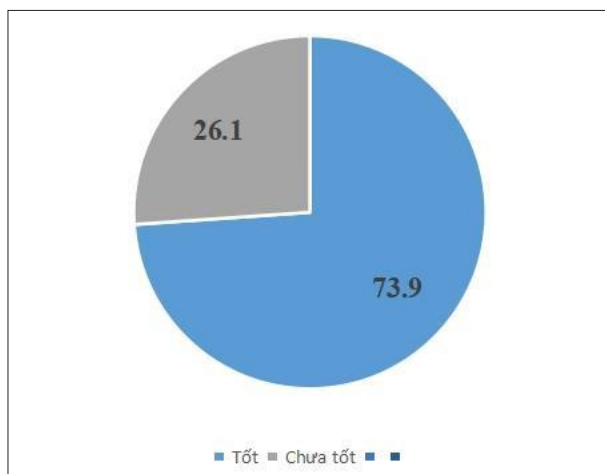
Tỷ lệ thai phụ có kiến thức tốt về CSTS đạt 73,3%, tỷ lệ thai phụ có kiến thức về CSTS chưa tốt là 26,7%.

Bảng 3. Thực hành đúng về chăm sóc trước sinh của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng (n = 180)

	Thực hành đúng theo từng nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		Thực hành đúng theo từng nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khám thai	Khám thai đầy đủ theo lịch hẹn của bác sĩ	180	100	Chế độ làm việc, nghỉ ngơi, vệ sinh	Lao động vừa sức, nghỉ ngơi hợp lý	165	91,7
	Khám thai ≥ 4 lần	177	98,3		Tránh tiếp xúc với hóa chất độc hại	2	1,1
Bổ sung vi chất	Uống viên sắt /folic	180	100		Thường xuyên tắm rửa	41	22,8
	Thời điểm uống viên sắt/ folic	179	99,4		Giữ sạch bộ phận sinh dục ngoài	176	97,8
	Uống viên sắt /folic	180	100		Mặc quần áo rộng và thoáng	103	57,2
Tiêm phòng VAT	Mang thai đầu: 2 mũi	146	81,1		Thời gian ngủ trung bình mỗi ngày	133	73,9
	Mang thai lần hai trở lên: tiêm nhắc VAT 1 mũi	93	51,7		Rượu, bia	170	94,4
	Tiêm theo chỉ định bác sĩ	13	7,2		Tăng thêm lượng thức ăn, ít nhất thêm $\frac{1}{4}$ so với trước khi mang thai	93	51,7
Khám sàng lọc	Có, các xét nghiệm tầm soát dị tật thai nhi.	166	92,2	Chế độ dinh dưỡng	Trong khẩu phần ăn nên có: thịt, cá, sữa, trứng, đậu, dầu ăn, rau quả tươi	135	75,0
	Thực hiện theo chỉ định của bác sĩ	2	1,1		Ăn kiêng	35	19,4
	Xét nghiệm máu	176	97,8		Không thay đổi chế độ ăn	45	25
	Xét nghiệm nước tiểu	176	97,8	Chọn nơi sinh	Số cân nặng tăng trong thời gian mang thai	137	76,1
	Các xét nghiệm thai phụ theo chỉ định của bác sĩ.	176	97,8		Đã chọn nơi sinh phù hợp	174	96,7

Phần lớn thai phụ thực hành CSTS tốt, với tỷ lệ đạt 73,9%. Hầu hết tuân thủ lịch khám thai và thực hiện ít nhất 4 lần khám trong thai kỳ (98,3%). Tỷ lệ sử dụng viên sắt/acid folic đạt rất cao (99,4%), phù hợp khuyến cáo về thời gian và liều lượng bổ sung. Việc tiêm phòng uốn ván trong thai kỳ lần đầu được thực hiện đầy đủ ở 81,1% thai phụ; tuy nhiên, tỷ lệ tiêm nhắc lại trong các lần mang thai tiếp theo còn khiêm tốn (51,7%) và vẫn có 6,1% chưa

tiêm đủ. Tỷ lệ thực hành tầm soát dị tật thai nhi tương đối cao (92,2%). Đối với chế độ ăn, đa số thai phụ bổ sung đầy đủ các nhóm thực phẩm cần thiết (75,0%) và có điều chỉnh lượng ăn hợp lý (51,7%). Bên cạnh đó, vẫn còn tỷ lệ thực hành chưa phù hợp như ăn kiêng (19,4%) hoặc không thay đổi khẩu phần ăn (25,0%). Đa phần thai phụ có thói quen lao động vừa sức, nghỉ ngơi hợp lý trong thai kỳ (91,7%).



Hình 2. Thực hành chăm sóc trước sinh của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ (n = 180)

Tỷ lệ thai phụ thực hành tốt về CSTS đạt 73,9%, tỷ lệ thai phụ có thực hành chưa tốt về CSTS là 26,1% (47/180).

Bảng 4. Mối liên quan Kiến thức về chăm sóc trước sinh của thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng (n = 180)

Đặc điểm		Kiến thức CSTS				OR (CI 95%)	p	aOR (CI 95%)	p
		Tốt		Chưa tốt					
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)				
Tư vấn CSTS	Có	121	79,1	32	20,9	5,5 (2,32 - 13,00)	p < 0,01	4,9 (1,91 – 12,46)	p < 0,01
	Không	11	40,7	16	59,3				
Thực hành CSTS	Tốt	110	82,7	23	17,3	5,4 (2,62 – 11,25)	p < 0,01	5,4 (2,49 - 11,85)	p < 0,01
	Chưa tốt	22	46,8	25	53,2				

aOR: OR hiệu chỉnh (giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, tôn giáo, trình độ học vấn, thực hành CSTS)

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa tư vấn CSTS và mức độ kiến thức của thai phụ về CSTS, thai phụ được tư vấn có khả năng đạt kiến thức tốt cao gấp 4,9 lần so với nhóm

không được tư vấn ($p < 0,01$). Đồng thời, thực hành CSTS cũng liên quan chặt chẽ đến kiến thức CSTS; thai phụ thực hành tốt có kiến thức tốt cao hơn 5,4 lần so với nhóm có thực hành không tốt ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả, thai phụ trong độ tuổi 25–35 chiếm tỷ lệ cao nhất (70%), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Đình Chắt, Trần Lệ Thủy (75,6%) và Liêu Thúy Phương (55,4%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu quốc tế của Raksha Singh (72,25%) và Sumaira Bashir, cho thấy đây là độ tuổi sinh sản tối ưu theo khuyến cáo của ngành y tế [7 - 10]. Về trình độ học vấn, thai phụ học từ cấp 3 trở lên chiếm tỷ lệ 90,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Đình Chắt (48,8%) và Hailemichael Gerbremeriam (43%) [7, 11]. Điều này cho thấy nhóm thai phụ này có khả năng tiếp cận thông tin sức khỏe tốt hơn. Tuy nhiên, về nghề nghiệp, đa số thai phụ trong nghiên cứu hiện đang lao động tự do (70,6%), tỷ lệ nội trợ chỉ 11,7%, thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước và quốc tế lần lượt là Liêu Thúy Phương (54,7%) và Rakesh Ghosh (86,7%) [8, 12]. Tỷ lệ thai phụ được tư vấn chăm sóc trước sinh đạt 85,0%, tuy thấp hơn nghiên cứu của Ngô Thị Vân Huyền (97%) [13], nhưng vẫn phản ánh mức độ tiếp cận tương đối tích cực. Điều này cho thấy vai trò phối hợp giữa truyền thông đại chúng và tư vấn chuyên môn trong nâng cao kiến thức CSTS cho thai phụ là rất cần thiết và hiệu quả.

Kiến thức, thực hành và mối liên quan về chăm sóc trước sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy 73,3% thai phụ có kiến thức tốt về CSTS, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tại Thái Nguyên (72,6%) và cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hiền tại Bình Định (65,2%) [14, 15]. Điều này phản ánh hiệu quả nhất định của các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe và sự cải thiện trong khả năng tiếp cận thông tin của thai phụ. Tuy nhiên, vẫn ghi

nhận một tỷ lệ không nhỏ thai phụ còn thiếu kiến thức về tiêm ngừa uốn ván và chế độ dinh dưỡng phù hợp trong thai kỳ, cho thấy cần có các biện pháp can thiệp phù hợp. Về thực hành, 73,9% thai phụ thực hành đúng các nội dung chăm sóc trước sinh, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Xuân tại TP. Hồ Chí Minh (74%) [16]. Đa số tuân thủ lịch khám thai, bổ sung vi chất và thực hiện sàng lọc dị tật thai nhi. Tuy nhiên, thực hành dinh dưỡng chưa tối ưu do vẫn còn một số trường hợp ăn kiêng hoặc không điều chỉnh khẩu phần ăn phù hợp trong thai kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc được tư vấn chăm sóc trước sinh (CSTS) có tác động đáng kể đến mức độ kiến thức của thai phụ. Nhóm được tư vấn có khả năng đạt kiến thức tốt cao hơn 4,9 lần so với nhóm không được tư vấn ($p < 0,01$), khẳng định vai trò then chốt của hoạt động tư vấn trong việc nâng cao hiểu biết của thai phụ. Không chỉ dừng lại ở khía cạnh nhận thức, kiến thức tốt còn được chứng minh là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho thực hành đúng, với khả năng thực hành cao hơn 5,4 lần ($p < 0,01$). Phát hiện này phù hợp với lý thuyết thay đổi hành vi sức khỏe (Health Belief Model), vốn nhấn mạnh kiến thức là điều kiện tiên quyết để hình thành và duy trì hành vi tích cực [17]. Thực tế này cho thấy, việc nâng cao chất lượng và tần suất tư vấn CSTS có thể mang lại lợi ích kép: vừa cải thiện kiến thức, vừa thúc đẩy hành vi thực hành đúng, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe bà mẹ và thai nhi trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng có kiến thức (73,3%) và thực hành (73,9%) tốt về chăm sóc trước sinh. Tư vấn chăm sóc trước sinh có liên quan chặt chẽ đến mức độ kiến thức, và kiến thức tốt là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho thực hành đúng. Tư vấn chăm sóc trước sinh cần được coi là can thiệp trọng tâm nhằm cải thiện cả nhận thức và hành vi chăm sóc sức khỏe bà mẹ – thai nhi. Các cơ sở y tế cần chuẩn hóa và tăng cường hoạt động tư vấn; đào tạo nhân viên y tế về kỹ năng tư

vấn – truyền thông; đồng thời nghiên cứu can thiệp quy mô lớn để đánh giá hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Maternal mortality. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>.
3. UNICEF. Levels & trends in child mortality. 2020. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
4. Bộ Y tế Việt Nam. Điều tra quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2019. Nhà xuất bản Y học. 2020.
5. Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân. Báo cáo nghiên cứu tại tỉnh An Giang về tử vong mẹ năm 2020. Sở Y tế An Giang. 2020.
6. Sở Y tế Đà Nẵng. Báo cáo công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản 6 tháng đầu năm. 2022.
7. Trần Đình Chất, & Trần Lệ Thủy. Kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh của thai phụ tại Xuân Lộc, Đồng Nai. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2021; 25 (2): 101 – 107.
8. Liêu, Thúy Phượng, và Đức, Tự Lâm. Nghiên Cứu Kiến Thức, Thực Hành Chăm Sóc Trước Sinh Của Phụ Nữ Mang Thai Tháng Cuối Thai Kỳ Tại Quận Cái Răng, Thành Phố Cần Thơ. Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ. 2023; 37: 151 - 158.
9. Singh R, & Bashir S. A study to assess knowledge and practices regarding antenatal care among pregnant women. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2018; 7 (6): 2340 – 2346.
10. Bashir S, & Singh R. Assessment of antenatal knowledge among pregnant women. International Journal of Medical Science and Public Health. 2017; 6 (4): 697 – 702.
11. Gebremariam H, & Addissie A. Knowledge, attitude and practice of antenatal care among women in Ethiopia. Journal of Reproductive Health. 2014; 11 (3): 68 – 75.
12. Ghosh R. Social determinants of maternal health care service utilization in India. International Journal of Health Planning and Management. 2015; 30 (2): 181 – 192.
13. Ngô Thị Vân Huyền, Hoàng Thị Mai, & Bùi Nhật Linh. Tư vấn và thực hành chăm sóc trước sinh tại tỉnh Bình Dương. Tạp chí Điều dưỡng. 2021; 26 (3): 25 – 30.
14. Nguyễn Thị Thắm. Kiến thức và thực hành chăm sóc trước sinh tại Thái Nguyên. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021; 31 (1): 21 – 26.
15. Trần Thị Thu Hiền. Thực hành chăm sóc thai kỳ tại Bình Định. Tạp chí Y tế Công cộng. 2020; 34 (6): 58 – 63.
16. Nguyễn Thị Thanh Xuân. Thực hành chăm sóc thai kỳ của phụ nữ mang thai tại TP.HCM. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2021; 27 (4): 88 – 92.
17. Kegeles SS. The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Marshall H. Becker (Ed.). Slack, London (1974). Social Science & Medicine. Part C: Medical Economics, 14. 1980.

ANTENATAL CARE KNOWLEDGE, PRACTICES AND RELATED FACTORS AMONG THIRD-TRIMESTER PREGNANT WOMEN AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT TAM TRI DA NANG HOSPITAL, 2025

Tran Cong Huyen Trang¹, Phu Thi Trong Thuy¹, Pham Thi Oanh²

¹*Phan Chau Trinh University*

²*Hoan My Da Nang Hospital*

Antenatal care (ANC) plays a crucial role in preventing maternal mortality and pregnancy complications. Providing adequate knowledge and practice regarding ANC, especially in the third trimester, is essential for improving pregnancy outcomes. This study aims to assess the ANC current knowledge and practice and related factors among pregnant women in their third trimester at the Obstetrics Department, Tam Tri Da Nang General Hospital 2025. A cross-sectional study was conducted on 180 pregnant women using total population sampling. Data were collected through structured interviews.

Knowledge and practice were evaluated using a 70% cut-off score. Results: 73.3% of participants demonstrated good knowledge, and 73.9% had good practice. Antenatal care counseling significantly improved knowledge. Women with good practices were significantly more likely to have correct knowledge ($p < 0.01$). It is necessary to strengthen both direct and indirect ANC counseling and education, especially at the primary care level, to improve maternal awareness and behavior.

Keywords: Antenatal care; knowledge; practice; pregnant women; third trimester

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2020-2024

Đặng Thị Xuân Dũng^{1,6*}, Nguyễn Thị Phương Thúy², Trần Thị Ái Huyền^{1,5},
Nguyễn Hoài Thảo Tâm^{1,3}, Nguyễn Tú Anh^{1,4}, Lê Hồng Nga¹

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh (HCDC)*

²*Giảng viên Chương trình Dịch tễ học Thực địa Việt Nam*

³*Học viên Chương trình Dịch tễ học Thực địa Việt Nam, khóa ngắn hạn 20 (FETP-SC20)*

⁴*Học viên Chương trình Dịch tễ học Thực địa Việt Nam, khóa ngắn hạn 23 (FETP-SC23)*

⁵*Học viên Chương trình Dịch tễ học Thực địa Việt Nam, khóa trung hạn 1 (FETP-IC1)*

⁶*Học viên Chương trình Dịch tễ học Thực địa Việt Nam, khóa trung hạn 5 (FETP-IC5)*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học của bệnh TCM và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh, tại TPHCM năm 2020-2024. Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu số liệu toàn bộ ca bệnh TCM có địa chỉ cư trú tại TPHCM khởi phát từ năm 2020 đến năm 2024 từ hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm (TT54), giám sát tác nhân và báo cáo ổ dịch. Hồi quy logistic để xác định một số yếu tố liên quan đến phân độ nặng. Trong 5 năm có 105.477 ca mắc, không có ca tử vong. Tỷ lệ EV-A71 (+) cả giai đoạn chiếm 6%. Bệnh xảy ra đỉnh dịch vào tháng 5 - tháng 6 và tháng 9 - tháng 10. Huyện Bình Chánh, quận Bình Tân và TP Thủ Đức có số ca mắc cao nhất (34%). Đa số ca bệnh là trẻ <5 tuổi (95,6%). Nguy cơ bệnh nặng ở trẻ <3 tuổi cao hơn nhóm 3-5 tuổi (OR= 1,2; 95%CI=1,13 -1,53) và >5 tuổi (OR=2; 95%CI: 1,33-3,12). Trong 2.564 ổ dịch, 62,9% ổ dịch trường học, chủ yếu trường mầm non (90,1%) và 60% ổ dịch trường học ≥3 ca. Bệnh chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi và nguy cơ nặng ở trẻ dưới 3 tuổi cao hơn nhóm trẻ khác. Ổ dịch hầu hết ở trường học. Cần tăng cường giám sát trước 1-2 tháng khi mùa dịch xảy ra và truyền thông nguy cơ tại cơ sở giáo dục, nhóm trẻ dưới 3 tuổi trong cộng đồng.

Từ khóa: Tay chân miệng; dịch tễ học; Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, do các virus đường ruột thuộc chi Enterovirus (họ Picornaviridae) gây ra. Các chủng Enterovirus A71 (EV-A71) và Coxsackievirus A16 (CV-A16) là hai tác nhân chính gây bệnh TCM. Trong đó, EV-A71 thường

liên quan đến các ca bệnh nặng và biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm cơ tim, phù phổi cấp [1-3]. Động lực lây truyền bệnh chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như mật độ dân số, hành vi vệ sinh cá nhân và điều kiện khí hậu nhiệt đới [4, 5]. Bệnh có khả năng lây lan cao qua tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết đường hô hấp, phân hoặc dịch từ các bóng nước của người bệnh, và có thể lây gián tiếp qua bề mặt vật dụng bị nhiễm [6].

*Tác giả: Đặng Thị Xuân Dũng

Địa chỉ: TT Kiểm soát bệnh tật TP. Hồ Chí Minh (HCDC)

Điện thoại: 0974 757 029

Email: dtxuandung233@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 21/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Tại Việt Nam, bệnh TCM được đưa vào hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm từ năm 2012. TPHCM với mật độ dân số cao, khí hậu nhiệt đới nóng ẩm là điều kiện thuận lợi cho sự lưu hành và bùng phát bệnh TCM [7]. Các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng tại TPHCM trước năm 2020 đã cho thấy trẻ từ 1–2 tuổi có nguy cơ mắc bệnh cao nhất [8], Củ Chi và Hóc Môn mắc cao hơn các khu vực khác [7]. Từ năm 2020 đến 2024, TPHCM đã trải qua giai đoạn có nhiều thay đổi về mặt dịch tễ học do tác động của đại dịch COVID-19, các biện pháp giãn cách xã hội (GCM) và việc tăng cường hệ thống giám sát. Mặc dù qua hệ thống giám sát bệnh đã ghi nhận sự gia tăng trở lại của TCM, nhưng thiếu các nghiên cứu hệ thống nhằm mô tả đầy đủ sự thay đổi về đặc điểm dịch tễ học, phân bố tác nhân virus gây bệnh, đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học của bệnh TCM và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh, tại TPHCM năm 2020-2024. Kết quả nghiên cứu này cung cấp thêm thông tin dịch bệnh, định hướng các hoạt động giám sát, phòng chống TCM tại cộng đồng cũng như trường học.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ ca bệnh TCM có địa chỉ cư trú tại TP.HCM được báo cáo trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm từ 01/01/2020 đến 31/12/2024; kết quả giám sát tác nhân và ổ dịch TCM trong cùng thời gian.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian dữ liệu: từ 01/01/2020 đến 31/12/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cơ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ ca bệnh Tay chân miệng có địa chỉ

tại TPHCM khởi phát trong thời gian từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2024.

Toàn bộ ca được lấy mẫu giám sát tác nhân tại TPHCM từ năm 2020 đến năm 2024.

Toàn bộ ổ dịch TCM tại TPHCM được ghi nhận từ năm 2020 đến năm 2024.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Đối với dữ liệu ca bệnh: Chọn toàn bộ ca bệnh TCM thỏa định nghĩa ca bệnh theo Quyết định số 581/QĐ-BYT [9] và phân độ lâm sàng theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT có địa chỉ cư trú tại TPHCM và khởi phát trong thời gian từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2024. Loại ra các ca bệnh trùng lặp (cùng thông tin nhận dạng và thời gian khám/nhập viện dưới 30 ngày so với lần đầu).

Đối với dữ liệu giám sát tác nhân: Chọn toàn bộ trường hợp được lấy mẫu giám sát tác nhân theo hướng dẫn lấy mẫu trong Quyết định 581/QĐ-BYT [9] tại các bệnh viện trên địa bàn TPHCM từ 01/01/2020 đến ngày 31/12/2024. Kết quả xét nghiệm sử dụng kỹ thuật PCR để phát hiện EV-A71.

Đối với dữ liệu ổ dịch: chọn toàn bộ ổ dịch TCM thỏa theo hướng dẫn tại Quyết định số 581/QĐ-BYT [9] và hướng dẫn xử lý ổ dịch của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố: xảy ra tại TPHCM, khi có từ 02 trường hợp bệnh (lâm sàng hoặc xác định) trở lên khởi phát trong vòng 7 ngày có liên quan dịch tễ với nhau, thời gian ghi nhận từ 01/01/2020 đến ngày 31/12/2024.

2.6 Biến số nghiên cứu

2.6.1 Tuổi: Là khoảng thời gian sống của một người tính từ ngày sinh đến một thời điểm nhất định. Là biến định lượng, được tính như sau:

Nếu tháng sinh nhỏ hơn (xảy ra trước) tháng khởi phát bệnh thì Tuổi tròn bằng Năm khởi phát trừ Năm sinh.

Nếu tháng sinh lớn hơn (sau) tháng khởi phát bệnh thì: Tuổi tròn bằng Năm khởi phát trừ (Năm sinh – 1).

2.6.2 Nhóm tuổi: sau khi biểu diễn phân bố tuổi phân loại thành 3 nhóm chính từ biến tuổi: Dưới 3 tuổi, 3-5 tuổi và trên 5 tuổi.

2.6.3 Thời gian tiếp cận cơ sở điều trị (số ngày): Là khoảng thời gian từ khi ca bệnh có triệu chứng đầu tiên đến khi tiếp cận cơ sở điều trị (CSĐT) khám hoặc nhập viện. Là biến định lượng, được tính bằng [ngày khám/nhập viện] trừ [ngày có triệu chứng đầu tiên].

2.6.4 Phân độ lâm sàng: dựa theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 22/8/2019 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị tay chân miệng, các ca nặng được phân loại lâm sàng từ 2b trở lên (2b, 3, 4). Là biến danh định gồm 2 giá trị:

Nặng: khi phân độ lâm sàng từ 2b, 3, 4.

Nhẹ: khi phân độ lâm sàng từ 1 hoặc 2a.

2.6.5 Ổ dịch TCM là biến danh định gồm 2 giá trị: cộng đồng và trường học.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đối với ca bệnh TCM: thu thập danh sách ca bệnh từ phần mềm Hệ thống quản lý bệnh truyền nhiễm (PM TT54) có ngày khởi phát từ năm 2020 đến năm 2024.

Đối với dữ liệu giám sát tác nhân: thu thập danh sách trả kết quả giám sát tác nhân của Viện Pasteur TPHCM từ năm 2020 đến năm 2022 và của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố HCM năm 2023 và 2024.

Đối với dữ liệu ổ dịch: thu thập danh sách các ổ dịch tại các TTYT quận huyện từ năm 2020 đến 2024.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Quản lý số liệu: sử dụng Microsoft 365 (Excel và Access).

Phân tích số liệu: đối với số liệu sẽ được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ. Để mô tả xu hướng bệnh, sử dụng Excel để vẽ biểu đồ, bản đồ Choropleth phân bố ca bệnh, ổ dịch. Sử dụng hồi quy logistic để mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến phân độ nặng của bệnh.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu thứ cấp từ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm, các thông tin cá nhân của đối tượng được mã hóa nhằm đảm bảo tính bảo mật và tuân thủ các quy định về bảo vệ thông tin cá nhân. Tất cả dữ liệu đưa vào nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh và được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, không vì bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

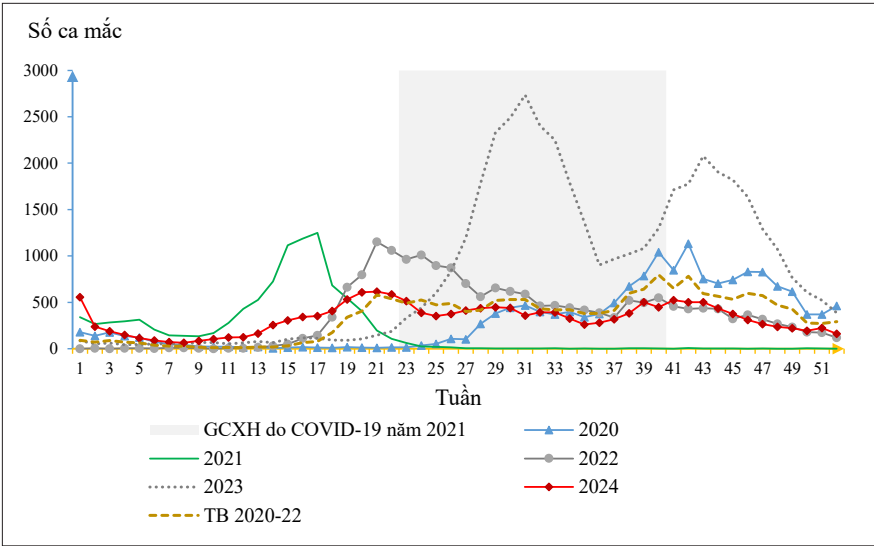
3.1 Đặc điểm chung của ca bệnh

Giai đoạn 2020–2024 ghi nhận tổng cộng 105.477 ca mắc TCM, trong đó có 930 ca nặng (0,9%) và không có ca tử vong. Chỉ 0,5% ca bệnh được lấy mẫu xét nghiệm (527 ca), trong đó 287 ca có kết quả, phát hiện 18 ca dương tính với EV-A71 (6%). Số ca mắc TCM biến động qua các năm, cao nhất vào năm 2023 và thấp nhất năm 2021. Tỷ lệ nặng/mắc cao nhất vào năm 2023 (1,6%), tiếp theo là năm 2024 (0,6%) và 2021 (0,4%). Xét nghiệm (XN) EV-A71 dương tính được ghi nhận trong 3 năm: 2020 (4%), 2021 (17%) và cao nhất năm 2023 (37%).

Bảng 1. Số ca mắc, nặng, tử vong và kết quả giám sát tác nhân TCM (2020-2024) (n = 105.477)

Đặc điểm		Số trường hợp theo năm khởi phát					
		2020	2021	2022	2023	2024	Tổng
Số ca	Mắc	16.370	9.749	19.153	43.395	16.810	105.477
	Nặng	28	38	43	713	108	930
	Tử vong	0	0	0	0	0	0
Kết quả giám sát tác nhân	Lấy mẫu	110	41	27	209	185	572
	Tổng mẫu XN	110	41	27	19	90	287
	Âm tính	45	30	16	0	56	147
	EV (+)	61	4	11	0	34	110
	EV-A71 (+)	4	7	0	7	0	18
Số ca mắc/100.000 dân		178	107	205	459	182	226
Tỷ lệ nặng/ mắc (%)		0,2	0,4	0,2	1,6	0,6	0,9
Tỷ lệ chết/ mắc (%)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tỷ lệ lấy mẫu (%)		0,7	0,4	0,1	0,5	1,1	0,5
Tỷ lệ (+) EV 71 (%)		4	17	0	37	0	6

3.2 Phân bố theo thời gian



Hình 1. Diễn tiến bệnh TCM theo tuần khởi phát bệnh từ năm 2020 đến năm 2024

Diễn tiến ca bệnh TCM theo tuần giai đoạn 2020–2024 cho thấy sự biến động đáng kể. Năm 2020 có một đỉnh dịch vào tuần 42, kéo dài đến cuối năm. Năm 2021 ghi nhận đỉnh dịch sớm vào tuần 17, từ tuần 25 đến cuối năm hầu như không ghi nhận ca bệnh TCM. Năm 2022

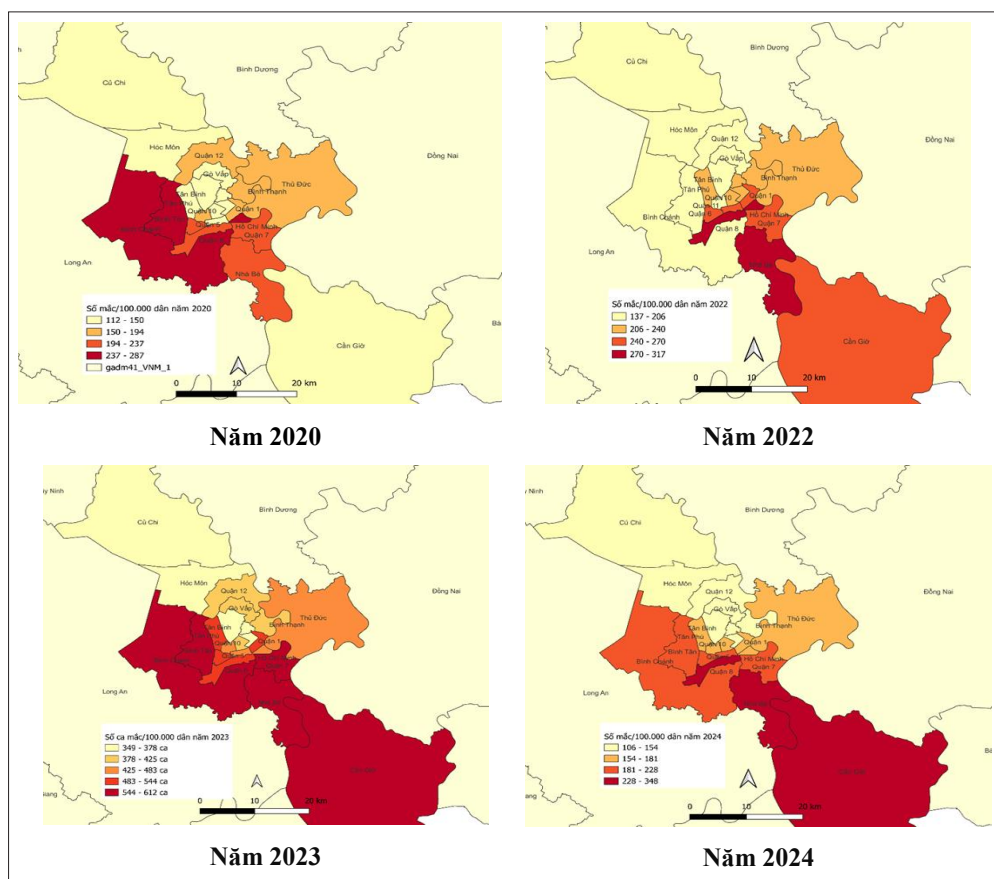
và 2024 có diễn tiến tương tự, có 2 khoảng thời gian dịch tăng cao (tháng 5-tháng 6 và tháng 9-tháng 10) nhưng năm 2024 không hình thành đỉnh rõ như năm 2022 (đỉnh tuần 21). Năm 2023 bùng phát mạnh với ca bệnh vượt trung bình 2 năm 2020 và 2022 (không tính năm

2021 do đại dịch COVID-19), cũng có 2 đỉnh dịch nhưng đỉnh dịch đầu muộn vào tuần 31 và đỉnh dịch thứ 2 tương tự các năm trước.

3.3 Phân bố theo không gian

Ba địa bàn có số ca mắc cao nhất gồm Thành phố Thủ Đức (12.278 ca), huyện Bình Chánh (11.417 ca) và quận Bình Tân (11.341 ca), chiếm 33,5% tổng số ca bệnh toàn thành phố. Phân bố ca bệnh/100.000 dân qua các năm 2020, 2022, 2023 và 2024 cho thấy bệnh TCM tập trung cao

nhất ở các quận huyện phía Nam, Tây Nam gồm huyện Bình Chánh, quận Bình Tân, Quận 8 và huyện Nhà Bè, kể đến là khu vực phía Đông, Đông Bắc gồm TP Thủ Đức, Bình Thạnh, Quận 4 và Quận 7, lan vô dần đến các quận huyện khu vực trung tâm thành phố như Tân Phú, Tân Bình, Phú Nhuận, Quận 10, Quận 11, Quận 5, Quận 6, Quận 3 và Quận 1. Riêng Cần Giờ là huyện phía Đông Nam tách biệt với thành phố nhưng có sự chuyển dịch mạnh mẽ khi số ca mắc tăng dần qua các năm. (hình 2)



Hình 2. Bản đồ phân bố ca TCM/100.000 dân tại TPHCM từ 2020-2024

3.4. Phân bố theo đặc điểm con người

Trẻ dưới 5 tuổi chiếm 95,6% tổng số ca mắc (100.822/105.477 ca), trong đó nhóm dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,8% (70.475 ca). Nhóm dưới 3 tuổi vẫn chiếm ưu thế qua từng năm. Có 73,5% phân độ nặng ở nhóm

dưới 3 tuổi (694/930 ca).

Thời gian tiếp cận CSĐT qua các năm có sự chuyển dịch, năm 2020, 2021 và 2022 hầu hết ca bệnh vào viện cùng ngày khởi phát lần lượt 78,6%, 42,1% và 62,8%. Năm 2023 và 2024 ca bệnh vào viện 1 ngày khởi phát.

Bảng 2. Một số đặc điểm của ca bệnh lâm sàng nặng ($\geq 2b$) từ năm 2020-2024 (n=930)

Đặc điểm	Năm khởi phát, n (%)				
	2020 (n=28)	2021 (n=38)	2022 (n=43)	2023 (n=713)	2024 (n=108)
Nhóm tuổi					
Dưới 3 tuổi	19 (67,9)	27 (71,1)	34 (79,1)	522 (73,2)	82 (75,9)
3-5 tuổi	7 (25,0)	10 (26,3)	7 (16,3)	179 (25,1)	21 (19,4)
Trên 5 tuổi	2 (7,1)	1 (2,6)	2 (4,7)	12 (1,7)	5 (4,6)
Thời gian tiếp cận CSĐT					
Cùng ngày	22 (78,6)	16 (42,1)	27 (62,8)	237 (33,2)	43 (39,8)
1 ngày	3 (10,7)	9 (23,7)	7 (16,3)	330 (46,3)	46 (42,6)
≥ 2 ngày	3 (10,7)	13 (34,2)	9 (20,9)	146 (20,5)	19 (17,6)

3.5 Đặc điểm ổ dịch

Tổng số 2.564 ổ dịch được ghi nhận từ 2020-2024, trong đó năm 2023 có số ổ dịch cao nhất (1.687 ổ, chiếm 65,8%). Ổ dịch tại trường học chiếm đa số với 1.613 ổ dịch (62,9%), đặc

biệt là các cơ sở mầm non (1.454/1.613 ổ dịch trường học, tương ứng 90,1%). Khoảng 60% ổ dịch trường học có từ 3 ca trở lên. Ổ dịch trường học có từ 3 ca trở lên cao gấp 3,76 lần so với ổ dịch cộng đồng (OR=3,76M 95%CI: 3,23-4,38).

Bảng 3. Mô tả một số đặc điểm ổ dịch qua các năm 2020-2024 (n=2.564)

Phân loại ổ dịch	Các năm xác định ổ dịch, n (%)									
	2020 (n=90)		2021 (n=153)		2022 (n=84)		2023 (n=1687)		2024 (n=550)	
Cộng đồng	2	(2,2)	24	(15,7)	11	(13,1)	711	(42,1)	203	(36,9)
Chung nhà	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	510	(71,7)	166	(81,8)
Khác (khác nhà, không rõ)	2	(100,0)	24	(100,0)	11	(100,0)	201	(28,3)	37	(18,2)
Trường học	88	(97,8)	129	(84,3)	73	(86,9)	976	(57,9)	347	(63,1)
Nhóm trẻ	2	(2,3)	0	(0,0)	0	(0,0)	82	(8,4)	28	(8,1)
Mầm non	84	(95,5)	127	(98,4)	72	(98,6)	867	(88,8)	304	(87,6)
Khác (TH, THCS)	2	(2,3)	2	(1,6)	1	(1,4)	27	(2,8)	15	(4,3)

3.6 Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng

(liên quan thấp); 95%CI=1,13 -1,53.

Trẻ dưới 3 tuổi có nguy cơ mắc bệnh nặng cao gấp 2,03 lần so với nhóm trên 5 tuổi có ý nghĩa thống kê mức trung bình với OR=2,03; 95%CI: 1,33-3,12 và nguy cơ mắc bệnh nặng ở nhóm trẻ dưới 3 tuổi cao gấp 1,3 lần so với nhóm 3-5 tuổi, có ý nghĩa thống kê với OR=1,3

Nhóm có thời gian tiếp cận CSĐT trong 1 ngày có khả năng mắc bệnh nặng cao hơn 1,2 lần so với nhóm trên 1 ngày, có ý nghĩa thống kê với OR = 1,2 (95%CI: 1,02–1,41), tuy nhiên mối liên quan này thấp.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi, thời gian tiếp cận CSĐT và phân độ nặng

Đặc điểm	Phân độ bệnh		Tổng	Giá trị p	OR	95%CI
	Nặng n (%)	Nhẹ n (%)				
Tham chiếu nhóm trên 5 tuổi						
Dưới 3 tuổi	684 (2,5)	20.474 (97,5)	21.158 (67,1)	<0,001 ¹	2,03	(1,33 - 3,12)
3-5 tuổi	224 (3,2)	8.788 (96,8)	9.012 (28,6)	0,051 ¹	1,56	(0,99 - 2,42)
Trên 5 tuổi	22 (1,6)	1.341 (98,4)	1.363 (4,3)		1	
Tham chiếu nhóm 3-5 tuổi						
Dưới 3 tuổi	684 (2,5)	20.474 (97,5)	21.158 (67,1)	<0,001 ¹	1,31	(1,13 -1,53)
3-5 tuổi	224 (3,2)	8.788 (96,8)	9.012 (28,6)		1	
Trên 5 tuổi	22 (1,6)	1.341 (98,4)	1.363 (4,3)	0,051 ¹	0,64	(0,41 -1,00)
Thời gian tiếp cận CSĐT						
Trong 1 ngày	740 (3,1)	23.399 (96,9)	24.139 (76,6)	<0,001	1,2	(1,02 – 1,41)
Trên 1 ngày	190 (2,6)	7.204 (97,4)	7.394 (23,4)		1	
Tổng	930 (2,9)	30.603 (97,1)	31.533 (100)			

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung và xu hướng theo thời gian

Số ca mắc TCM từ năm 2020 đến năm 2024 tại TPHCM luôn chiếm cao nhất nhì trong các bệnh truyền nhiễm lưu hành tại Việt Nam và là tỉnh có số mắc cao nhất khu vực Phía Nam (KVPN) nhưng tỷ lệ ca nặng thấp (0,9%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy phần lớn ca TCM có diễn biến nhẹ [10, 11]. Trong 5 năm TPHCM không có trường hợp tử vong và tỷ lệ giám sát tác nhân cho thấy EV-A71 lưu hành chỉ có 6%, thấp hơn nhiều so với cục diện chung của KVPN ở các năm trước [10, 11]. Năm 2023 có số ca mắc và tỷ lệ ca nặng cao nhất, đồng thời có tỷ lệ EV-A71 dương tính cao nhất (37%). Điều này phù hợp với đặc điểm của EV71 thường gây ra các ca bệnh nặng hơn so với các chủng Enterovirus khác ở thời gian trước [1]. Tuy nhiên, năm 2021 cũng có tỷ lệ dương tính với EV-A71 cao nhưng số ca mắc thấp nhất giai đoạn. Do tác động của COVID-19 đỉnh điểm vào năm 2021, khi nhiều chính sách GCXH được đưa ra và tiếp tục duy trì các biện pháp khử khuẩn một thời gian sau GCXH để phòng chống dịch COVID-19 có thể là tác động kép làm giảm

số ca mắc TCM. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu quốc tế cho thấy các biện pháp phòng chống COVID-19 có tác dụng giảm thiểu lây truyền các bệnh truyền nhiễm khác [12, 13]. Nếu không có COVID-19, với kết quả giám sát tác nhân EV-A71 năm 2021 trong 23 tuần như trên có khả năng số ca mắc TCM cũng sẽ cao nhất nhì giai đoạn.

Bệnh TCM cao điểm vào tháng 5-tháng 6 và tháng 9-tháng 10 (khi năm học mới bắt đầu). Điều này chưa có nghiên cứu nào đưa ra minh chứng rõ ràng nhưng với đặc điểm ổ dịch thường xảy ra ở trường học mầm non từ kết quả nghiên cứu này đưa ra, cho thấy thời điểm tháng 5-tháng 6 ca bệnh tăng cao có khả năng do ảnh hưởng bởi khí hậu nóng ẩm thuận lợi dịch bệnh phát triển. Hơn nữa, thời gian này trùng với thời kỳ sắp kết thúc năm học, việc trẻ nghỉ học có thể làm ca bệnh tại trường học giảm nhưng cộng đồng vẫn tồn tại và tiếp tục mang mầm bệnh đến năm học tiếp theo (tháng 9-tháng 10). Tuy nhiên, cần có nghiên cứu khác để tìm hiểu phương thức lây truyền này.

4.2 Đặc điểm TCM theo địa phương

Huyện Bình Chánh, quận Bình Tân và TP Thủ Đức là ba địa bàn có số ca mắc cao nhất

trong giai đoạn 5 năm 2020-2024. Phân bố này có sự khác biệt so với nghiên cứu TCM và phân tích xu hướng theo không gian, thời gian tại TPHCM 2015-2022 (tập trung ở huyện Củ Chi, Hóc Môn) [7]. Điều này do phương pháp thực hiện khác nhau, nghiên cứu này chỉ đánh giá dựa trên số tuyệt đối và ước tính trên 100.000 dân số, chưa hiệu chỉnh theo khí hậu như nghiên cứu trước đã thực hiện. Tuy nhiên, kết quả này khá phù hợp với đặc điểm khu vực chuyển tiếp giữa nông thôn-thành thị có nguy cơ cao hơn [14, 15].

4.3 Đặc điểm TCM theo con người

Trẻ dưới 5 tuổi chiếm 95,6% ca mắc, trong đó nhóm dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,8%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác về đặc điểm dịch tễ học của bệnh TCM [16], phản ánh tính phụ thuộc vào người chăm sóc [17] trong việc duy trì vệ sinh cá nhân và phòng bệnh. Nguy cơ trẻ dưới 3 tuổi mắc bệnh nặng hơn so với các nhóm trẻ khác. Điều này có thể do hệ miễn dịch của trẻ nhỏ chưa hoàn thiện và việc chẩn đoán, điều trị muộn hơn do triệu chứng không điển hình [18]. Ổ dịch TCM chủ yếu xảy ra tại các cơ sở giáo dục, đặc biệt là trường mầm non (90,1% ổ dịch trường học). Ổ dịch trường học có khả năng xuất hiện nhiều ca hơn so với ổ dịch trường học, cho thấy môi trường trường học là yếu tố nguy cơ đối với bệnh TCM mà các nghiên cứu trước đã thực hiện [16, 19].

Thời gian tiếp cận CSĐT trong 1 ngày có khả năng nặng hơn nhóm tiếp cận CSĐT trên 1 ngày. Các nghiên cứu liên quan đến vấn đề này còn hạn chế ở Việt Nam, tuy nhiên, một nghiên cứu tại Trung Quốc đã tổng hợp và phân tích chỉ ra rằng các yếu tố như sốt cao, mệt mỏi, và các dấu hiệu thần kinh là những yếu tố nguy cơ độc lập cho bệnh TCM nặng. Những triệu chứng này thường xuất hiện sớm và có thể khiến phụ huynh đưa trẻ đến bệnh viện ngay trong ngày đầu tiên của bệnh [17]. Cần có nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu vấn đề này.

Nghiên cứu có một số hạn chế: (1) dựa trên dữ liệu thứ cấp nên có thể có sai lệch thông tin; (2) ca bệnh nhẹ có thể không được báo cáo đầy

đủ; (3) đặc điểm từng ổ dịch chỉ thu thập số ca, không có danh sách chi tiết nên nghiên cứu không thể liên kết với dữ liệu ca bệnh, giám sát tác nhân để mô tả khái quát hơn về mối liên quan của các dữ liệu. Những hạn chế này góp phần vào việc thu thập dữ liệu cho thời gian tới để tiếp tục triển khai nghiên cứu và đưa vào hoạt động giám sát để chuẩn hóa dữ liệu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh TCM tại TP.HCM giai đoạn 2020-2024 có đỉnh dịch rơi vào tháng 5-6 và tháng 9-10 (trừ năm 2021 có dịch COVID-19). Không có ca tử vong. Bệnh tập trung ở địa phương có sự chuyển giao giữa thành thị-nông thôn (nguy cơ cao) như Thành phố Thủ Đức, Bình Tân và Bình Chánh. Bệnh chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi. Nguy cơ bệnh nặng ở trẻ dưới 3 tuổi cao hơn các nhóm tuổi lớn hơn. Ổ dịch chủ yếu tại các cơ sở giáo dục (mầm non, nhóm trẻ) và khả năng xuất hiện nhiều ca hơn ổ dịch tại cộng đồng. Cần tăng cường các hoạt động giám sát trước 1-2 tháng trước khi đỉnh dịch xảy ra, tập trung nguồn lực tại các địa phương nguy cơ cao và tăng cường truyền thông tại các cơ sở giáo dục (mầm non, nhóm trẻ) về nhận biết dấu hiệu bệnh nặng, các biện pháp phòng chống bệnh, đặc biệt chú trọng nhóm trẻ dưới 3 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen Y, Chen S, Shen Y, Li Z, et al. Molecular Evolutionary Dynamics of Coxsackievirus A6 Causing Hand, Foot, and Mouth Disease From 2021 to 2023 in China: Genomic Epidemiology Study. JMIR public health and surveillance. 2024;10(59604).
2. Suryawanshi H, Sahu M, Singh P. Hand, foot and mouth disease (HFMD): A case report. J Oral Maxillofac Pathol. 2024;28(3):pp.464-6.
3. Anh N, Nhu L, Van H, Hong N, Thanh T, Hang V, et al. Emerging Coxsackievirus A6 Causing Hand, Foot and Mouth Disease, Vietnam. Emerging Infectious Diseases. 2018;24(4):pp.654-62.
4. Zhao J, Wang Y. The transmission of Hand, Foot, and Mouth Disease in East and Southeast Asia. bioRxiv. 2019.

5. Duan C, Zhang X, Jin H, Cheng X, Wang D, Bao C, et al. Meteorological factors and its association with hand, foot and mouth disease in Southeast and East Asia areas: a meta-analysis. *Epidemiology and Infection*. 2019;147(50).
6. Huang C-Y, Su S-B, Chen K-T. A review of enterovirus-associated hand-foot and mouth disease: preventive strategies and the need for a global enterovirus surveillance network. *Pathogens and Global Health*. 2024;118:pp. 538-48.
7. Phan Thi H, Le Thanh T, Le Hong N, Nguyen Thi Van A, Hoang Ha A, et al. Spatiotemporal trends and meteorological influence on hand, foot, and mouth disease in Ho Chi Minh City: insights from 2015–2022 using machine learning and trend analysis. *Discover Public Health*. 2025;22(335).
8. Yining C, Lam Anh N, Le Nguyen Thanh N, Phan Tu Q, Hannah C, et al. Age-time-specific transmission of hand-foot-and-mouth disease enterovirus serotypes in Vietnam: A catalytic model with maternal immunity. *Epidemics*. 2024;46(100754).
9. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh tay chân miệng. Số 581/2012/QĐ-BYT, ngày 24/02/2012.
10. Phan Công Hùng, Nguyễn Thị Phương Thảo, Đoàn Ngọc Minh Quân, Nguyễn Thị Thanh Thúy, Phan Trọng Lân, et al. Đặc điểm dịch tễ của dịch tay chân miệng tại khu vực phía Nam, năm 2010-2012. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2013;10(146):tr.172.
11. Đoàn Ngọc Minh Quân, Phan Công Hùng, Nguyễn Thị Thanh Thảo, Nguyễn Thị Phương Thúy, Nguyễn Vũ Thượng, Phan Trọng Lân. Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng tại khu vực phía Nam, giai đoạn 2013 – 2016. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2017;27(11):tr.129.
12. Huang J, Deng F, Wu S, et al. The temporal trend and factors associated with hand, foot and mouth disease during the COVID-19 pandemic in China. *Transbound Emerg Dis*. 2022;69(3):1432-41.
13. Du Z, Xu L, Zhang W, et al. Effects of proactive social distancing on COVID-19 outbreaks in 58 cities, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(9):2267-9.
14. Wang J ZH, Chen Y, Zhang Y,. Epidemiological analysis on 589 children with hand-foot-mouth disease from Xianju county of Zhejiang province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2014;35(6):708-9.
15. Wang J CZ, Zeng D.D, Wang Q, Wang X, Qian H,. Epidemiological analysis, detection, and comparison of space-time patterns of Beijing hand-footmouth disease (2008-2012). *PLoS One*. 2014;9(3).
16. Kua JA, Pang J. The epidemiological risk factors of hand, foot, mouth disease among children in Singapore: A retrospective case-control study. *PLoS One*. 2020;15(8).
17. Li P, Huang Y, Zhu D, Yang S, Hu D. Risk Factors for Severe Hand-Foot-Mouth Disease in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pediatr*. 2021;9(716039).
18. Xing W, Liao Q, Viboud C, Zhang J, et al. Hand, foot, and mouth disease in China, 2008-12. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(4):308-18.
19. Wang Y, Feng Z, Yang Y, Self S, et al. Hand, foot, and mouth disease in China: patterns of spread and transmissibility. *Epidemiology*. 2011;22(6):781-92.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE AND SOME RELATED TO SEVERITY FACTORS ASSOCIATED WITH HO CHI MINH CITY, 2020–2024

Dang Thi Xuan Dung^{1,3}, Nguyen Thi Phuong Thuy², Tran Thi Ai Huyen^{1,5},
Nguyen Hoai Thao Tam^{1,3}, Nguyen Tu Anh^{1,4}, Le Hong Nga¹

¹*Centers for Disease Control of Ho Chi Minh City (HCDC)*

²*Trainer of the Vietnam Field Epidemiology Training Program*

³*Vietnam Field Epidemiology Training Program, short course 20 (FETP-SC20)*

⁴*Vietnam Field Epidemiology Training Program, short course 23 (FETP-SC23)*

⁵*Vietnam Field Epidemiology Training Program, intermediate course 1 (FETP-IC1)*

⁶*Vietnam Field Epidemiology Training Program, intermediate course 5 (FETP-IC5)*

This study aimed to describe the epidemiological characteristics of hand, foot and mouth disease and some related to severity factors in Ho Chi Minh City, 2020–2024. A cross-sectional, retrospective study was conducted using data on all HFMD cases residing in HCMC, with onset from 2020 to 2024, sourced from the infectious disease surveillance management system, serological surveillance, and outbreak reports. Logistic regression was used to identify factors associated with severe disease. Over five years, 105,477 HFMD cases were reported, with no deaths. EV-A71 positivity across the whole period was only 6%. The epidemic peak occurred in May–June and September–October. Binh Chanh District, Binh Tan District, and Thu Duc City reported the highest case counts (34%). Most patients

were children under 5 years old (95,6%). The risk of severe disease was higher in children under 3 years old compared with those aged 3–5 years (OR=1,2; 95%CI =1,13–1,53), and >5 years (OR=2; 95%CI =1,33–3,12). Among 2,564 reported outbreaks, 62.9% occurred in schools, predominantly in preschools (90,1%) and 60% of school outbreaks involved three or more cases. The risk of severe disease is higher in children under 3 years old compared to other age groups. Most outbreaks occur in schools. Strengthened surveillance 1–2 months before the epidemic season and implementing risk communication in educational settings and among children under 3 years in the community are recommended.

Keywords: Hand; foot and mouth disease; epidemiology; Ho Chi Minh City

TÌNH HÌNH VÀ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CỦA MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN, GIAI ĐOẠN 2019-2023

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Hằng^{1*}, Hà Thị Hằng²

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

²Báo Dân Trí

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang dựa trên số liệu thứ cấp từ phần mềm hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm theo Thông tư 54/2015/TT-BYT, nhằm mô tả tình hình và đặc điểm dịch tễ học của một số bệnh truyền nhiễm tại tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023. Kết quả cho thấy trong giai đoạn 2019-2023 tỉnh Thái Nguyên có 9/21 bệnh cần báo cáo trước 24 giờ, có 11/13 bệnh cần báo cáo trước 48 giờ và 8/8 bệnh báo cáo theo tháng có ghi nhận ca mắc. Ba bệnh ghi nhận số ca tử vong là COVID-19 (117 ca), bạch hầu (1 ca), dại (10 ca). Các bệnh truyền nhiễm có tỷ suất mắc trên 100.000 dân cao, gồm COVID-19, tay chân miệng, SXHD, cúm mùa, trong đó bệnh COVID-19 ghi nhận nhiều nhất vào tháng 3. Thành phố (TP) Phổ Yên ghi nhận tỷ suất mắc trên 100.000 dân cao nhất. Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) đạt đỉnh vào tháng 10 và 11 hàng năm và TP Thái Nguyên có tỷ suất mắc trên 100.000 dân cao nhất. Bệnh tay chân miệng cao nhất vào tháng 9, TP Sông Công có tỷ suất mắc trên 100.000 dân cao nhất. Tình hình dịch bệnh truyền nhiễm tại tỉnh Thái Nguyên vẫn diễn biến phức tạp, đòi hỏi công tác giám sát, phát hiện, xử lý ca bệnh ổ dịch cần thực hiện hiệu quả hơn.

Từ khóa: Thái Nguyên; bệnh truyền nhiễm; đặc điểm dịch tễ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tình hình bệnh truyền nhiễm (BTN) có những diễn biến phức tạp, tiêu biểu nhất là đại dịch COVID-19 với sự lây lan mạnh mẽ giữa các quốc gia, trên toàn thế giới ghi nhận trên 696 triệu ca mắc và hơn 6,9 triệu ca tử vong kể từ đầu dịch (đến 31/10/2023) [1]. Bên cạnh diễn biến phức tạp của tình hình bệnh mới nổi, tái nổi trong năm 2023 khu vực miền Bắc ghi nhận số ca mắc cao nổi trội của một số BTN như bạch hầu, SXHD, tay chân miệng... các bệnh lây truyền từ động vật sang người, bệnh trong chương trình tiêm chủng mở rộng vẫn ghi nhận rải rác [2, 3], bên cạnh đó những diễn biến của biến đổi khí hậu cũng ảnh hưởng đến tình hình BTN gây khó khăn trong việc dự báo ứng phó [4].

Kể từ khi ghi nhận những ca mắc COVID-19 đầu tiên, tính đến nay Việt Nam đã ghi nhận hơn 11 triệu ca mắc và hơn 43 nghìn ca tử vong do COVID-19 [5]. Là một trong những “điểm nóng” toàn cầu về nguy cơ cao xuất hiện các tác nhân gây BTN mới nổi, tái nổi [6] xâm nhập từ bên ngoài vào, trong những năm gần đây Việt Nam đã ghi nhận sự gia tăng những BTN lưu hành như bệnh dại, bệnh liên cầu lợn trên người, bệnh cúm A/H5N1 trên người... những diễn biến phức tạp của BTN có thể gây ra những tác động làm tăng nguy cơ thay đổi trong mô hình dịch bệnh tại Việt Nam.

Thái Nguyên là một tỉnh thuộc khu vực trung du miền núi Đông Bắc, có khí hậu đặc trưng của khí hậu cận nhiệt đới, mùa hè nóng ẩm mưa nhiều, mùa đông lạnh và khô; tỉnh Thái

* Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hằng

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Điện thoại: 0372 981 998

Email: nguyenhang2458@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Nguyên cũng là cửa ngõ giao lưu kinh tế xã hội giữa vùng trung du miền núi với vùng đồng bằng Bắc Bộ, với hệ thống giao thông thuận lợi, tiếp giáp với nhiều tỉnh và đặc biệt tiếp giáp với thủ đô Hà Nội ở phía Nam [7]. Trong giai đoạn 2019-2023, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận ca mắc ở 28 BTN, có 3 BTN ghi nhận trường hợp tử vong tăng lên cả về số bệnh ghi nhận ca mắc, tử vong so với năm 2018 (ghi nhận 24 BTN có ca mắc, và 02 BTN có ca tử vong).

Để có cái nhìn cụ thể về tình hình BTN tại tỉnh Thái Nguyên nhằm đưa ra kế hoạch phòng chống dịch bệnh chủ động, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1) Mô tả tình hình các bệnh truyền nhiễm ở người trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023; 2) Mô tả đặc điểm dịch tễ học một số bệnh truyền nhiễm ở người được giám sát trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp bệnh được thu thập bằng phần mềm Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm (Phần mềm do Viettel phối hợp với Bộ Y tế xây dựng) từ năm 2019-2023. Các báo cáo, phiếu điều tra ca bệnh được báo cáo bằng văn bản và trên phần mềm. Loại trừ những báo cáo, phiếu điều tra không đầy đủ thông tin, không hợp pháp.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên trong thời gian từ 03/2024 đến tháng 10/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên số liệu sẵn có.

2.4 Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ

2.5 Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn 100% các ca bệnh được giám sát trên địa bàn tỉnh thu thập được từ phần mềm Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

2.6 Biến số nghiên cứu

Trong nghiên cứu này chúng tôi phân tích theo các bệnh cần báo cáo trong 24 giờ, 48 giờ và các bệnh cần báo cáo số ca mắc, tử vong theo tháng.

Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, khu vực sống.

Đặc điểm dịch tễ học đối tượng nghiên cứu: Tiền sử tiêm chủng, phân loại chẩn đoán bệnh, ngày khởi phát, tiền sử dịch tễ, thực hiện xét nghiệm.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Hồi cứu số liệu về ca bệnh truyền nhiễm tại Thái Nguyên trong thời gian từ 01/01/2019 đến 31/12/2023 bằng cách trích xuất số liệu từ phần mềm Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm thực hiện theo Thông tư 54/2015.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được trích xuất từ phần mềm dưới dạng bảng số excel, sau đó số liệu sẽ được làm sạch. Số liệu được xử lý phân tích bằng các phần mềm STATA 17. Các biến được tính theo tỷ lệ % và tỷ suất mắc trên 100.000 dân.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Trung tâm Kiểm soát bệnh tật và được phê duyệt theo Quyết định số 1201/QĐ-SYT ngày 17/5/2024 của Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thống kê các bệnh truyền nhiễm ở người trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023

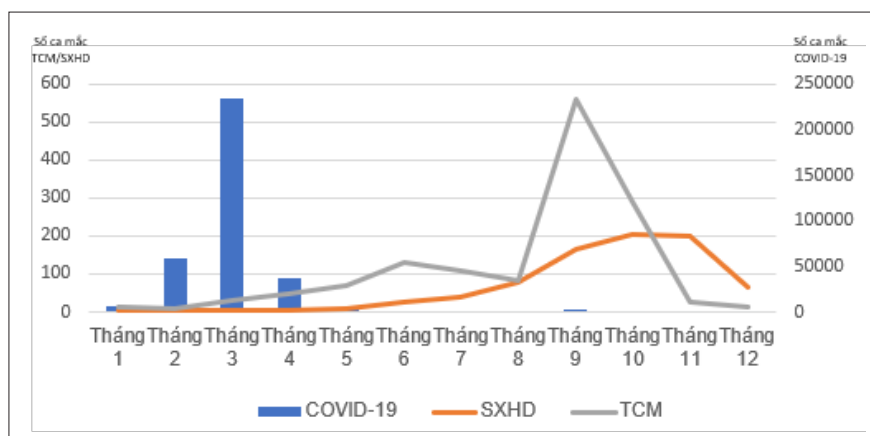
Bảng 1. Thống kê cá bệnh truyền nhiễm ở người ghi nhận ca mắc trong giai đoạn 2019-2023

STT	Tên bệnh	Số ca mắc	Số ca tử vong	Tỷ suất mắc trên 100.000 dân trung bình
Bệnh truyền nhiễm ở người phải báo cáo từng trường hợp bệnh ngay sau khi có chẩn đoán đảm bảo không muộn quá 24 giờ theo Thông tư 54/2015/TT-BYT				
1	COVID-19	348.206	117	6.515
2	Tay chân miệng	1.375		20,8
3	SXHD	823		12,3
4	Sởi	107		1,7
5	Rubella	26		0,4
6	Bệnh do liên cầu lợn	9		0,1
7	Bạch hầu	2	1	0,03
8	Bệnh chưa rõ nguyên nhân	3		0,04
9	Viêm màng não do não mô cầu	2		0,03
Bệnh truyền nhiễm ở người phải báo cáo từng trường hợp bệnh ngay sau khi có chẩn đoán đảm bảo không muộn quá 48 giờ theo Thông tư 54/2015/TT-BYT				
1	Lao phổi	1261		18,9
2	Viêm gan VR B	527		7,9
3	Viêm gan VR C	160		2,4
4	Viêm gan VR A	32		0,6
5	Dại	10	10	0,2
6	Ho gà	12		0,2
7	Sốt rét	11		0,2
8	Uốn ván khác	11		0,2
9	Viêm não Nhật Bản	9		0,2
10	Viêm não do VR khác	4		0,1
11	Xoắn khuẩn vàng da	1		0,02
Bệnh truyền nhiễm ở người phải báo cáo số ca mắc, tử vong theo tháng theo Thông tư 54/2015/TT-BYT				
1	Cúm	17.508		265,2
2	Tiêu chảy	9997		151,6
3	Thuỷ đậu	3076		46,7
4	Viêm gan vi rút khác	1488		22,5
5	Lỵ amip	1128		17,1
6	Lỵ trực trùng	756		11,5
7	BDVR Adeno	479		7,3
8	Quai bị	346		5,3

Trong giai đoạn 2019-2023 tỉnh Thái Nguyên ghi nhận 9/21 bệnh truyền nhiễm ở người cần báo cáo không muộn quá 24 giờ ghi nhận ca bệnh theo Thông tư 54/2015/TT-BYT, trong đó, ghi nhận 117 ca tử vong COVID-19 và 01 ca tử vong bạch hầu. Bệnh truyền nhiễm ghi nhận tỷ suất mắc trên 100.000 dân cao nhất là COVID-19 với 6515 ca. Có 11/13 bệnh truyền nhiễm cần báo cáo từng trường hợp bệnh không muộn quá 48 được giờ ghi nhận ca

mắc trên địa bàn, Ghi nhận 10 ca tử vong đại/nghi đại. Trong giai đoạn 2019-2023, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận có 8/8 bệnh truyền nhiễm cần báo cáo số ca mắc, Trong 5 năm, bệnh truyền nhiễm ở người báo cáo theo tháng không ghi nhận trường hợp tử vong nào được báo cáo.

3.2 Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học các trường hợp bệnh truyền nhiễm ở người được giám sát trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023

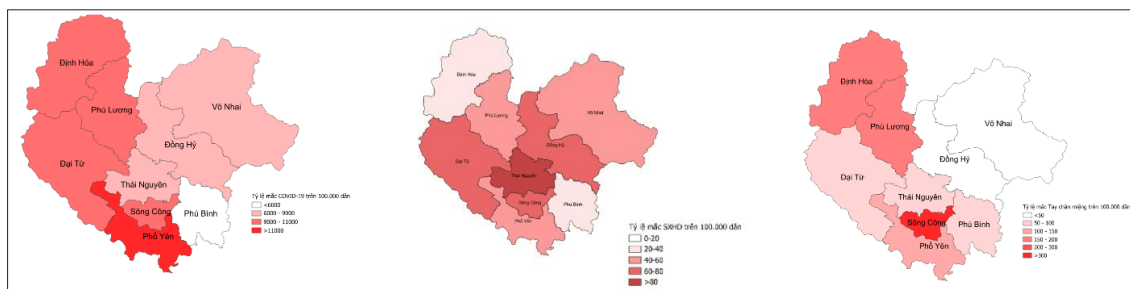


SXHD: Sốt xuất huyết Dengue, TCM: Tay chân miệng

Hình 1. Diễn biến tình hình một số bệnh truyền nhiễm theo tháng

Trong giai đoạn năm 2020-2023, số ca COVID-19 ghi nhận nhiều vào đầu năm, tháng 3 ghi nhận số ca mắc nhiều nhất. Số ca sốt xuất huyết Dengue ghi nhận nhiều vào giai đoạn

tháng 10 và tháng 11, tăng dần vào tháng 6 và giảm dần vào tháng 12. Số ca tay chân miệng được ghi nhận nhiều vào giai đoạn tháng 9, tăng dần vào tháng 6 và giảm dần vào tháng 12.



Hình 2: Tỷ suất mắc trên 100.000 dân của các bệnh truyền nhiễm theo huyện/thành

Trong giai đoạn năm 2020-2023, số ca COVID-19 ghi nhận nhiều nhất ở TP Phố Yên

với trên 11.000 ca mắc/100.00 dân. Huyện Phú Bình ghi nhận số ca mắc/100.000 dân thấp nhất

với dưới 6000 ca mắc. Các huyện/thành trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên đều ghi nhận trên 20 ca mắc SXHD/100.000 dân, trong đó, TP Thái Nguyên ghi nhận tỷ suất mắc cao nhất với trên 80 ca mắc/100.000 dân.. TP Sông Công ghi

nhận số ca mắc tay chân miệng/100.000 dân cao nhất với trên 300 ca mắc. Số ca mắc ghi nhận thấp nhất ở Đồng Hỷ và Võ Nhai với dưới 50 ca tay chân miệng/100.000 dân.

Bảng 2. Một số đặc điểm dịch tễ học của ca bệnh COVID-19 giai đoạn 2019-2023

STT	Thông tin		Số ca mắc	Tỷ lệ %
1	Tuổi	Dưới 15 tuổi	88.681	25,5
		Từ 15 tuổi trở lên	259.525	74,5
2	Giới tính	Nam	152.184	43,7
		Nữ	196.022	56,3
3	Khu vực sinh sống	Thành phố	184.189	52,9
		Huyện	164.017	47,1
4	Đã tiêm vắc xin chưa	1 mũi	4.122	1,2
		Đã tiêm 2 mũi	134.688	38,7
		> 2 mũi	122.665	35,2
		Chưa rõ	7.942	2,3
		Chưa tiêm vắc xin	78.789	22,6

Nghiên cứu ghi nhận có 74,5% ca bệnh COVID-19 ghi nhận có độ tuổi từ 15 tuổi trở lên, có 25,5% ca bệnh dưới 15 tuổi, tỷ lệ ca

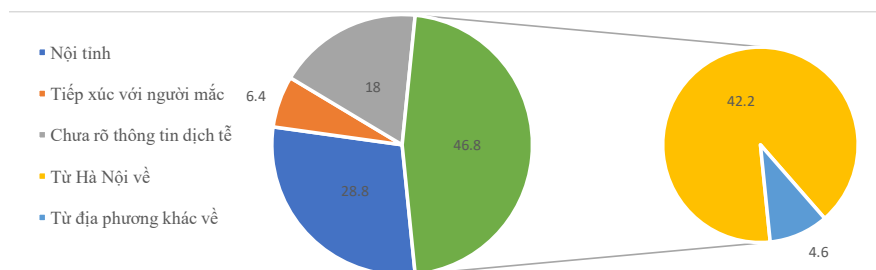
bệnh ghi nhận tại 3 thành phố trên địa bàn tỉnh chiếm 52,9% tổng số ca bệnh ghi nhận, có 47,1% ca bệnh ghi nhận tại 06 huyện còn lại.

Bảng 3: Một số đặc điểm dịch tễ học của ca bệnh sốt xuất huyết Dengue giai đoạn 2019-2023

STT	Thông tin		Số ca mắc	Tỷ lệ %
1	Tuổi	Dưới 15 tuổi	40	4,9
		Từ 15 tuổi trở lên	783	95,1
2	Giới tính	Nam	500	60,8
		Nữ	323	39,2
3	Phân loại mức độ	Sốt xuất huyết Dengue	766	93
		SXHD có dấu hiệu cảnh báo	54	6,6
		SXHD thể nặng	3	0,4
4	Thực hiện xét nghiệm	Test nhanh	731	88,8
		Có PCR	3	0,4
		Elisa	2	0,2
		Không	87	10,6

Nghiên cứu ghi nhận có 95,1% ca bệnh SXHD có độ tuổi từ 15 tuổi trở lên. Có 93% ca bệnh được phân độ SXHD. Tỷ lệ xét nghiệm

test nhanh chiếm 88,8% ca bệnh ghi nhận trong giai đoạn 2019-2023.



Hình 3. Yếu tố dịch tễ của các trường hợp mắc sốt xuất huyết Dengue tại tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023

Nghiên cứu ghi nhận có 46,8% ca bệnh SXHD ghi nhận yếu tố dịch tễ trở về từ địa phương khác trong đó có 42,2% là trường hợp trở về từ Hà Nội.

Bảng 4. Một số đặc điểm dịch tễ học của ca bệnh tay chân miệng giai đoạn 2019-2023

STT	Thông tin	Số ca mắc	Tỷ lệ %
1 Tuổi	Dưới 3 tuổi	960	69,8
	3-5 tuổi	381	27,7
	Trên 5 tuổi	34	2,5
2 Giới tính	Nam	884	64,3
	Nữ	491	35,7
4 Phân độ bệnh	Độ 1	397	28,9
	Độ 2	200	14,5
	Độ 3	9	0,7
	Chưa phân độ	769	55,9
5 Thực hiện xét nghiệm	Có	268	80,5
	Không	1107	19,5

Nghiên cứu ghi nhận trong giai đoạn có 69,8% ca bệnh tay chân miệng ghi nhận ở trẻ em dưới 3 tuổi, tỷ lệ ca bệnh ở nhóm từ 3 đến 5 tuổi chiếm 27,7% và chỉ có 2,5% ca mắc tay chân miệng ghi nhận ở trẻ trên 5 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thống kê các bệnh truyền nhiễm trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023

Trong giai đoạn 2019-2023, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận ca mắc của 28 bệnh truyền nhiễm. Các BTN ghi nhận tỷ suất mắc trên

100.000 dân cao là COVID-19, SXHD, tay chân miệng, cúm mùa, tiêu chảy, thủy đậu... mô hình dịch bệnh truyền nhiễm khá tương đồng với khu vực miền bắc và toàn quốc [8].

Về tình hình bệnh COVID-19, trong giai đoạn 2019-2023, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận 348.206 ca mắc COVID-19. Trong đó, năm 2022 ghi nhận số ca mắc COVID-19 số ca mắc nhiều nhất, số ca mắc ghi nhận tăng cao vào năm 2022 là thời kì bắt đầu triển khai Nghị quyết 128 NQ-CP của Chính Phủ đồng thời đây cũng là thời kì biến chủng Omicron – một biến chủng mức độ lây lan rất nhanh chóng - trở lên phổ biến hơn ở nước ta [9,

10]. Tỉnh Thái Nguyên ghi nhận tỷ lệ tử vong do COVID-19 là 0,03%, tỷ lệ chúng tôi ghi nhận thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ tử vong do COVID-19 tại Việt Nam tính đến ngày 20/6/2023 với 0,4% [11].

BTN phải báo cáo từng trường hợp bệnh ngay sau khi có chẩn đoán đảm bảo không muộn quá 24 giờ trong giai đoạn 2019-2023 trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên có 09 bệnh có ghi nhận ca mắc bao gồm: COVID-19, tay chân miệng, sốt xuất huyết, sởi, rubella, bệnh do liên cầu lợn, bạch hầu, viêm màng não mô cầu và bệnh chưa rõ nguyên nhân. Kết quả ghi nhận khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dương Thị Hiền và cộng sự thực hiện năm 2018 tại tỉnh Bắc Giang về các bệnh truyền nhiễm được giám sát tại tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2012 - 2017 [8]. So với năm 2018 có 6 bệnh truyền nhiễm có ghi nhận ca mắc, giai đoạn 2019-2023 ghi nhận ca mắc của COVID-19, bạch hầu và bệnh chưa rõ nguyên nhân, trong năm 2018 tỉnh Thái Nguyên ghi nhận 02 ca tử vong do liên cầu lợn ở người có sự khác biệt so với giai đoạn 2019-2023 ghi nhận 118 ca tử vong (117 ca tử vong do COVID-19 và 01 ca tử vong do bạch hầu). Các BTN phải báo cáo từng trường hợp bệnh ngay sau khi có chẩn đoán đảm bảo không muộn quá 48 giờ cũng ghi nhận sự khác biệt so với năm 2018 khi ghi nhận ca mắc xoắn khuẩn vàng da, có thể thấy trong giai đoạn 2019-2023 tỉnh Thái Nguyên ghi nhận những diễn biến phức tạp về tình hình BTN trên địa bàn với khi số lượng bệnh ghi nhận ca mắc và tử vong tăng lên so với năm 2018 [12].

Có 08/08 BTN ở người báo cáo theo tháng được ghi nhận trong giai đoạn 2019-2023. Đây đều là những bệnh truyền nhiễm lưu hành và ghi nhận số ca mắc được báo cáo cao hàng năm. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ca bệnh trên 100.000 có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đậu và cộng sự [13]. Tỷ suất mắc trung bình trong giai đoạn 2019-2023 của 7/8 BTN báo cáo theo tháng đều ghi nhận giảm so với năm 2018 trong đó với tỷ suất mắc trên 100.000 dân của bệnh quai bị giảm nhiều nhất với 81,2% (năm 2018 ghi nhận 28,1 ca mắc quai bị trên 100.000 dân), viêm gan virút khác

giảm thấp nhất với 23,7% (năm 2018 ghi nhận 29,5 ca viêm gan vi rút khác trên 100.000 dân). Trong năm 2018, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận 3,6 ca mắc trên 100.000 dân ở bệnh do vi rút Adeno, tỷ suất mắc trên 100.000 dân trung bình giai đoạn 2019-2023 tăng so với năm 2018. Sự giảm xuống đa phần các bệnh báo cáo tháng giai đoạn 2019-2023 đã có một thời gian thực hiện các biện pháp cách ly xã hội do đại dịch COVID-19 dẫn đến sự giảm xuống các trường hợp mắc các bệnh truyền nhiễm khác [12].

4.2 Đặc điểm dịch tễ học một số trường hợp bệnh truyền nhiễm trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2019-2023

Trong giai đoạn 2019-2023, số ca mắc COVID-19 từ tháng 2 – 4 cao hơn các tháng còn lại trong năm, đặc biệt ghi nhận nhiều nhất vào tháng 3 với 233.546 ca mắc chiếm 67,1% tổng số ca mắc trong giai đoạn. Số ca mắc tại ghi nhận khu vực sinh sống tại 3 thành phố chiếm 53,3% tổng số ca mắc ghi nhận, có thể thấy khu vực thành phố với giao thông thuận tiện, dân cư đông đúc sẽ có tỷ suất mắc COVID-19 cao hơn.

Đối với bệnh sốt xuất huyết Dengue, trong giai đoạn 2019-2023 số ca bắt đầu tăng từ tháng 6 và đạt đỉnh vào tháng 10, tháng 11. Đây là thời điểm trùng với mùa sốt xuất huyết Dengue hàng năm tại miền bắc. TP Thái Nguyên với trung tâm toàn tỉnh có mật độ dân số đông đúc ghi nhận hơn 80 ca mắc trên 100.000. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả của Dương Thị Hiền và cộng sự [14]. Nghiên cứu ghi nhận nhóm đối tượng mắc sốt xuất huyết Dengue là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới với tỷ lệ lần lượt là 60,8% và 39,2%. Có 95,1% người bệnh mắc SXHD trong giai đoạn 2019-2023 có độ tuổi từ 15 tuổi trở lên, tương tự kết quả nghiên cứu giai đoạn 2015-2022 [14]. Trong các yếu tố dịch tễ của các trường hợp mắc SXHD tại tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2019-2023 có 46,8% ca mắc có yếu tố dịch tễ trở về từ địa phương khác. Trong đó, tỷ lệ trở về từ Hà Nội chiếm 42,2% tổng số ca mắc SXHD phát hiện trong giai đoạn. Đây là vấn đề cần quan tâm trong quản lý dịch bệnh tại địa phương Thái nguyên.

Nghiên cứu ghi nhận trong giai đoạn năm 2019-2023, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận nhiều ca bệnh Tay chân miệng nhất vào thời điểm tháng 9 với tổng 560 ca mắc tay chân miệng được ghi nhận vào tháng 9. Với 97,5% số ca mắc tay chân miệng là nhóm trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt trong đó số trẻ dưới 3 tuổi chiếm 69,8%. Kết quả chúng tôi ghi nhận tương đồng với kết quả của tác giả Thái Quang Hùng tại tỉnh Đắk Lắk ghi nhận trong giai đoạn 2012 đến 2015, trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 96,7% ca bệnh tay chân miệng với thời gian đỉnh dịch vào tháng 3 đến tháng 5 và tháng 9 đến tháng 11 trong năm [15]. Có thể giải thích số ca tay chân miệng ghi nhận nhiều vào tháng 9 phần lớn là do vào tháng 9 là khoảng thời gian trẻ chuẩn bị đi nhà trẻ, trẻ bắt đầu đến trường tiếp xúc với bạn bè, môi trường sau khoảng thời gian nghỉ hè không được đảm bảo hoàn toàn yếu tố vệ sinh dễ dẫn đến tỷ suất mắc tay chân miệng cao vào thời gian này. Tỷ suất mắc tay chân miệng trên 100.000 dân ở TP Sông Công với trên 300 ca mắc, Đồng Hỷ và Võ Nhai ghi nhận số ca mắc thấp nhất với dưới 50 ca mắc trên 100.000 dân.

Nghiên cứu thu thập số liệu từ báo cáo ca bệnh trên phần mềm quản lý, giám sát BTN theo Thông tư 54/2015/TT-BYT, nghiên cứu chưa thực hiện đánh giá về ổ dịch, vụ dịch ghi nhận trong giai đoạn 2019-2023.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2019-2023 trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên đã xác định sự có mặt của 9/21 số bệnh cần báo cáo trước 24 giờ, 11/13 bệnh cần báo cáo trước 48 giờ và các bệnh cần báo cáo số ca mắc/tử vong theo tháng là 8/8 bệnh. Ba bệnh ghi nhận ca tử vong là COVID-19, dại, bạch hầu. Bệnh COVID-19 mắc nhiều nhất vào tháng 3, trong đó TP Phổ Yên có tỷ suất mắc/100.000 dân cao nhất. Bệnh sốt xuất huyết Dengue tăng từ tháng 6, đạt đỉnh vào tháng 10 và 11. TP Thái Nguyên ghi nhận tỷ suất mắc/100.000 dân cao nhất. Bệnh tay chân miệng cao nhất vào tháng 9. TP Sông Công ghi nhận tỷ suất mắc/100.000 dân cao nhất. Tình hình dịch bệnh truyền nhiễm trên địa bàn

tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2019-2023 có những diễn biến phức tạp so với thời gian trước đó. Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị đơn vị y tế trên địa bàn tỉnh tăng cường công tác giám sát điều trị các bệnh truyền nhiễm, sử dụng kết quả nghiên cứu vào xây dựng kế hoạch chủ động phòng chống dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. 8 dấu mốc không thể nào quên suốt 3 năm Việt Nam chống dịch COVID-19. Truy cập ngày 11/02/2024. <https://moh.gov.vn>.
2. Phạm Thị Cẩm Hà, Ngũ Duy Nghĩa, Phạm Quang Thái, cs. Tình hình một số bệnh truyền nhiễm tại miền Bắc Việt Nam năm 2023. Tạp chí y học dự phòng. 2024; 34 (5 Phụ bản): 9 – 20.
3. Cục Y tế dự phòng. Cập nhật tình hình dịch bệnh Đậu mùa khi. Truy cập ngày 03/02/2024. <https://vncdc.gov.vn>.
4. Nguyễn Huỳnh Phương Quang, và Lê Hoàng Hải. Mối liên quan giữa bệnh truyền nhiễm và sự biến đổi khí hậu tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2014-2018. Tạp chí y học dự phòng. 2020; 30 (4 Phụ bản): 38 – 44.
5. Bộ Y tế. Cổng thông tin về đại dịch COVID-19. Truy cập ngày 03/02/2024. <https://covid19.gov.vn/>.
6. Cục Y tế dự phòng. Tình hình bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam. Truy cập ngày 27/01/2024. <https://vncdc.gov.vn>.
7. Cổng thông tin điện tử tỉnh Thái Nguyên. Giới thiệu chung về tỉnh Thái Nguyên. Truy cập ngày 27/01/2024. <https://thainguyen.gov.vn>.
8. Dương Thị Hiền. Một số đặc điểm dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm được giám sát tại tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2012-2017. 2018.
9. Bộ Y tế. Cập nhật sức khỏe ca nhiễm Omicron đầu tiên phát hiện ở Việt Nam. Truy cập ngày 17/10/2024. <https://moh.gov.vn>.
10. Chính phủ. Nghị quyết Ban hành Quy định tạm thời “Thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19”. Số: 128/NQ-CP.
11. Bộ Y tế. Bản tin phòng chống dịch COVID-19 tại Việt Nam. Truy cập ngày 15/10/2024. <https://moh.gov.vn>.
12. Cục y tế dự phòng. Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm. Truy cập ngày 27 tháng 01 năm 2024. <https://baocaobtn.vncdc.gov.vn>.
13. Nguyễn Văn Đậu, Nguyễn Thúy Lan, Phạm Thị Thu Lệ. Thực trạng bệnh truyền nhiễm tỉnh Yên Bái giai đoạn 2006-2010. Tạp chí Y học dự phòng. 2013; 156.

14. Dương Thị Hiền, Giáp Văn Minh, Đỗ Phương Loan, cs. Một số đặc điểm dịch tễ học sốt xuất huyết dengue tại Bắc giang, 2015 - 2022. Tạp chí y học dự phòng. 2023; 397.
15. Thái Quang Hùng. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh. Trường đại học Y - Dược, Đại học Huế. 2017.

SITUATION AND SOME EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SELECTED COMMUNICABLE DISEASES IN THAI NGUYEN PROVINCE DURING 2019–2023.

Nguyen Thi Thu Ha¹, Nguyễn Thị Hang¹, Ha Thi Hang²

¹*Centers for Disease Control and Prevention of Thai Nguyen*

²*Dantri News*

A cross-sectional study was conducted using secondary data from the communicable disease surveillance system software in accordance with Circular No. 54/2015/TT-BYT, with the objective of describing the situation and some epidemiological characteristics of selected communicable diseases in Thai Nguyen province during 2019–2023. From 2019 to 2023, Thai Nguyen province reported 9/21 notifiable diseases requiring reporting within 24 hours, 11/13 diseases requiring reporting within 48 hours, and all 8 diseases subject to monthly reporting. Three diseases were associated with mortality, including COVID-19 (117 cases), diphtheria (1 case), and rabies (10 cases). Diseases with high incidence rates per 100,000 people included COVID-19, Hand-

Foot-and-Mouth disease (HFMD), Dengue Fever (DF), and seasonal influenza. COVID-19 incidence peaked in March, with Pho Yen city reporting the highest overall incidence per 100,000 people. DF peaked annually in October and November, with Thai Nguyen city showing the highest incidence rate. HFMD incidence peaked in September, with Song Cong city recording the highest incidence rate per 100,000 people. The epidemiological situation of communicable diseases in Thai Nguyen province remains complex, underscoring the need for strengthened surveillance, timely case detection, and effective outbreak response measures.

Keywords: Thai Nguyen, infectious disease, epidemiological characteristics.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP TAI BIẾN NẶNG SAU TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, 2021-2023

Phan Thị Hằng*, Nguyễn Thúy Hạnh, Nguyễn Vũ Minh Thư, Đặng Thị Xuân Dũng,
Phan Thị Ngọc Thịnh, Cao Thị Hồng Trâm, Nguyễn Thị Dương Huyền,
Nguyễn Thị Trang, Lê Hồng Nga
Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng (TBNSTC) vắc xin phòng COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh từ tháng 3/2021 đến 6/2023. Sử dụng thống kê mô tả để phân tích đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và chất lượng báo cáo. Ghi nhận 109 trường hợp TBNSTC trên tổng số 24.785.915 mũi tiêm (tỷ lệ 0,44/100.000 mũi). Phần lớn các trường hợp xuất hiện ở nhóm tuổi 5-17 tuổi (94%), sau mũi tiêm đầu tiên (84%). Phân bố theo loại vắc xin là Moderna (5,04/100.000 mũi), Pfizer (0,26/100.000 mũi), AstraZeneca (0,05/100.000 mũi); không có trường hợp nào với Verocell. Có 74% trường hợp xuất hiện trong vòng 30 phút đầu sau tiêm với triệu chứng đa dạng trên nhiều hệ cơ quan. Có 97% trường hợp được điều trị bằng adrenalin và tất cả đều hồi phục hoàn toàn, không có ca tử vong. Hệ thống báo cáo còn tồn tại một số hạn chế với 9% báo cáo trễ và 8-11% thiếu thông tin sinh tồn cơ bản. TBNSTC sau tiêm vắc xin phòng COVID-19 hiếm gặp, chủ yếu ở trẻ em sau tiêm vắc xin Moderna. Hệ thống giám sát đã phát hiện và xử trí kịp thời, không ghi nhận tử vong, nhưng vẫn cần cải thiện chất lượng báo cáo.

Từ khóa: Tai biến nặng sau tiêm chủng; vắc xin phòng COVID-19; phản vệ; Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã gây ra hơn 7 triệu ca tử vong trên toàn thế giới tính đến tháng 4 năm 2025 và tạo ra tác động to lớn đến kinh tế xã hội ở nhiều quốc gia [1]. Để ngăn chặn các tác động lên sức khỏe cộng đồng, các chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đã được triển khai toàn cầu với hiệu quả của vắc xin được báo cáo >50% trong việc giảm nguy cơ mắc bệnh, ngay cả với các biến thể phụ Omicron mới, giảm nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong [2]. Hiệu quả bảo vệ được duy trì đến 6 tháng sau các mũi tiêm đầy đủ. Tuy nhiên, những lo ngại về tính an toàn của vắc xin phòng COVID-19 đã và đang góp phần vào tỷ lệ tiêm chủng thấp với các mũi tiêm nhắc [3].

Tại Việt Nam, TP. Hồ Chí Minh là một trong những địa phương triển khai tiêm vắc xin phòng COVID-19 sớm nhất cả nước, bắt đầu từ ngày 08/3/2021. Tính đến ngày 30/6/2023, qua trích xuất dữ liệu từ Hệ thống tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19, Thành phố đã tiêm được 24.785.915 mũi. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đã và đang ngăn chặn đại dịch COVID-19, giúp bảo vệ mọi người khỏi nguy cơ bị nhiễm, giảm nguy cơ bị bệnh nặng và tử vong, đồng thời có thể giúp bảo vệ cả những người xung quanh thông qua việc tạo miễn dịch cộng đồng [4, 5]. Tuy nhiên, như bất kỳ chương trình tiêm chủng vắc xin nào, tai biến nặng sau tiêm chủng là không tránh khỏi khi việc triển khai tiêm chủng quy mô lớn với nhiều loại vắc xin và phác đồ tiêm chủng được sử dụng [6].

*Tác giả: Phan Thị Hằng

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP. Hồ Chí Minh

Số điện thoại: 0379 491 856

Email: thphanhang@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 22/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

Việc theo dõi tai biến nặng sau tiêm chủng được thực hiện theo Nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016, Thông tư 51/TT-BYT ngày 29/12/2017, Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 [7 - 9]. Trong đó, tai biến nặng sau tiêm chủng (TBNSTC) là phản ứng sau tiêm chủng có thể đe dọa đến tính mạng người được tiêm chủng hoặc để lại di chứng hoặc làm người được tiêm chủng tử vong, đòi hỏi cần thực hiện báo cáo về Sở Y tế (bộ phận thường trực của Đoàn điều tra tai biến nặng sau tiêm đặt tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố) trong vòng 24 giờ [7].

Nhằm góp phần giảm thiểu các rủi ro liên quan đến sử dụng vắc xin, phát hiện sớm và phòng tránh những sai sót có thể xảy ra, đáp ứng nhanh đối với các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng cũng như hướng dẫn và tuyên truyền có hiệu quả các thông tin cần thiết cho cộng đồng, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu là mô tả một số đặc điểm các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2021-2023

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp TBNSTC vắc xin phòng COVID-19 được báo cáo từ các cơ sở y tế và điểm tiêm chủng tại TP. Hồ Chí Minh từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2023. Các trường hợp được định nghĩa theo quy định của Bộ Y tế tại Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 [6], bao gồm các phản ứng sau tiêm chủng có thể đe dọa tính mạng, để lại di chứng hoặc gây tử vong.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian nghiên cứu:

Thời gian thu thập và phân tích số liệu: từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2023.

Thời gian của dữ liệu nghiên cứu: từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập toàn bộ 109 trường hợp TBNSTC được báo cáo trong giai đoạn nghiên cứu trên tổng số 24.785.915 mũi tiêm thực hiện tại TP. Hồ Chí Minh.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu toàn bộ: Thu thập tất cả các trường hợp TBNSTC đã được báo cáo chính thức trong giai đoạn nghiên cứu theo hệ thống báo cáo của Bộ Y tế.

2.6 Biến số nghiên cứu

Mục tiêu 1: Các biến số dịch tễ học (tuổi, giới, địa bàn, tiền sử dị ứng, tiền sử mắc COVID-19), thông tin tiêm chủng (loại vắc xin, mũi tiêm), đặc điểm lâm sàng (thời điểm xuất hiện triệu chứng, biểu hiện theo cơ quan, kết quả xét nghiệm), phương pháp xử trí và kết quả điều trị.

Mục tiêu 2: Biến số về chất lượng báo cáo (thời gian báo cáo, tính đầy đủ của thông tin, các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng báo cáo).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nguồn thu thập dữ liệu: Sử dụng biểu mẫu báo cáo TBNSTC theo quy định của Bộ Y tế, báo cáo trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng, hồ sơ bệnh án của cơ sở tiêm chủng gửi về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Hồi cứu số liệu, xây dựng danh sách trường hợp TBNSTC, đối chiếu và tổng hợp thông tin từ biểu mẫu báo cáo TBNSTC theo quy định Bộ Y tế và báo cáo trường hợp TBNSTC của cơ sở tiêm chủng.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel và EpiInfo 7.2.5.0. Áp dụng

các phương pháp thống kê mô tả: tính tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính; tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị cho biến định lượng. Tỷ lệ TBNSTC được tính trên 100.000 liều tiêm.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự đồng ý của đại diện lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố và lãnh đạo Khoa Phòng chống bệnh truyền nhiễm cấp tính. Đây là nghiên cứu, dựa vào hồi cứu các số liệu trong biểu mẫu báo cáo TBNSTC và dữ liệu quản lý danh sách các trường hợp tai biến nặng. Thông tin cá nhân của các trường hợp được bảo mật theo quy định. Nghiên cứu nhằm mục đích cải

thiện chất lượng chương trình tiêm chủng và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2023 tại TP. Hồ Chí Minh

Trong khoảng thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2023, trên tổng số 24.785.915 mũi tiêm vắc xin COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh, đã ghi nhận 109 trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng (TBNSTC), tương ứng với tỷ lệ 0,44/100.000 mũi tiêm (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố số trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng theo thời gian, loại vắc xin và mũi tiêm

Biến số	Số lượng mũi tiêm (n, %)	Số ca tai biến nặng sau tiêm chủng theo phân độ		Tổng (n, %)	Tỷ lệ tai biến nặng sau tiêm chủng/100.000 mũi tiêm
		Độ II (n, %)	Độ III (n, %)		
Chung	24.785.915	63	46	109	0,44
Loại vắc xin					
AstraZeneca	11.204.602 (45,2)	5 (8)	1 (2)	6 (5)	0,05
Pfizer	8.558.230 (34,5)	2 (3)	20 (44)	22 (20)	0,26
Verocell	3.417.352 (13,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,00
Moderna	1.605.731 (6,5)	56 (89)	25 (54)	81 (75)	5,04
Thứ tự mũi tiêm					
Mũi 1	9.278.118 (37,4)	61 (97)	30 (65)	91 (84)	0,98
Mũi 2	8.168.098 (33,0)	2 (3)	9 (20)	11 (10)	0,13
Mũi nhắc	7.339.699 (29,6)	0 (0)	7 (15)	7 (6)	0,10

Về phân bố theo loại vắc xin, tỷ lệ TBNSTC được ghi nhận với vắc xin Moderna (5,04/100.000 mũi tiêm), Pfizer (0,26/100.000 mũi tiêm) và AstraZeneca (0,05/100.000 mũi tiêm). Không ghi nhận TBNSTC nào với vắc xin Verocell (Bảng 1).

Đáng chú ý, 91/109 trường hợp TBNSTC (84%) xảy ra sau mũi tiêm đầu tiên với tỷ lệ

0,98/100.000 mũi, giảm đáng kể với các mũi tiếp theo: 0,13/100.000 mũi đối với mũi 2 và 0,10/100.000 mũi đối với các mũi nhắc (Bảng 1).

Các trường hợp TBNSTC được ghi nhận ở hầu hết các quận, huyện của thành phố (21/22 đơn vị hành chính), trong đó số ca tập trung chủ yếu tại khu vực TP. Thủ Đức nơi có số mũi tiêm cao nhất toàn thành.

Bảng 2. Đặc điểm tai biến nặng sau tiêm chủng theo nhóm tuổi, giới tính và tiền sử dị ứng, mắc COVID-19

Đặc điểm	Độ II (N = 63, n %)	Độ III (N = 46, n %)	Tổng (N = 109, n %)
Tuổi (trung vị, khoảng tứ vị)	11 (9 - 12)		
Nhóm tuổi			
5-11 tuổi	38 (60)	22 (48)	60 (55)
12-17 tuổi	20 (32)	22 (48)	42 (39)
18-50 tuổi	5 (8)	2 (4)	7 (6)
>50 tuổi	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Giới tính			
Nam	32 (51)	17 (37)	49 (45)
Nữ	31 (49)	29 (63)	60 (55)
Tiền sử dị ứng bản thân			
Có	4 (6)	6 (13)	10 (9)
Không	59 (94)	40 (87)	99 (91)
Tiền sử mắc COVID-19			
Có	3 (5)	5 (11)	8 (7)
Không	39 (62)	10 (22)	49 (45)
Không rõ	21 (33)	31 (67)	52 (48)
Tiền sử dị ứng gia đình			
Có	0 (0)	3 (6)	3 (3)
Không	63 (100)	43 (94)	106 (97)

Tuổi trung vị của các trường hợp TBNSTC là 11 tuổi (khoảng tứ vị: 9-12). Nhóm tuổi có tỷ lệ TBNSTC cao nhất là 5-11 tuổi với 60 trường hợp (55%) và nhóm 12-17 tuổi với 42 trường hợp (39%). Đáng chú ý, không ghi nhận TBNSTC nào ở nhóm trên 50 tuổi.

Về phân bố theo giới tính, nữ chiếm tỷ lệ

cao hơn với 60 trường hợp (55%) so với nam giới 49 trường hợp (45%) (Bảng 2).

Về tiền sử bệnh, chỉ có 10 trường hợp (9%) có tiền sử dị ứng cá nhân trước đó, 3 trường hợp (3%) có tiền sử dị ứng gia đình, và 8 trường hợp (7%) có tiền sử mắc COVID-19 (Bảng 2).

Bảng 3. Triệu chứng và tiếp nhận xử lý các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng

Đặc điểm	Độ II (N = 63, n %)	Độ III (N = 46, n %)	Tổng (N = 109, n %)
Thời gian xảy ra phản ứng			
Trong vòng 5 phút	0 (0)	4 (9)	4 (4)
Từ trên 5-30 phút	40 (64)	37 (80)	77 (70)
Từ trên 30-60 phút	15 (24)	1 (2)	16 (15)
Từ trên 1-24 giờ	8 (12)	4 (9)	12 (11)
Từ trên 24-48 giờ	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cơ sở y tế tiếp nhận xử trí đầu tiên			
Bệnh viện thành phố, trung ương	4 (6)	1 (2)	5 (4)
Bệnh viện tư nhân, quận huyện	1 (2)	1 (2)	2 (2)
Trạm Y tế	3 (5)	0 (0)	3 (3)
Phòng khám	0 (0)	1 (2)	1 (1)
Điểm tiêm	55 (87)	43 (94)	98 (90)
Dấu hiệu thần kinh			
Chóng mặt	9 (14)	20 (43)	29 (27)
Đau đầu	9 (14)	6 (13)	15 (14)
Ngất	0	7 (15)	7 (6)
Vật vã/kích thích	2 (3)	0 (0)	2 (2)
Rối loạn ý thức	4 (6)	0 (0)	4 (4)
Tê tay/chân/lưỡi/môi	6 (10)	2 (4)	8 (7)
Dấu hiệu tiêu hóa			
Đau bụng	10 (16)	7 (15)	17 (16)
Nôn liên tục	1 (2)	4 (9)	5 (4)
Buồn nôn/nôn	29 (46)	23 (50)	52 (48)
Tiêu chảy	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dấu hiệu hô hấp			
Hắt hơi/nhảy mũi	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ho khan	2 (3)	0 (0)	2 (2)
Thở rít	1 (2)	1 (2)	2 (2)
Thở khò khè	1 (2)	2 (4)	3 (3)
Khàn giọng	1 (2)	0 (0)	1 (1)
Khó thở	20 (32)	12 (26)	32 (29)
Tím tái	4 (6)	26 (57)	30 (28)
Rale rít/rale ngáy	2 (3)	1 (2)	3 (3)
Dấu hiệu da niêm			
Chi lạnh	11 (17)	25 (54)	36 (33)
Xanh xao	13 (21)	6 (13)	19 (17)
Phù mạch	3 (5)	0 (0)	3 (3)
Ngứa đỏ da	8 (13)	1 (2)	9 (8)
Mề đay	2 (3)	1 (2)	3 (3)
Ban đỏ	3 (5)	1 (2)	4 (4)
Mất đỏ ngứa	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Bảng 3. Triệu chứng và tiếp nhận xử lý các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng (tiếp)

Đặc điểm	Độ II (N = 63, n %)	Độ III (N = 46, n %)	Tổng (N = 109, n %)
Mạch			
Mạch chậm	0 (0)	5 (11)	5 (5)
Mạch bình thường	34 (54)	23 (50)	57 (52)
Mạch nhanh	19 (30)	11 (24)	30 (28)
Mạch nhẹ, khó bắt	0 (0)	5 (11)	5 (5)
Không ghi nhận	10 (16)	2 (4)	12 (11)
Huyết áp			
Huyết áp tụt	0 (0)	18 (39)	18 (17)
Huyết áp bình thường	50 (79)	24 (53)	74 (68)
Huyết áp tăng	5 (8)	0 (0)	5 (4)
Huyết áp kẹt	0 (0)	1 (2)	1 (1)
Không đo được	0 (0)	2 (4)	2 (2)
Không ghi nhận	8 (13)	1 (2)	9 (8)
Xét nghiệm Lactate máu			
Có	6 (9)	32 (70)	38 (35)
Không	57 (91)	14 (30)	71 (65)
Trung vị xét nghiệm Lactate máu (khoảng tứ vị)		3,66 (2,87 – 4,58)	

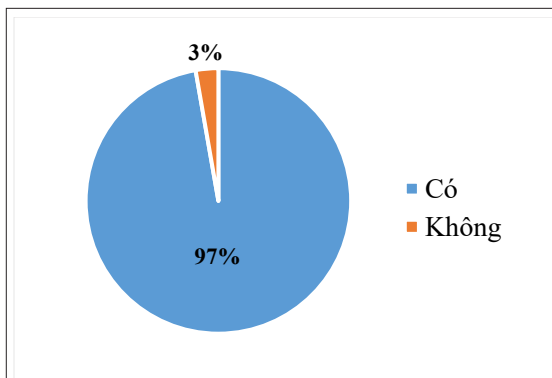
Về thời gian xuất hiện phản ứng, phần lớn các trường hợp xuất hiện trong vòng 30 phút đầu sau tiêm (74%). Tất cả các trường hợp đều xảy ra trong vòng 24 giờ sau tiêm, không có trường hợp nào xuất hiện sau 24 giờ (Bảng 3).

Về biểu hiện lâm sàng, các trường hợp TBNSTC thể hiện tính đa dạng và phức tạp trên nhiều hệ cơ quan khác nhau. Triệu chứng tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với buồn nôn/nôn xuất hiện ở 48% bệnh nhân, đau bụng ở 16% và nôn liên tục ở 4% trường hợp. Các biểu hiện về da và tuần hoàn cũng phổ biến với chi lạnh (33%) và xanh xao (17%), Hô hấp với khó thở (29%), tím tái (28%). Hệ thần kinh bị ảnh hưởng với chóng mặt (27%), đau đầu (14%), cùng các triệu chứng nghiêm trọng hơn như ngất (6%), rối loạn ý thức (4%) và tê tay/chân/lưỡi/môi (7%). Các biểu hiện khác bao gồm ngứa đỏ da (8%), ban đỏ

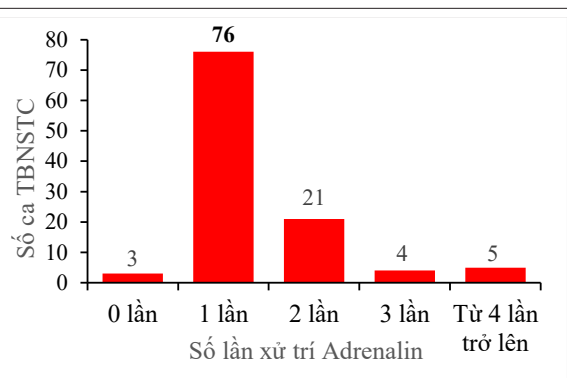
(4%), thở khò khè (3%), phù mạch (3%) và mê đay (3%) (Bảng 3).

Đánh giá các chỉ số sinh tồn cho thấy hơn một nửa bệnh nhân (52%) duy trì mạch bình thường, trong khi 28% có mạch nhanh, 5% có mạch chậm và 5% có mạch nhẹ khó bắt. Về huyết áp, 17% bệnh nhân có biểu hiện huyết áp tụt - chủ yếu gặp ở nhóm phản vệ độ III, và 8% trường hợp có ghi nhận thông tin không đầy đủ về chỉ số này (Bảng 3).

Kết quả xét nghiệm lactate máu được thực hiện ở 38 trường hợp (35%), với giá trị trung vị là 3,66 mmol/L (khoảng tứ phân vị: 2,87-4,58) (Bảng 3). Adrenalin là thuốc được sử dụng chủ yếu trong xử trí các trường hợp TBNSTC, với 97% số ca được tiêm adrenalin, trong đó phần lớn (76%) chỉ cần dùng một lần (Biểu đồ 1, Biểu đồ 2).



Hình 1. Tỷ lệ (%) số ca có xử trí Adrenalin (n=109)



Hình 2. Số lần xử trí Adrenalin tại các cơ sở y tế tiếp nhận xử trí (n=109).

Tất cả 109 trường hợp TBNSTC đều được nhập viện theo dõi và điều trị. Không có trường hợp nào tử vong, tất cả đều hồi phục hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TBNSTC ghi nhận là 0,44/100.000 mũi tiêm, thấp hơn nhiều so với ngưỡng an toàn 1-2/100.000 liều được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) báo cáo cho các phản ứng phản vệ sau tiêm vắc xin [10]. Kết quả này cũng tương đương với tỷ lệ phản ứng phản vệ được báo cáo trong các nghiên cứu quốc tế. Theo Shimabukuro và cộng sự (2015), tỷ lệ phản vệ sau tiêm vắc xin nói chung dao động từ 0,4 đến 1,8/100.000 liều tiêm [11].

4.2 Phân bố TBNSTC theo đặc điểm nhân khẩu học và loại vắc xin

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TBNSTC cao nhất ở nhóm trẻ em, đặc biệt là nhóm 5-11 tuổi (1,32/100.000 mũi) và 12-17 tuổi (0,96/100.000 mũi), trong khi người trưởng thành 18-50 tuổi chỉ có tỷ lệ thấp hơn đáng kể. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế trước đây về phản ứng phản vệ sau tiêm chủng. McNeil và DeStefano (2018) trong nghiên cứu tổng quan về phản ứng dị ứng sau tiêm chủng đã chỉ ra rằng trẻ em có nguy cơ gặp phản ứng phản vệ sau tiêm chủng cao hơn người lớn [12].

Phụ nữ chiếm 55% các trường hợp TBNSTC trong nghiên cứu của chúng tôi. Xu hướng này tương đồng với các quan sát quốc tế. Dữ liệu từ CDC về vắc xin Pfizer-BioNTech cho thấy 90% các trường hợp phản vệ xảy ra ở phụ nữ, mặc dù chỉ 64% tổng số mũi tiêm đầu tiên được tiêm cho phụ nữ [13]. Tương tự, với vắc xin Moderna, tất cả 10 trường hợp phản vệ được ghi nhận đều xảy ra ở phụ nữ [14]. Hiện tượng này có thể liên quan đến đặc điểm sinh học và miễn dịch khác biệt giữa nam và nữ.

Tỷ lệ TBNSTC với vắc xin Moderna trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,04/100.000 mũi, cao hơn đáng kể so với báo cáo của CDC Hoa Kỳ ghi nhận 2,5 trường hợp phản vệ trên 1 triệu mũi vắc xin Moderna ($2,5/1.000.000 = 0,25/100.000$ mũi) [14]. Tỷ lệ TBNSTC tại Việt Nam cao gấp gần 2 lần so với số liệu từ Hoa Kỳ, cho thấy có thể tồn tại những khác biệt về dân số, hệ thống báo cáo, hoặc tiêu chí đánh giá TBNSTC giữa hai quốc gia. Sự khác biệt này cần được phân tích sâu hơn để xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ báo cáo, bao gồm khác biệt về đặc điểm di truyền dân số, hoặc sự khác nhau trong quy trình giám sát và định nghĩa TBNSTC. Nghiên cứu của Kim và cộng sự (2021) cũng cung cấp dữ liệu tham khảo về tỷ lệ phản ứng bất lợi với các vắc xin mRNA, góp phần vào việc đánh giá tổng thể về an toàn của nhóm vắc xin này [15].

Tỷ lệ TBNSTC với vắc xin Pfizer trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,26/100.000 mũi, thấp hơn so với báo cáo ban đầu của CDC Hoa

Kỳ ghi nhận 11,1 trường hợp phản vệ trên 1 triệu mũi vắc xin Pfizer-BioNTech (1,11/100.000 mũi) trong giai đoạn đầu triển khai [13]. Tuy nhiên, các nghiên cứu sau đó của CDC đã điều chỉnh tỷ lệ này xuống 4,7-5,0 ca trên 1 triệu mũi tiêm (0,47-0,50/100.000 mũi), gần với kết quả của chúng tôi [16].

Tỷ lệ TBNSTC với vắc xin AstraZeneca trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,05/100.000 mũi, thấp hơn so với các vắc xin mRNA. Kết quả này phù hợp với các báo cáo quốc tế cho thấy vắc xin vector virus như AstraZeneca có tỷ lệ phản ứng phản vệ thấp hơn so với vắc xin mRNA [17].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp TBNSTC nào với vắc xin Verocell (0/100.000 mũi). Điều này tương đồng với các báo cáo từ các quốc gia sử dụng vắc xin bất hoạt như Trung Quốc và một số nước châu Á, cho thấy tỷ lệ phản ứng nghiêm trọng với loại vắc xin này thường thấp hơn [18].

4.3 Đặc điểm lâm sàng và xử trí các trường hợp TBNSTC

Các dấu hiệu lâm sàng và đặc điểm sinh hiệu của các trường hợp TBNSTC phù hợp với phân độ phản vệ theo Quyết định số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế [9].

Về thời điểm xuất hiện TBNSTC, 74% trường hợp xảy ra trong vòng 30 phút sau tiêm, trong đó 70% trong khoảng từ 5-30 phút. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi đối tượng tiêm chủng ít nhất 30 phút tại điểm tiêm, như khuyến cáo của Bộ Y tế và CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2023) cũng nhấn mạnh rằng phần lớn các phản ứng phản vệ sau tiêm vắc xin COVID-19 xảy ra trong vòng 30 phút đầu tiên [2].

Về xử trí, 97% trường hợp được sử dụng adrenalin, phù hợp với hướng dẫn xử trí phản vệ hiện hành. Đáng chú ý, 76% trường hợp chỉ cần dùng một liều adrenalin là đủ để kiểm soát tình trạng phản vệ, cho thấy hiệu quả của thuốc khi được sử dụng kịp thời. Tất cả các trường hợp đều được nhập viện theo dõi và điều trị, không có trường hợp nào tử vong hay để lại di

chứng. Kết quả này phản ánh hiệu quả của công tác đào tạo, trang bị và chuẩn bị sẵn sàng xử trí phản ứng phản vệ tại các cơ sở tiêm chủng.

4.4 Hạn chế của hệ thống báo cáo TBNSTC

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số hạn chế trong hệ thống báo cáo TBNSTC tại TP. Hồ Chí Minh, bao gồm báo cáo trễ (9%) và thiếu thông tin về các chỉ số sinh tồn (8-11%). Các hạn chế này tương đồng với những thách thức được báo cáo trong các hệ thống giám sát phản ứng sau tiêm chủng trên thế giới. Shimabukuro và cộng sự (2015) chỉ ra rằng các hệ thống báo cáo thụ động như Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) thường gặp vấn đề về báo cáo không đầy đủ và chậm trễ [11].

Hạn chế về báo cáo trễ (9%) có thể ảnh hưởng đến tính kịp thời trong việc phát hiện các vấn đề an toàn vắc xin và triển khai các biện pháp can thiệp. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018, các trường hợp TBNSTC cần được báo cáo trong vòng 24 giờ để đảm bảo phản ứng kịp thời [6]. Việc thiếu thông tin về các chỉ số sinh tồn quan trọng như mạch (11%), huyết áp (8%) cũng hạn chế khả năng đánh giá đầy đủ mức độ nghiêm trọng của các phản ứng phản vệ.

Chất lượng khai thác thông tin tại cơ sở tiêm chủng cũng chưa đồng đều, khi một số cơ sở không khai thác kỹ lưỡng tiền sử tiêm chủng có thể dẫn đến chẩn đoán không chính xác và bỏ sót các trường hợp thực sự liên quan đến tiêm chủng. Những hạn chế này cho thấy cần có các biện pháp cải thiện hệ thống giám sát để đảm bảo tính chính xác, đầy đủ và kịp thời trong báo cáo TBNSTC

4.5 Ý nghĩa của nghiên cứu trong bối cảnh y tế công cộng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng quan trọng về độ an toàn của các vắc xin phòng COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh. Tỷ lệ TBNSTC thấp (0,44/100.000 mũi tiêm) và không có trường hợp tử vong nào được ghi nhận, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế cho thấy vắc xin phòng COVID-19 có hồ sơ an toàn tốt.

Tỷ lệ TBNSTC cao hơn ở nhóm tuổi trẻ (5-17 tuổi) và sau tiêm vắc xin mRNA (Moderna, Pfizer). Thông tin này có giá trị trong việc xây dựng chiến lược tiêm chủng tập trung hơn vào các nhóm có nguy cơ cao, tăng cường giám sát và chuẩn bị sẵn sàng xử trí các trường hợp phản vệ tại các điểm tiêm cho trẻ em.

Việc 74% các trường hợp TBNSTC xuất hiện trong vòng 30 phút sau tiêm củng cố cho khuyến cáo hiện tại về theo dõi đối tượng tiêm chủng ít nhất 30 phút tại điểm tiêm. Centers for Disease Control and Prevention (2023) cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sau tiêm để phát hiện sớm và xử trí kịp thời các phản ứng phản vệ [2].

Đáng chú ý, 84% trường hợp TBNSTC xảy ra sau mũi tiêm đầu tiên, giảm đáng kể ở các mũi tiếp theo. Thông tin này hỗ trợ cho việc tăng cường giám sát sau tiêm mũi đầu tiên và có thể áp dụng các biện pháp phòng ngừa đặc biệt cho những đối tượng có nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2023 là 0,44/100.000 mũi tiêm. TBNSTC phân bố chủ yếu ở nhóm trẻ 5-17 tuổi (94%), sau tiêm mũi đầu tiên (84%). Phân bố theo loại vắc xin cho thấy ở Moderna là 5,04/100.000 mũi, Pfizer là 0,26/100.000 mũi, AstraZeneca là 0,05/100.000 mũi; không có trường hợp nào với Verocell. Phần lớn các trường hợp TBNSTC (74%) xuất hiện trong vòng 30 phút đầu sau tiêm, với các triệu chứng đa dạng trên nhiều hệ cơ quan như da và niêm mạc, hô hấp, thần kinh và tiêu hóa. Tất cả các trường hợp TBNSTC đều được xử trí kịp thời với 97% được sử dụng adrenalin và tất cả đều hồi phục hoàn toàn, không có trường hợp nào tử vong hay để lại di chứng. Hệ thống báo cáo TBNSTC tại TP. Hồ Chí Minh còn một số hạn chế, với 9% báo cáo trễ và 8-11% thiếu thông tin về các chỉ số sinh tồn quan trọng. Cần cải thiện chất lượng báo cáo và tăng cường truyền thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO COVID-19 Dashboard - 2025. Truy cập ngày 15/5/2025. <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 Vaccines - 2023. Truy cập ngày 31/8/2023. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/index.html>.
3. World Health Organization. Side Effects of COVID-19 Vaccines - 2021. Truy cập ngày 31/8/2023. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/side-effects-of-covid-19-vaccines>.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19. Quyết định số 3802/QĐ-BYT ngày 10/8/2021.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 dành cho người từ 18 tuổi trở lên. Quyết định số 5785/QĐ-BYT ngày 21/12/2021.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccine Safety - 2023. Truy cập ngày 18/8/2023. <https://www.cdc.gov/vaccine-safety/vaccines/covid-19.html>.
7. Bộ Y tế. Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 quy định chi tiết một số điều của Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng.
8. Chính phủ. Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 quy định về hoạt động tiêm chủng.
9. Bộ Y tế. Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
10. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines safety - 2022. Truy cập ngày 18/8/2023. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines-safety](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines-safety).
11. Shimabukuro TT, Nguyen M, Martin D, DeStefano F. Safety monitoring in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Vaccine. 2015;33(36):4398-4405.
12. McNeil MM, DeStefano F. Vaccine-associated hypersensitivity. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(2):463-472.
13. CDC COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine — United States, December 14–23, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(2):46-51.
14. CDC COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic Reactions Including

- Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Moderna COVID-19 Vaccine — United States, December 21, 2020–January 10, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(4):125-129.
15. Kim M. COVID-19 Vaccine-associated Anaphylaxis and Allergic Reactions: Risk Factors, Pathophysiology, Management, and Review of Literature. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2021;13(4):526-544.
 16. CDC. Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Persons Aged ≥16 Years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, September 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(38):1342-1348.
 17. Boufidou F. Anaphylactic Reactions to COVID-19 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines (Basel).* 2023;11(4):792.
 18. Yaamika H. Review of adverse events associated with COVID-19 vaccines based on global pharmacovigilance data. *Sci Rep.* 2023;13(1):15964.

SOME CHARACTERISTICS OF SEVERE ADVERSE EVENTS FOLLOWING COVID-19 VACCINATION IN HO CHI MINH CITY DURING 2021-2023

Phan Thi Hang, Nguyen Thuy Hanh, Nguyen Vu Minh Thu, Dang Thi Xuan Dung, Phan Thi Ngoc Thinh, Cao Thi Hong Tram, Nguyen Thi Duong Huyen, Nguyen Thi Trang, Le Hong Nga

Center for Disease Control of Ho Chi Minh City

A case series study aims to describe of severe adverse events following immunization (AEFI) with COVID-19 vaccines was conducted in Ho Chi Minh City from March 2021 to June 2023. Descriptive statistics were used to analyze epidemiological and clinical characteristics as well as reporting quality. A total of 109 severe AEFI cases were recorded among 24,785,915 administered doses (incidence rate: 0.44/100,000 doses). The majority of cases occurred in the 5-17 age group (94%) and after the first dose (84%). Distribution by vaccine type showed Moderna was 5.04/100,000 doses, Pfizer was 0.26/100,000 doses, AstraZeneca was 0.05/100,000 doses, with no cases reported for Verocell. 74% of cases occurred within

30 minutes post-vaccination with diverse symptoms affecting multiple organ systems. 97% of cases were treated with adrenaline, and all patients recovered completely without fatalities. The reporting system showed some limitations with 9% of reports being delayed and 8-11% lacking basic vital sign information. Severe AEFI following COVID-19 vaccination were rare, primarily occurring in children after Moderna vaccination. The surveillance system enabled timely detection and management with no fatalities, although improvements in reporting quality remain necessary.

Keywords: Serious adverse events following immunization; COVID-19 vaccines; anaphylaxis, Ho Chi Minh City

THỰC TRẠNG TIÊM VẮC XIN HPV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NỮ SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUỐC TẾ HỒNG BÀNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Mỹ Duyên, Phạm Ngọc Kim Ngân, Trịnh Hương Tố, Phạm Văn Hậu*
Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Ung thư cổ tử cung là vấn đề sức khỏe toàn cầu mặc dù đã có vắc xin HPV an toàn và hiệu quả nhưng tại Việt Nam tỷ lệ tiêm vắc xin còn thấp. Nghiên cứu cắt ngang bằng bảng câu hỏi trực tuyến trên 845 nữ sinh viên Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng năm 2024 nhằm mô tả thực trạng tiêm vắc xin HPV và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy có 38,2% sinh viên tiêm vắc xin đủ liều, 13,2% tiêm chưa đủ và 48,6% chưa tiêm với lý do thường gặp nhất là chi phí cao (41,1%). Kiến thức sinh viên tốt (36,2%), cơ bản (54,7%) hoặc kém (9,1%). Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận tỷ lệ tiêm vắc xin thấp hơn ở nhóm ≤ 26 tuổi (OR = 0,15; KTC 95%: 0,07 – 0,28; $p < 0,0001$), sống ở thành thị cao hơn (OR = 1,39; KTC 95%: 1,04 – 1,86; $p < 0,05$), năm học đại học cao hơn (OR = 1,18; KTC 95%: 1,06 – 1,33; $p < 0,005$), đã quan hệ tình dục (OR = 1,58; KTC 95%: 1,12 – 2,23; $p = 0,009$) và kiến thức tốt (OR = 1,28; KTC 95%: 1,04 – 1,58; $p < 0,05$). Cần nâng cao kiến thức và đưa vắc xin HPV vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng để gia tăng tỷ lệ tiêm và góp phần loại trừ ung thư cổ tử cung tại Việt Nam.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung; vắc xin HPV; nữ sinh viên; kiến thức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2022, ghi nhận hàng năm có khoảng 660.000 ca mắc mới ung thư cổ tử cung (UTCTC) với hơn 350.000 trường hợp tử vong trên toàn thế giới. Phần lớn trường hợp này xảy ra ở các nước kém – đang phát triển [1]. Năm 2022, Việt Nam ghi nhận 4.612 trường hợp mắc UTCTC và 2.571 ca tử vong [1].

Phương pháp dự phòng tốt nhất là tiêm vắc xin HPV và mục tiêu Tổ chức Y tế Thế giới đề ra đến năm 2030 là 90% trẻ em gái < 15 tuổi được tiêm vắc xin nên khuyến nghị các quốc gia đưa vắc xin HPV vào chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia [1]. Tại Việt Nam, Bộ Y tế cấp phép lưu hành Cervarix®, Gardasil® và Gardasil 9® với chương trình tiêm chủng dịch vụ.

Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tiêm vắc xin HPV khác nhau nhiều và liên quan đến nhiều

yếu tố khác nhau như: kiến thức, thái độ – niềm tin, xã hội – gia đình, kinh tế – tiếp cận và yếu tố cá nhân cũng như chính sách của mỗi quốc gia. Kết quả điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam (2020 – 2021) chỉ 12% phụ nữ (15 – 29 tuổi) đã tiêm vắc xin HPV [2]. Tỷ lệ ở Việt Nam thấp hơn so với các quốc gia đã đưa vắc xin HPV vào chương trình tiêm chủng mở rộng như Malaysia (86%), Sri Lanka (99%), Thái Lan (76%) và Bhutan (89%) [3]. Nghiên cứu về tiêm vắc xin HPV ở sinh viên đã được triển khai nhiều, chủ yếu ở các Trường Đại học công lập như khảo sát trên 310 sinh viên (SV) nữ Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội 2022 ghi nhận 34,5% SV đã tiêm vắc xin, trong đó chỉ có 22,3% tiêm đủ liều và chi phí cao là nguyên nhân chính dẫn đến việc chưa tiêm vắc xin, chiếm 59,1% [4]. Khảo sát 894 nữ SV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022 ghi nhận 43,5% có kiến thức đúng về HPV và 33,8% đã

*Tác giả: Phạm Văn Hậu

Địa chỉ: Trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng

Điện thoại: 0982 484 383

Email: hau.phamvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

tiêm vắc xin [5]. Nghiên cứu trên nữ SV Dược, Trường ngoài công lập là Đại học Nguyễn Tất Thành nhận thấy đa số SV trả lời sai kiến thức về đường lây truyền [6].

Nghiên cứu từ các Trường Đại học ngoài công lập và đa ngành về vắc xin HPV còn hạn chế nên đề tài này “được thực hiện với mục tiêu là mô tả thực trạng tiêm vắc xin HPV và các một số yếu tố liên quan của ở nữ sinh viên Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng năm 2024 nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho các nhà quản lý trong việc xây dựng chính sách, góp phần nâng cao hiệu quả công tác phòng chống bệnh UTCTC.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nữ SV chính quy của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng đồng ý tham gia nghiên cứu vào thời điểm tiến hành khảo sát.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng từ 09/2023 - 05/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Trong đó n: cỡ mẫu tối thiểu ; $Z_{(1-\alpha/2)^2}$: hệ số tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)^2} = 1,962$) ; p: tỷ lệ SV nữ đã tiêm vắc xin HPV, $p = 0,361$ theo nghiên cứu [7] ; d: sai số chấp nhận ($d = 0,035$). Ước tính có 15% nữ SV không tiếp cận được hoặc phiếu điều tra không đạt yêu cầu nên cỡ mẫu nghiên cứu cần là $n = 833$ nữ SV. Thực tế nghiên cứu đã khảo sát được 845 nữ SV.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Để tăng tính đại diện cho SV toàn trường, là đại học đa ngành, nghiên cứu chọn mẫu dựa

theo thống kê của nữ SV hệ chính quy toàn Trường. Đầu tiên là các khoa, cả khối sức khỏe và khối ngoài sức khỏe, tại mỗi khoa chọn các năm học, sau đó là chọn lớp ở mỗi năm học và cuối cùng chọn số nữ SV ở mỗi lớp để mời tham gia khảo sát để đạt yêu cầu về cỡ mẫu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phiếu điều tra với các biến số được chia thành 3 phần: phần A là 9 câu hỏi về thông tin nhân khẩu học của nữ SV tham gia nghiên cứu, phần B là 40 câu hỏi kiến thức về UTCTC và vắc xin HPV, và phần C là 6 câu hỏi về tiêm vắc xin [6].

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi tham khảo từ nghiên cứu về ung thư cổ tử cung và tiêm vắc xin HPV của nữ SV Trường Đại học Nguyễn Tất Thành và có bổ sung cho phù hợp với đặc điểm nữ SV Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng gồm 3 phần: đặc điểm nhân khẩu học (9 câu), kiến thức về bệnh UTCTC và vắc xin HPV (40 câu) và tiêm vắc xin HPV (6 câu) [6].

Phương pháp thu thập số liệu: khảo sát online trên Google Forms.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Các biến số được kiểm tra và làm sạch bằng kiểm tra phân bố và loại bỏ giá trị ngoại lệ với biến định lượng bằng kiểm định Grubbs với packages(«outliers») trong R (programming language). Biến độc lập là 40 câu hỏi về kiến thức. Mỗi câu trả lời đúng ghi nhận 1 điểm (thấp nhất = 0 điểm và cao nhất = 40 điểm). Dùng lệnh cut2 với package Hmisc trong phần mềm R để phân chia mức độ kiến thức: kém (< 20), cơ bản (20 – 29), tốt (≥ 30).

Thống kê mô tả về tần số và tỷ lệ % cho các biến định tính, số trung bình và độ lệch chuẩn với biến định lượng.

Mô hình hồi quy logistic thứ tự (KTC 95%) dùng để xác định mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tỷ lệ tiêm và các yếu tố liên quan được xây dựng theo từng bước (stepwise) và tính toán bằng hàm R stepAIC()

có sẵn trong package “MASS” để lựa chọn mô hình tối ưu.

Các biến độc lập đã được kiểm tra tính tự tương quan (Autocorrelation) bằng tạo biểu đồ pairs (variables) trước khi đưa vào mô hình. Biến phụ thuộc là tiêm vắc xin HPV (6 câu) dựa theo phác đồ tiêm CDC: tiêm đủ liều (tiêm đủ 2 mũi < 15 tuổi hoặc 3 mũi ≥ 15 tuổi), chưa đủ liều (chưa tiêm đủ theo phác đồ) và chưa tiêm.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm R version 4.3.3.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng chấp thuận theo Giấy chấp thuận số 02/PCT-HĐĐĐ-ĐT ngày

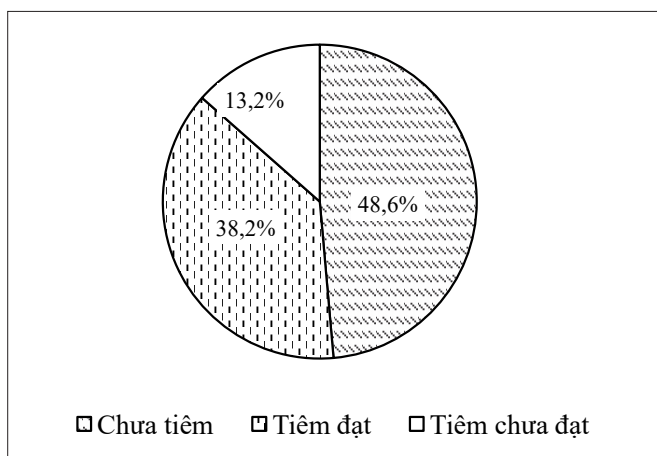
18/08/2023. Thông tin cá nhân được mã hóa và chỉ phục vụ cho nghiên cứu này. Bắt đầu khảo sát là câu hỏi về “đồng thuận tham gia nghiên cứu” thì sinh viên nhấp vào đồng ý trước khi bắt đầu tham gia nghiên cứu và có thể dừng tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm nhân khẩu học

Nghiên cứu khảo sát 845 nữ SV có độ tuổi trung bình $21,2 \pm 4,0$ tuổi và 91,6% nữ SV ≤ 26 tuổi. Phần lớn nữ SV thuộc khối sức khỏe (71,9%) và có 67,8% sinh sống tại thành thị trước khi học đại học.

3.2 Tỷ lệ tiêm vắc xin HPV

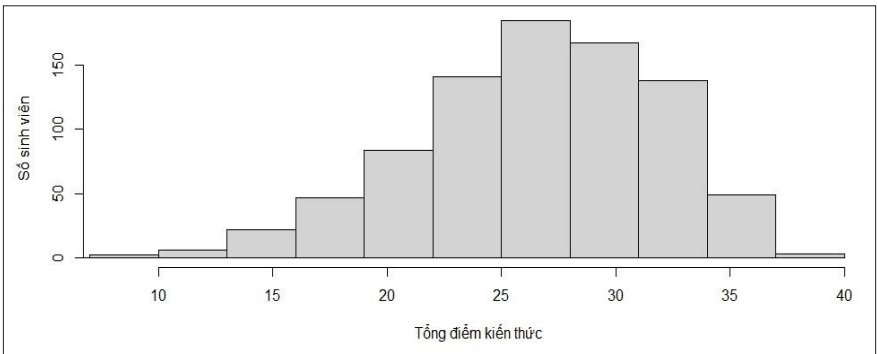


Hình 1. Tỷ lệ tiêm vắc xin HPV của nữ sinh viên

Có 434 nữ SV đã tiêm vắc xin, tỷ lệ tiêm đủ liều chiếm 38,2% và chưa đủ liều là 13,2%. Trong 411 trường hợp chưa tiêm, có 87,6% dự định tiêm vắc xin HPV.

Khảo sát lý do chưa tiêm ghi nhận tỷ lệ cao nhất (41,1%) là do chi phí cao và có 4,9% lựa chọn chưa tiêm vì chưa quan hệ tình dục (QHTD).

3.3 Phân bố kiến thức về bệnh ung thư cổ tử cung và vắc xin HPV



Hình 2. Phân bố tổng điểm kiến thức về ung thư cổ tử cung và vắc xin HPV

Khảo sát có 40 câu hỏi về kiến thức bệnh UTCTC và vắc xin HPV thì điểm trung bình ghi nhận là 27 điểm ± 5,3 (giới hạn: 9 – 40 điểm).

Kiến thức được phân thành 3 mức độ với 36,2% nữ SV có kiến thức tốt (trả lời đúng ≥ 30 câu) và phần lớn thuộc nhóm kiến thức cơ bản

(trả lời đúng: 20 – 29 câu) với tỷ lệ 54,7%. Có 77 (9,1%) nữ SV có kiến thức kém, chỉ trả lời đúng < 20 câu.

3.4 Các yếu tố liên quan

3.4.1 Mối liên quan giữa tiêm vắc xin và các yếu tố nhân khẩu học

Bảng 1. Mối liên quan giữa thực hành với các yếu tố nhân khẩu học

Nhân khẩu học	OR (KTC 95%)	p
Tuổi (≤ 26 tuổi = tham chiếu)	0,15 (0,07 – 0,28)	p < 0,0001
Nơi sinh sống (Nông thôn = tham chiếu)	1,39 (1,04 – 1,86)	p < 0,05
Năm học (Tăng 1 năm)	1,18 (1,06 – 1,33)	p < 0,005
Tình trạng QHTD (Chưa QHTD = tham chiếu)	1,58 (1,12 – 2,23)	p = 0,009

*QHTD: quan hệ tình dục

Mô hình hồi quy logistic đa biến ghi nhận: nhóm nữ SV > 26 tuổi có tỷ lệ tiêm thấp hơn với OR = 0,15; KTC 95%: 0,07 – 0,28; p < 0,0001 so với nhóm nữ SV ≤ 26 tuổi. Tỷ lệ tiêm vắc xin có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nơi sinh sống trước khi học đại học, SV sống ở thành thị tiêm cao gấp 1,39 lần so với ở nông thôn, có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tiêm tăng lên theo thời gian học với OR=1,18; KTC 95%:

1,06 – 1,33 khi tăng 1 năm học, p < 0,005. Tỷ lệ tiêm liên quan đến tình trạng QHTD, nhóm SV đã QHTD cao hơn gấp 1,58 lần so với sinh viên chưa QHTD, có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, nghiên cứu còn phân tích mối liên quan của một số yếu tố khác như khối ngành học, tình trạng hôn nhân nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.4.2 Mối liên quan giữa tiêm vắc xin và kiến thức

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiêm vắc xin HPV và mức độ kiến thức

Đặc điểm	Mức độ kiến thức		Tiêm vắc xin HPV		p OR (KTC 95%)*
	Tần số (Tỷ lệ) n(%)	Chưa tiêm n (%)	Chưa đủ liều n (%)	Đủ liều n (%)	
Kém	77 (9,1)	51 (66,2)	9 (11,7)	17 (22,1)	1,28
Cơ bản	462 (54,7)	220 (47,6)	56 (12,1)	186 (40,3)	(1,04 – 1,58)
Tốt	306 (36,2)	140 (45,8)	46 (15,0)	120 (39,2)	p < 0,05

Nữ SV có mức độ kiến thức cơ bản là 54,7% và chỉ 9,1% có mức độ kiến thức kém. Nữ SV có mức độ kiến thức tốt hơn có tỷ lệ tiêm vắc xin cao gấp 1,28 lần so với nhóm có mức độ kiến thức thấp hơn (KTC 95%: 1,04 – 1,58), $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ tiêm vắc xin HPV và kiến thức

Human Papillomavirus là nguyên nhân chính gây ung thư cổ tử cung. Mặc dù đã có vắc xin HPV an toàn và hiệu quả nhưng tỷ lệ tiêm và bệnh vẫn là vấn đề Y tế Công cộng toàn cầu. Nghiên cứu trên 845 nữ SV của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng ghi nhận có 51,4% đã tiêm vắc xin HPV, trong đó tỷ lệ tiêm đủ liều theo phác đồ là 38,2% và tỷ lệ tiêm chưa đủ liều chiếm 13,2%. Tỷ lệ tiêm trong nghiên cứu này cao hơn so với một số kết quả nghiên cứu khác như nghiên cứu năm 2020 của Viện khoa học Y tế Ấn Độ chỉ có 10% nữ sinh đã tiêm vắc xin HPV [8], hay so với nghiên cứu tại Trường Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2022 có 34,5% đã tiêm phòng và tiêm đủ liều là 22,3% [4] và tỷ lệ đã tiêm vắc xin của nữ SV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022 là 33,8% [5]. Sự khác biệt của những tỷ lệ này do các nghiên cứu vào thời gian và địa điểm khác nhau cũng như người tham gia khảo sát. Nghiên cứu ở Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng là trường ngoài công lập có tỷ lệ tiêm cao do phần lớn nữ SV chính quy tại trường xuất phát từ thành thị là nơi có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển hơn nên thường có hệ thống truyền thông đa dạng, mức độ phổ cập thông tin cao hơn, mạng

lưới của cơ sở dịch vụ tiêm chủng rải khắp nên tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận thông tin và dịch vụ phòng bệnh, bao gồm cả tiêm vắc xin HPV [9]. Ngoài ra, nghiên cứu đã khảo sát những lý do mà nữ SV chưa tiêm vắc xin HPV và ghi nhận tỷ lệ cao nhất (41,1%) là do chi phí cao so với thu nhập của người dân. Đây là lý do cản trở tiêm chủng vắc xin HPV mà hầu hết các nghiên cứu ở Việt Nam ghi nhận [4, 5, 7]. Điều này cho thấy sự cần thiết của chính sách giảm giá hoặc đưa vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng để Việt Nam có thể đạt mục tiêu mà Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo, như các quốc gia đã đưa vắc xin HPV vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng như Malaysia, Sri Lanka, Thái Lan và Bhutan có tỷ lệ tiêm vắc xin HPV rất cao [3].

Khảo sát có 40 câu hỏi về kiến thức bệnh UTCTC và vắc xin HPV thì điểm trung bình ghi nhận là $27 \text{ điểm} \pm 5,3$. Phân chia kiến thức thành 3 mức độ, có 36,2% nữ SV có kiến thức tốt và vẫn còn 77 (9,1%) nữ SV có kiến thức kém, chỉ trả lời đúng < 20/40 câu hỏi cho thấy sự cần thiết của công tác tổ chức các buổi tuyên truyền giáo dục sức khỏe. Mức độ kiến thức về bệnh UTCTC và vắc xin HPV thay đổi khá lớn tùy theo đối tượng nghiên cứu và nhất là sự khác nhau giữa các bộ câu hỏi cũng như cơ sở để phân loại như nghiên cứu ở trên 238 SV Y khoa ở Ấn Độ năm 2018 với 26 câu hỏi về kiến thức về ung thư cổ tử cung, nhiễm HPV và tiêm vắc xin phòng ngừa ghi nhận 41% sinh viên có kiến thức tốt về nhiễm HPV và tiêm vắc xin HPV trong khi 44% SV có kiến thức trung bình và 15% có kiến thức kém [8]. Nghiên cứu kiến

thức của 894 nữ SV ở Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022 bằng 11 câu hỏi và ghi nhận 43,5% SV trả lời đúng 8 trên 11 câu hỏi [5].

4.2 Tiêm vắc xin HPV và các yếu tố liên quan

Các nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan đến độ bao phủ vắc xin ghi nhận khá nhiều yếu tố và các yếu tố này thay đổi khá lớn tùy thuộc vào địa điểm, thời gian và người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu trên 845 nữ SV Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng và trong phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữ tỷ lệ tiêm vắc xin và nhóm tuổi. Tuổi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả của vắc xin và hiệu quả cao nhất khi tiêm trước khi có quan hệ tình dục, tức là trước khi phơi nhiễm với HPV. Nghiên cứu này ghi nhận nhóm nữ SV > 26 tuổi có tỷ lệ tiêm bằng 0,15 lần so với nhóm nữ SV ≤ 26 tuổi (OR = 0,15; KTC 95%: 0,07 – 0,28). Điều này liên quan đến chỉ định của vắc xin. Mặc dù thời gian vắc xin HPV được cấp phép lưu hành ở Việt Nam từ năm 2008 (Cervarix®, Gardasil®) và Gardasil 9® (2021) nhưng dưới dạng tiêm dịch vụ và chỉ được cấp phép tiêm cho nữ trong độ tuổi 9 – 26, điều này đã hạn chế việc tiêm vắc xin của nhóm người tuổi > 26 tuổi và hiệu quả của vắc xin sẽ thấp hơn khi đã có quan hệ tình dục, tức là trước khi phơi nhiễm với virus HPV.

Nữ SV ở năm học trước có tỷ lệ tiêm cao hơn và có ý nghĩa thống kê so với nữ SV ở năm học sau (OR = 1,18, KTC 95%: 1,06 – 1,33; $p < 0,05$). Kết quả này liên quan đến năm học của sinh viên. Năm học cao hơn liên quan đến việc tiếp cận kiến thức từ các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe tại trường đại học cũng như giáo dục cộng đồng dài hơn theo thời gian học.

Kết quả ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nơi sinh sống của nữ SV và tỷ lệ tiêm. Nữ SV sống ở thành thị có tỷ lệ tiêm cao gấp 1,39 lần so với nữ SV sinh sống tại nông thôn (OR = 1,39; KTC 95%: 1,04 – 1,86). Điều này liên quan đến SV tại thành thị là nơi có điều kiện kinh tế hơn, khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế tốt hơn, thuận tiện cho việc tiêm ngừa. Do đó cần có sự ưu tiên trong chính sách

truyền thông và hỗ trợ kinh phí tiêm chủng phù hợp tại vùng nông thôn để góp phần tăng tỷ lệ tiêm chủng vắc xin và thu hẹp sự chênh lệch trong tiếp cận dịch vụ y tế dự phòng để đảm bảo công bằng trong y tế toàn dân ở Việt Nam.

Nữ SV đã QHTD có tỷ lệ tiêm cao hơn 1,58 lần (KTC 95%: 1,12 – 2,23, $p < 0,05$). QHTD là một trong những con đường chính lây truyền HPV và với SV, khi bắt đầu cuộc sống độc lập cũng như tuổi ngày càng trưởng thành bắt đầu có quan hệ tình yêu nên khi QHTD đã nhận thức nguy cơ HPV chủ yếu lây truyền qua đường tình dục và tham gia tiêm vắc xin HPV cao hơn là phù hợp. Kết quả tương tự được ghi nhận tại từ Trường Đại học Peking, Trung Quốc là tỷ lệ tiêm vắc xin cao hơn ở những SV đã QHTD [10].

Nữ SV có mức độ kiến thức cao hơn sẽ có tỷ lệ tiêm cao hơn 1,28 lần so với nữ SV có mức độ kiến thức thấp hơn, $p < 0,05$. Kết quả này được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập đến [9]. Nghiên cứu trên 132 SV điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên năm 2018 nhóm đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt thì khả năng tiêm phòng vắc xin HPV để phòng chống ung thư cổ tử cung sẽ cao hơn (OR = 5,9, KTC 95%: 2,8 – 12,8) [5]. Nghiên cứu trên 884 SV từ Trường Đại học Peking, Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ tiêm vắc xin liên quan đến mức độ kiến thức cao [10]. Kết quả này phù hợp với thuyết hành vi sức khỏe là khi nhận thức có nguy cơ cao thì có động lực mạnh hơn để thực hiện hành vi để phòng bệnh. Điều này thể hiện khi nâng cao kiến thức cho SV sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ tiêm vắc xin HPV. Mặt khác, SV còn là cầu nối quan trọng, giúp vắc xin HPV tiếp cận gần hơn với gia đình, bạn bè và cộng đồng, thúc đẩy tham gia tiêm vắc xin HPV. Vì thế, cần thiết tăng cường các buổi tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe về UTCTC và vắc xin HPV cho SV. Điều này không chỉ giúp tăng tỷ lệ tiêm vắc xin HPV trong môi trường học đường mà còn đưa vắc xin HPV tiếp cận gần hơn đến người dân.

Hạn chế của nghiên cứu là khảo sát online tại một trường đại học ngoài công lập, mặc dù thư mời tham gia nghiên cứu gửi đến các khoa

theo yêu cầu số lượng SV theo khóa, lớp là chọn ngẫu nhiên phân tầng nhưng cơ cấu sinh viên theo ngành học phụ thuộc vào ngành và số sinh viên của trường nên có thể tính đại diện cho sinh viên chưa cao. Bên cạnh đó, sinh viên tham gia khảo sát trực tuyến nên có thể xuất hiện khác nhau tùy ý thức nghiêm túc khi tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát cắt ngang trên 845 nữ SV Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng ghi nhận tỷ lệ tiêm vắc xin HPV là 51,4%, trong đó 38,2% tiêm đủ phác đồ. Kiến thức về bệnh UTCTC và vắc xin HPV ở mức độ: tốt (36,2%), cơ bản (54,7%) và kém (9,1%). Chi phí cao là rào cản chính khiến SV chưa tiêm. Trong số SV chưa tiêm, có 87,6% dự định tiêm vắc xin. Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ tiêm vắc xin có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố như: nhóm tuổi ≤ 26 , nơi sống ở thành phố, thời gian học đại học dài hơn, đã quan hệ tình dục và mức độ kiến thức tốt. Cần tăng cường truyền thông giáo dục nhằm nâng kiến thức về bệnh UTCTC và vắc xin HPV ở sinh viên. Triển khai chính sách hỗ trợ kinh phí và đưa vắc xin HPV vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng là cần thiết để nâng cao tỷ lệ tiêm, góp phần vào mục tiêu loại trừ ung thư cổ tử cung tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 Truy cập ngày 16/08/2025. <https://www.who.int/publications/item/9789240014107>.
2. SDGCW Việt Nam. Báo cáo kết quả điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2020 - 2021. 2021.
3. Tsu VD, LaMontagne DS, Atuhebwe P, et al. National implementation of HPV vaccination programs in low-resource countries: Lessons, challenges, and future prospects. *Preventive Medicine*. 2021; 144: 106335.
4. Vũ Ngọc Hà, Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Dương Truyền và cộng sự. Thực trạng tiêm vắc xin phòng ung thư cổ tử cung của nữ sinh viên trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 531 (2): 68 - 72.
5. Dương Mỹ Linh, Lê Thị Huỳnh Kim, Nguyễn Lưu Bình và cs. Kiến thức, thái độ và thực hành tiêm ngừa vaccine HPV ở Nữ sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2024; 66 (4): 61 - 67.
6. Nguyễn Thị Xuân Liễu và Dương Huệ Phương. Khảo sát kiến thức về ung thư cổ tử cung và tiêm vaccine ngừa HPV của nữ sinh viên khoa Dược năm thứ 5 Đại học Nguyễn Tất Thành. *Tạp chí Khoa học & Công nghệ*. 2020; 3 (2): 86 - 91.
7. Nguyễn Hồng Khánh và Huỳnh Giao. Tỷ lệ tiêm ngừa HPV và các yếu tố liên quan ở sinh viên Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2022; 26 (1): 356 - 360
8. Sharma C, Singh P, Arora IK, et al. Assessment of understanding about human papilloma virus vaccination among undergraduate medical students in a developing country: Perspective from India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020; 4311 - 4316.
9. El Khoury J, Halabi R, Hleyhel M, et al. HPV Vaccination Prevalence among Lebanese Female University Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Environmental and Public Health*. 2023; 3706466.
10. Liu Y, Di N, Tao X. Knowledge, practice and attitude towards HPV vaccination among college students in Beijing, China. *Human Vaccine Immunother*. 2019; 16 (1): 116 - 123.

HPV VACCINATION STATUS AND SOME RELATED FACTORS AMONG FEMALE UNIVERSITY STUDENTS AT HONG BANG INTERNATIONAL UNIVERSITY IN 2024

Nguyen Thi My Duyen, Pham Ngoc Kim Ngan, Trinh Huong To, Pham Van Hau
Hong Bang International University

Cervical cancer remains a major global public health concern despite the availability of safe and effective HPV vaccines, but uptake of the vaccine in Vietnam is low. A cross-sectional survey was conducted using an online questionnaire among 845 female students at Hong Bang International University in 2024 to assess HPV vaccination status and some related factors. Only 38.2% students were fully vaccinated, 13.2% partially vaccinated, and 48.6% unvaccinated with the most frequently reported barrier to vaccination was high cost (41.1%). Participants rated their knowledge about HPV as good (36.2%), average (54.7%), or poor (9.1%). Multivariable logistic regression showed that HPV vaccination was significantly

lower among students aged ≤ 26 years (OR = 0.15; 95% CI: 0.07 – 0.28, $p < 0.0001$), while it was higher among those living in urban areas (OR = 1.39; 95% CI: 1.04 – 1.86, $p < 0.05$), with more years in university (OR = 1.18 per year; 95% CI: 1.06 – 1.33, $p < 0.005$), those with sexual experience (OR = 1.58; 95% CI: 1.12 – 2.23, $p = 0.009$), and those with good HPV knowledge (OR = 1.28; 95% CI: 1.04 – 1.588, $p < 0.05$). Targeted interventions to increase knowledge, and integrate HPV vaccination into the national immunization program are essential to improve coverage and contribute to cervical cancer elimination efforts in Vietnam.

Keywords: Cervical cancer; HPV vaccine; female students; knowledge

THỰC TRẠNG BỆNH LAO NGHỀ NGHIỆP CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM

Lê Minh Hạnh^{1*}, Lê Thanh Hải¹, Nguyễn Thùy Dương¹ Trần Thị Thanh Huyền²,
Nguyễn Thị Phương Liên^{3*}

¹*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường*

²*Trường Đại học Dược Hà Nội*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trong giai đoạn 2023-2024 nhằm đánh giá thực trạng bệnh lao nghề nghiệp của nhân viên y tế (NVYT) tại 3 bệnh viện chuyên khoa phổi và 3 bệnh viện đa khoa ở Việt Nam. Nghiên cứu thực hiện khám bệnh, chụp X-quang phổi, xét nghiệm Mantoux, siêu âm và một số xét nghiệm chuyên sâu kết hợp với khai thác tiền sử bệnh tật cá nhân và gia đình, tiền sử công việc, hồi cứu mắc bệnh lao sau khi vào làm tại bệnh viện, hồi cứu kết quả QTMTLD và khám bệnh nghề nghiệp (BNN) để chẩn đoán mắc bệnh lao của NVYT. Tỷ lệ mắc bệnh lao ở NVYT là 3,08%, trong đó tỷ lệ mắc bệnh lao nghề nghiệp là 1,15%. Tất cả 21 NVYT được phát hiện mắc bệnh lao nghề nghiệp đều ở các bệnh viện chuyên khoa phổi chiếm 3,08%. Tỷ lệ mắc bệnh lao ở NVYT làm việc trong các BV chuyên khoa phổi là 6,16% cao gấp 5,25 lần so với các bệnh viện đa khoa là 1,23% ($p < 0,0001$). Tỷ lệ mắc bệnh lao ở nhân viên y tế tăng theo nhóm tuổi, thời gian làm việc tại bệnh viện. Bệnh viện cần thực hiện khám phát hiện bệnh nghề nghiệp cho nhân viên và thực hiện QTMTLD có đánh giá tiếp xúc với vi sinh vật trong đó có vi khuẩn lao để đánh giá nguy cơ gây bệnh là điều kiện không thể thiếu khi chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp.

Từ khóa: Bệnh lao nghề nghiệp; nhân viên y tế; chăm sóc sức khỏe y tế; bệnh nghề nghiệp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao trước đây được coi là “tứ chứng nan y” vì bệnh dễ lây, diễn biến kéo dài, khó điều trị. Hiện nay bệnh lao được xếp vào bệnh truyền nhiễm nhóm B, thuộc nhóm bệnh nguy hiểm, lây truyền nhanh và có thể gây tử vong. Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (WHO), tỷ lệ hiện mắc lao ước tính năm 2023 là 10,8 triệu ca, trong số đó đã được chẩn đoán là 8,2 triệu ca qua hệ thống giám sát lao quốc gia. Với 1,25 triệu ca tử vong khiến bệnh lao trở thành bệnh truyền nhiễm gây tử vong cao nhất toàn cầu vào năm 2023. Việt Nam được xếp vào 30 quốc gia trên toàn cầu có gánh nặng bệnh cao dựa vào số lượng ca bệnh, tỷ lệ mắc mới,

tỷ lệ tử vong, lao kháng thuốc [1]. Ước tính gánh nặng bệnh lao năm 2022 tại Việt Nam là 11.000 ca tử vong do lao (không tính người HIV nhiễm lao) và 172.000 ca lao mắc mới với tỷ lệ 176/100.000 dân [2].

Nhân viên y tế (NVYT) thường xuyên tiếp xúc với dịch, máu của bệnh nhân tại nơi làm việc. Tiếp xúc với bệnh nhân lao chưa được chẩn đoán hoặc chưa được điều trị, nhất là NVYT làm việc tại các khoa/phòng hay tại các bệnh viện (BV) lao và bệnh phổi thì nguy cơ phơi nhiễm cao. Một NVYT mắc lao sẽ là mầm bệnh truyền nhiễm cho NVYT khác và cộng đồng nếu như không được phát hiện và điều trị kịp thời. Tình trạng nhiễm lao và các yếu tố nguy cơ trong NVYT đã được đánh giá

*Tác giả: Lê Minh Hạnh

Địa chỉ: Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

Điện thoại: 0989 321 762

Email: leminhhanh1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

qua 61 nghiên cứu từ nhiều quốc gia, giai đoạn từ 2010-2018 cho kết quả 29,94% NVYT được phát hiện dương tính với bệnh lao [3].

Do gánh nặng bệnh lao cao nên từ 1995 đến nay Việt Nam đã triển khai chương trình phòng chống lao quốc gia. Trong cả nước đã có 51/63 tỉnh/thành phố (cũ) đã thành lập bệnh viện Phổi hoặc bệnh viện Lao và Bệnh phổi [2]. Một báo cáo tổng hợp từ 67 cơ sở chống lao trên cả nước giai đoạn 5 năm (2009 – 2013) cho biết tỷ lệ mắc lao của NVYT tại các cơ sở điều trị lao công lập cao gần gấp 2 lần so với tỷ lệ mắc lao trong dân số nói chung (111/100.000, $p=0,02$) [4]. Bệnh lao trong NVYT được công nhận là bệnh nghề nghiệp từ năm 1978. Tính đến 12/2020 số ca mắc bệnh lao nghề nghiệp được tích lũy trợ cấp bảo hiểm xã hội là 91 ca [5]. Tỷ lệ này chưa phản ánh thực sự số nhiễm lao hay mắc bệnh lao nghề nghiệp của NVYT. Để biết lý do nghiên cứu này với mục tiêu mô tả tình trạng mắc bệnh lao nghề nghiệp tại một số bệnh viện và một số yếu tố làm ảnh hưởng đến chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp tại một số bệnh viện.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người lao động làm việc tại các BV (gọi là NVYT) đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn sau: có tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, tiếp xúc với máu, dịch tiết hoặc các bệnh phẩm, đồ dùng sinh hoạt, chất thải của bệnh nhân đều được chỉ định khám phát hiện bệnh lao nghề nghiệp và đồng ý tham gia (khám phát hiện BNN và phỏng vấn)

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại các BV bao gồm: Bệnh viện 71 Trung Ương (ký hiệu: BV Phổi TH); BV Lao và bệnh phổi Hà Nam (BV Phổi HN); BV Phổi Quảng Ninh (BV Phổi QN); BV Bệnh nhiệt đới trung ương (BVNĐTW); BV Đa khoa Trung ương Quảng Nam (BVĐKQN); BV C Đà Nẵng (BVCDN) từ tháng 5/2023 đến hết 12/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp khám bệnh, phỏng vấn tiền sử và hồi cứu số liệu để chẩn đoán bệnh lao, bệnh lao nghề nghiệp của NVYT.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể, ước tính tỷ lệ $p=0,5$ để đạt cỡ mẫu lớn nhất, độ chính xác mong muốn $d=0,05$, hệ số thiết kế $DE=2$, tỷ lệ bỏ cuộc 10% thì cỡ mẫu tối thiểu là 850 NVYT. Khảo sát danh sách toàn bộ các NVYT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại 6 BV, tổng số có 1.819 NVYT tham gia nghiên cứu bao gồm 1.267 NVYT khám chữa bệnh và 403 NVYT làm lĩnh vực cận lâm sàng, 149 NVYT làm công tác hành chính.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn chủ đích các BV lao và bệnh phổi, BV đa khoa tuyến tỉnh/ thành phố trực thuộc 28 tỉnh /thành phía Bắc, đồng ý tham gia sau khi có công văn mời tham gia khám phát hiện BNN. Chọn toàn bộ NVYT của các bệnh viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của đối tượng nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin hành chính (tuổi, giới, đơn vị công tác); tuổi nghề (thời gian làm việc tại đơn vị), vị trí làm việc (khoa/phòng), trình độ chuyên môn (bác sĩ, điều dưỡng, y tá, hộ lý, kỹ thuật viên xét nghiệm, công việc khác); số lượng và tỉ lệ % NVYT đã mắc bệnh lao; số lượng, tỉ lệ % NVYT được chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp; số lượng, tỉ lệ % các thể lao (lao phổi, lao thận, lao màng phổi, lao xương khớp, lao hạch,...); tổn thương di chứng trên X-quang phổi; tỷ lệ Mantoux dương tính.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu thực hiện phỏng vấn theo bộ câu hỏi để khai thác tiền sử mắc bệnh lao (mắc sau khi vào làm việc tại BV) đã được chẩn đoán, điều trị và các bệnh khác. Tiền sử mắc lao của những người trong gia đình, người tiếp xúc hoặc ở cùng. Khai thác tiền sử công việc,

các yếu tố có hại tiếp xúc trong quá trình làm việc như máu, dịch tiết, bệnh phẩm, chất thải sinh hoạt...

Chẩn đoán bệnh lao qua: phỏng vấn tiền sử, hồi cứu hồ sơ bệnh án; khám lâm sàng; làm các xét nghiệm X-quang phổi; Mantoux; siêu âm (ổ bụng, hạch, khớp) và một số xét nghiệm chuyên sâu để chẩn đoán khi cần thiết như chụp CT- Scanner phổi, học hút tế bào, sinh thiết hạch, AFB đờm.... Trường hợp cần thiết có thể giới thiệu khám chuyên khoa lao.

Nghiên cứu áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán lao thể hoạt động theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 và Quyết định 162/QĐ-BYT ngày 19/01/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao”.

Chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp: Được chẩn đoán mắc bệnh lao và xem xét tiêu chuẩn để chẩn đoán là BNN theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Phụ lục 31, thông tư 15/2016/ BYT ngày 15/5/2016. Trong đó việc hồi cứu kết quả

QTMTLD có Đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp với yếu tố vi sinh vật có nguy cơ mắc bệnh lao nghề nghiệp (theo Nghị định 44/2016/NĐ-CP) là điều kiện cần để chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được làm sạch và được nhập liệu, xử lý bằng phần mềm STATA 17.0, cho các thông tin mô tả, so sánh và phân tích thống kê áp dụng kiểm định Chi-Square (X^2); Fisher's exact test.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các NVYT cứu đều được cung cấp thông tin và tự nguyện đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân của NVYT được bảo mật. NVYT mắc bệnh lao nghề nghiệp được tư vấn điều trị, sau khi điều trị ổn định sẽ gửi giám định y khoa xác định mức độ suy giảm khả năng lao động, di chứng để làm cơ sở hưởng trợ cấp và các chế độ khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	575	31,61
	Nữ	1.244	68,39
Tuổi/Nhóm tuổi (n=1.819) ± SD (Min - Max) 37,98 8,22 (22-61)	< 30 tuổi	262	14,40
	30-34 tuổi	443	24,35
	35-39 tuổi	471	25,89
	40-44 tuổi	269	14,79
	45 tuổi	374	20,56
Thời gian làm việc (n=1.639) ± SD (Min - Max) 11,69 7,42 (0 - 41)	≤ 5 năm	326	19,89
	6 -10 năm	496	30,26
	> 10 năm	817	49,85
Phân loại theo tính chất công việc	Lâm sàng	1.267	69,65
	Cận lâm sàng	403	22,16
	Hành chính*	149	8,19
Phân loại theo loại hình BV	BV Lao và bệnh phổi	682	37,49
	BV đa khoa	1.137	62,51

Tổng số có 1.819 NVYT tham gia gồm nhóm lâm sàng chiếm đa số có 1.267 người (69,65%), nhóm cận lâm sàng 403 (22,16%) và hành chính 149 (8,19%). Các NVYT có độ tuổi trung bình 37,98 ± 8,22 năm, thời gian làm việc trung bình 11,69 ± 7,42 năm. Do đặc thù riêng nên một số

BV các NVYT khối hành chính có nhiều cán bộ kiêm nhiệm cả công tác khám chữa bệnh tại các bộ phận lâm sàng và cận lâm sàng.

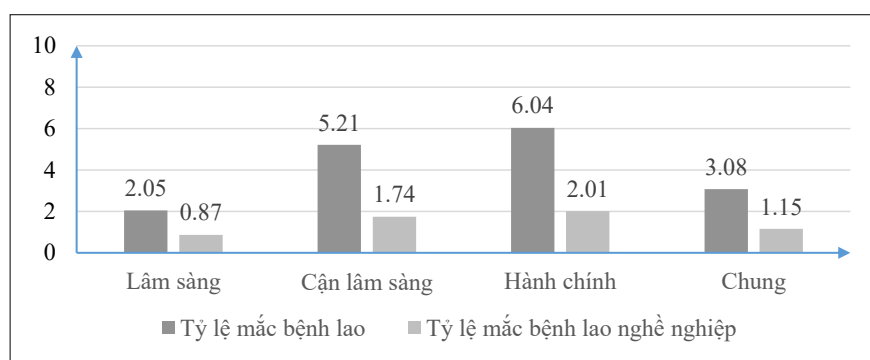
3.1 Tỷ lệ mắc bệnh lao, lao nghề nghiệp của các NVYT tại các bệnh viện

Bảng 2. Tỷ lệ mắc bệnh lao và bệnh lao nghề nghiệp theo các bệnh viện

Bệnh viện	Số lượng NVYT	Chẩn đoán mắc bệnh lao	Tỷ lệ mắc bệnh lao (%)	Chẩn đoán mắc bệnh lao nghề nghiệp	Tỷ lệ mắc bệnh lao nghề nghiệp (%)
Khối BV chuyên khoa phổi	682	42	6,16	21	3,08
BV Phổi HN	78	6	7,69	3	
BV Phổi QN	159	20	12,59	18	
BV Phổi TH	445	16	3,6	0	
Khối BV đa khoa	1.137	14	1,23	0	0
BVNĐTW	350	4	1,14	0	
BVĐKQN	437	5	1,14	0	
BVCĐN	350	5	1,43	0	
Tổng	1.819	56	3,08	21	1,15

Kết quả có 56 người đã được chẩn đoán mắc bệnh lao chiếm 3,08%, trong đó có 21 người được chẩn đoán mắc bệnh lao nghề nghiệp chiếm 1,15%. Khối các BV chuyên khoa về phổi có tỷ lệ mắc bệnh lao và lao nghề nghiệp tương ứng là 6,16% và 3,08%, trong khi khối các BV đa khoa tỷ lệ tương ứng này là 1,23% và 0% ở NVYT.

Bệnh lao mắc ở đa dạng các cơ quan bộ phận như lao xương khớp (khớp gối, khớp vè), lao hạch (hạch cổ, hạch mạc treo ruột, hạch ổ bụng, hạch trung thất), lao thận, lao ruột, lao thanh quản. Kết quả nghiên cứu xác định 39 trường hợp mắc lao phổi và lao màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 69,64%, còn lại 17 các trường hợp mắc lao tại các cơ quan khác chiếm 30,36%.



Hình 1. Tỷ lệ mắc bệnh lao, lao nghề nghiệp của nhân viên y tế phân theo vị trí công việc

Tỷ lệ NVYT làm việc thuộc các nhóm lâm sàng, cận lâm sàng, hành chính mắc bệnh lao tương ứng 2,05%, 5,21% và 6,04%, tỷ lệ NVYT mắc bệnh lao nghề nghiệp tương ứng là 0,87%; 1,74% và 2,01%.

Bảng 3. Mối liên quan tỷ lệ mắc lao với loại hình bệnh viện và vị trí công việc

Nhóm	Nội dung	Số khám	Tỷ lệ mắc lao		OR	CI 95%	p-value
			n	%			
Loại hình BV	BV chuyên khoa phổi	682	42	6,16	5,25	2,78-9,89	p < 0,0001
	BV đa khoa	1137	14	1,23			
Vị trí công việc	Lâm sàng (1)	1267	26	2,05	2,56	1,43-4,59	p (2,1) < 0,01
	Cận lâm sàng (2)	403	21	5,21			
	Hành chính (3)	149	9	6,04	3,06	1,44-6,52	p (3,1) < 0,01

Tỷ lệ mắc lao của NVYT làm việc tại các BV chuyên khoa phổi chiếm 6,16%, tại các BV đa khoa 1,23%.

Bảng 4. Mối liên quan tỷ lệ mắc lao với giới tính, tuổi đời, tuổi nghề

	Nội dung	Số khám	Mắc bệnh lao		OR	CI 95%	p-value
			n	%			
Giới	Nam	575	18	3,13	1,03	0,58-1,81	p =0,93
	Nữ	1244	38	3,05			
Nhóm tuổi (n=1.819)	< 30 (1)	262	3	1,15	0,79	0,18-3,52	p (2,1)= 0,73
	30-34 (2)	443	4	0,90			
	35-39 (3)	471	14	2,97			
	40-44 (4)	269	10	3,72			
	≥ 45 (5)	374	25	6,68			
Thời gian làm việc (n=1.639)	≤ 5 (1)	326	3	0,92	1,32	0,33-5,21	p (2,1)= 0,70
	6-10 (2)	496	6	1,21			
	> 10 (3)	817	42	5,14			

Tỷ lệ mắc lao của NVYT nhóm tuổi ≥ 45 tuổi là 6,68%, nhóm 40-44 tuổi 3,72%, nhóm 35- 39 tuổi 2,97%, nhóm 30-34 tuổi 0,90%, nhóm dưới 30 tuổi 1,15%. Tỷ lệ mắc lao của NVYT có thời gian làm việc > 10 năm là 5,14%, nhóm từ 6-10 năm là 1,21%, nhóm từ 5 năm trở xuống là 0,92%.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm Mantoux và bệnh lao

Kết quả Mantoux	Tổng số NVYT được xét nghiệm	Bệnh lao (+)	Bệnh lao (-)	OR (CI 95%); p
Dương tính	33 (11,58)	6 (2,1%)	27 (9,47%)	13,78 (3,66-51,89) p< 0,001
Âm tính	252 (88,42)	4 (1,4%)	248 (87,02)	
Tổng	285	10	275	

Xét nghiệm Mantoux được thực hiện trên 285 NVYT. Kết quả cho thấy người có Mantoux dương tính là 33 người (11,58%). Trong số đối tượng có kết quả mantoux dương tính thì tỷ lệ mắc lao là 6 người (2,1%)

3.2 Kết quả đảm bảo an toàn vệ sinh lao động và quản lý sức khỏe NVYT tại các bệnh viện

Có 2/6 BV có tập huấn an toàn vệ sinh lao động, phòng chống các bệnh nghề nghiệp, 2/6 BV thực hiện QTMTLD có đánh giá yếu tố tiếp xúc với vi sinh vật có khả năng gây bệnh nghề nghiệp, đây là một trong những yếu tố không thể thiếu để chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp. Các hoạt động quản lý sức khỏe như khám tuyến và khám định kỳ đều được các bệnh viện triển khai theo quy định, tuy nhiên số lượng NVYT còn chủ quan không khám hoặc có khám nhưng mang tính hình thức. 2/6 BV có thực hiện khám phát hiện bệnh nghề nghiệp trong đó có bệnh lao nghề nghiệp nhưng không thường xuyên. 4/6 bệnh viện chưa tổ chức khám bệnh nghề nghiệp.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh lao tại 6 BV là 3,08%, trong đó tỉ lệ mắc lao nghề nghiệp là 1,15%. Tỉ lệ mắc lao trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với kết quả tổng hợp từ 61 nghiên cứu quốc tế từ năm 2010-2018 là 29,94% [3]. Sự khác biệt này có thể do phương pháp chẩn đoán và mục tiêu nghiên cứu khác nhau. Các nghiên cứu quốc tế thường tập trung vào chẩn đoán lao tiềm ẩn (Latent Tuberculosis Infection - LTBI) thông qua xét nghiệm Mantoux hoặc IGRA (Interferon-Gamma Release. Assay). Trong khảo sát này

chỉ tính tỷ lệ đã mắc lao thể hoạt động.

Nhóm NVYT làm việc thường xuyên trong môi trường có vi khuẩn lao nguy cơ mắc bệnh lao sẽ cao hơn, điều này được thể hiện tại bảng 2 khi tỷ lệ mắc bệnh lao trong nhóm BV phổi cao hơn nhóm BV đa khoa khác. Tại bảng 3 tỷ lệ mắc bệnh lao của nhóm 3 BV chuyên khoa lao và bệnh phổi là 6,16% và nhóm các BV còn lại là 1,23%. Khi so sánh tỷ lệ mắc lao của NVYT trong các BV lao và bệnh phổi cao hơn gấp 5,25 lần so với các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Điều này củng cố cho nhận định nguy cơ phơi nhiễm vi khuẩn lao tỉ lệ thuận với mức độ tiếp xúc với mầm bệnh. Khi nghiên cứu 67 cơ sở điều trị lao trên toàn quốc, tỷ lệ mắc lao của NVYT trong các cơ sở điều trị lao cao gấp gần 2 lần so với tỷ lệ mắc lao ở dân số nói chung [4]. Các nghiên cứu khác cũng đã chỉ ra rằng nguy cơ lây nhiễm lao ở NVYT phụ thuộc vào loại hình bệnh viện và khu vực làm việc [6 - 8].

Khi phân tích vị trí làm việc, công việc trong BV có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc lao không? Kết quả bảng 3 cho thấy tỉ lệ mắc lao ở nhóm hành chính (6,04%) và cận lâm sàng (5,21%) cao hơn đáng kể so với nhóm lâm sàng (2,05%). Khi so sánh cả 3 nhóm có sự khác biệt về tỷ lệ mắc lao giữa các nhóm ($X^2 = 17,1$; $p < 0,001$). Tuy nhiên có vẻ không hợp lý trong nghiên cứu khi tỷ lệ nhóm hành chính và cận lâm sàng mắc bệnh cao hơn nhóm lâm sàng. Đi sâu phân tích chúng tôi thấy nhóm hành chính có số lượng NVYT ít nhưng do đặc thù của một số BV, NVYT ở bộ phận hành chính, cận lâm sàng có thể là bác sỹ, điều dưỡng làm việc kiêm nhiệm ở cả khoa lâm sàng, cận lâm sàng. Số liệu thống kê cho thấy tất cả trường hợp mắc lao ở nhóm

hành chính đều thuộc nhóm các BV chuyên khoa phổi điều này càng cho thấy môi trường phơi nhiễm với vi khuẩn lao ở BV lao và bệnh phổi là cao hơn.

Nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ mắc lao tăng theo thời gian làm việc. Tại bảng 4 cho biết khi so sánh tỷ lệ mắc lao theo thời gian làm việc của NVYT, so sánh các nhóm tuổi (cấp nhóm 2,3,4,5 với nhóm 1 (<30 tuổi): nhóm có thời gian làm việc ≥ 45 năm có nguy cơ mắc lao cao gấp 6,19 lần nhóm < 30 năm, khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các nhóm khác (nhóm 2,3,4) sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) nhưng các tỷ lệ mắc lao đều có xu hướng tăng lên theo thời gian làm việc. Điều này được chứng minh khi so sánh toàn bộ 5 nhóm ($X^2 = 21,4$; $p < 0,001$), tỷ lệ mắc lao tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh lao tăng theo thời gian làm việc, thời gian phơi nhiễm (bảng 4) khi so sánh cả 3 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 20,6$; $p < 0,0001$). Tỷ lệ mắc lao của nhóm có thời gian làm việc >10 năm cao gấp 5,85 lần nhóm có thời gian làm việc ≤ 5 năm ($p < 0,01$). Điều này hoàn toàn phù hợp do độ tuổi/thời gian làm việc càng cao thì nguy cơ mắc bệnh trong môi trường bệnh viện càng cao do việc tiếp xúc lâu, phơi nhiễm với vi khuẩn lao trong suốt quá trình làm việc là một yếu tố nguy cơ quan trọng.

Trong chẩn đoán lao tiềm ẩn hay sử dụng xét nghiệm IGRA và test Mantoux (TST). Trong nghiên cứu này xét nghiệm Mantoux được thực hiện tại một bệnh viện lao và bệnh phổi trên 285 NVYT. Kết quả tại bảng 5 tỷ lệ Mantoux dương tính là 33 người chiếm tỷ lệ 11,58% thấp hơn nhiều so với tỷ lệ NVYT có Mantoux dương tính tại các BV ở Hàn Quốc, Mozambique, Brazil, Thái Lan lần lượt là 26,9%; 34,4%; 39,4%; 66,3% [9-12]. Tại Việt Nam nghiên cứu của Liên và cộng sự ở một BV chuyên khoa lao tuyến huyện Hà Nội với 288 NVYT được xét nghiệm phát hiện lao tiềm ẩn bằng xét nghiệm TST (lần 1), tỷ lệ dương tính 61,1% [13].

Tại bảng 5, người có Mantoux dương tính thì tỷ lệ chẩn đoán lao cao gấp 13,78 lần so với

nhóm Mantoux âm tính, khoảng tin cậy 95% (3,66-51,89), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Độ nhạy 60% (6/10); độ đặc hiệu 90,2% (248/275). Với Giá trị tiên đoán dương – PPV là 18,2% (6/33), giá trị tiên đoán âm – NPV là 98,4% (248/252). Trong nghiên cứu này NPV cao (98,4%) vì vậy Mantoux âm tính có giá trị cao để loại trừ bệnh lao. Tỷ lệ mắc lao trong nghiên cứu không cao có thể được lý giải về công tác phòng chống lây bệnh lao của các BV nói chung và NVYT ngày càng tốt. Bên cạnh đó thì tỷ lệ NVYT tham gia vào khảo sát, khám phát hiện BNN tại một số bệnh viện chưa đầy đủ. Việc thực hiện khám lâm sàng và các xét nghiệm là hoàn toàn tự nguyện. Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm nên tâm ý e dè giấu bệnh vẫn còn. Không ít NVYT khám sức khỏe định kỳ, khám BNN thực hiện các xét nghiệm còn chưa đầy đủ, tâm lý chủ quan, khám bệnh còn nặng về hình thức, tự theo dõi và điều trị khi mắc bệnh, không thông báo với y tế cơ quan...

Chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp trên cơ sở đã được chẩn đoán xác định bệnh lao và đáp ứng các tiêu chuẩn tiếp xúc nghề nghiệp (quy định tại phụ lục 31, Thông tư số 15/2016/ BYT). Trong đó việc đánh giá tiếp xúc với vi sinh vật (vi khuẩn lao) trong kết quả quan trắc MTLĐ do BV hợp đồng với đơn vị được cấp phép QTMTLĐ là không thể thiếu. Đây là vấn đề khó khăn trong việc chẩn đoán bệnh nghề nghiệp do một số BV không thực hiện QTMTLĐ. Nghiên cứu cho thấy bệnh lao nghề nghiệp được chẩn đoán chỉ có ở nhóm BV lao và bệnh phổi với 21 ca lao nghề nghiệp (3,08%). Không ít trường hợp không chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp vì bệnh viện không thực hiện quan trắc MTLĐ và một số NVYT có tâm lý giấu bệnh và không muốn chẩn đoán là BNN.

Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến việc chẩn đoán bệnh lao, lao nghề nghiệp như việc khám sức khỏe định kỳ chưa quan tâm đúng mức từ phía NVYT. Nhiều BV chưa thực hiện khám phát hiện bệnh lao nghề nghiệp. Không thực hiện QTMTLĐ, không đánh giá tiếp xúc với vi sinh vật theo quy định tại Nghị định số 44/2016/ NĐ-CP.

Từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, việc đánh giá tình trạng mắc BNN nói chung mà mắc bệnh lao nghề nghiệp nói riêng cần được các BV quan tâm hơn nữa, trong đó cần tập trung vào các nội dung sau:

Thực hiện đầy đủ khám sức khỏe định kỳ và khám phát hiện BNN trong đó có bệnh lao nghề nghiệp. Khám bệnh lao cho toàn thể NVYT của BV bao gồm các NVYT của cả lĩnh vực lâm sàng, cận lâm sàng, hành chính nhất là ở các BV chuyên khoa về phổi. Nội dung khám đầy đủ bao gồm cả lâm sàng và cận lâm sàng trong đó có chụp X-quang phổi.

Thực hiện QTMTLĐ có đánh giá yếu tố tiếp xúc với vi sinh vật trong đó có vi khuẩn lao để đánh giá nguy cơ gây bệnh là điều kiện không thể thiếu khi chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp. Việc QTMTLĐ cần thực hiện theo ND 44/2016/NĐ-CP và các văn bản cập nhật khác.

Thực hiện khám tuyển, khám bố trí trước khi làm việc tại vị trí có nguy cơ mắc bệnh lao và phải chụp X-quang phổi.

Tất cả các trường hợp mắc bệnh lao đối với NVYT đều cần phải xem xét yếu tố nghề nghiệp qua khám BNN và sau khi được chẩn đoán lao nghề nghiệp cần được lập hồ sơ BNN và tiến hành giám định y khoa sau khi điều trị nhằm bảo đảm quyền lợi cho NVYT.

Trong chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp có sự phối hợp giữa chuyên khoa lao bệnh phổi để chẩn đoán xác định bệnh. Việc chẩn đoán bệnh lao là bệnh nghề nghiệp phải do cơ sở y tế có đủ điều kiện và được cấp phép khám bệnh nghề nghiệp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh lao ở nhân viên y tế tại 6 bệnh viện là 3,08%, trong đó tỷ lệ mắc bệnh lao nghề nghiệp là 1,15 %. Tỷ lệ mắc bệnh lao ở NVYT làm việc trong các BV chuyên khoa về phổi là 6,16% cao hơn gấp 5,25 lần so với các BV đa khoa/chuyên khoa khác là 1,23% ($p < 0,0001$). Chỉ phát hiện được 21 NVYT mắc bệnh lao nghề nghiệp tại các BV chuyên khoa

phổi chiếm 3,08%. Không có trường hợp nào được chẩn đoán lao nghề nghiệp tại các BV đa khoa/chuyên khoa khác. Tỷ lệ mắc lao ở NVYT tăng theo nhóm tuổi và thời gian làm việc. Nhóm NVYT có độ tuổi ≥ 45 có nguy cơ mắc lao cao gấp 6,19 lần so với nhóm < 30 tuổi. Nhóm có thời gian làm việc > 10 năm có tỉ lệ mắc lao cao gấp 5,85 lần so với nhóm có thời gian làm việc ≤ 5 năm. Các bệnh viện cần thực hiện khám sức khỏe cho nhân viên để phát hiện bệnh nghề nghiệp và thực hiện QTMTLĐ có đánh giá yếu tố tiếp xúc với vi sinh vật trong đó có vi khuẩn lao để đánh giá nguy cơ gây bệnh là điều kiện không thể thiếu khi chẩn đoán bệnh lao nghề nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global Tuberculosis Report. 2024.
2. Bộ Y tế. Báo cáo Hoạt động tổng kết chương trình chống lao năm 2023.
https://cmschonglao.benhvienphoitrunguong.vn/uploads/Bao_cao_tong_ket_CTCLQG_2023_dd1dc83edc.pdf
3. Sanga L, Wanhyung L, and Seong-Kyu K. Tuberculosis infection status and risk factors among health workers: an updated systematic review, *Ann Occup Environ Med.* 2021; 33: e17.
4. Edine WT, Nguyen TH, et al. Infection control and tuberculosis among health care workers in Viet Nam, 2009- 2013. *BMC Infectious Diseases.* 2016; 16 (1): 664.
5. Bộ Y tế. Báo cáo công tác y tế lao động năm 2023.
6. Wang XN, He TL, Geng MJ, et al. Prevalence of and risk factors for tuberculosis among healthcare workers in Chinese tuberculosis facilities. *Infect Dis Poverty.* 2018
7. Kim YJ, Chi YH, Lee JY, et al. In-hospital contact investigation among health care workers after exposure to pulmonary tuberculosis in an intermediate tuberculosis prevalence area: a prospective study. *Arch Environ Occup Health.* 2017; 72 (5): 272 - 278.
8. Janagond AB, Ganesan V, Vijay KGS, et al. Screening of health-care workers for latent tuberculosis infection in a Tertiary Care Hospital. *Int J Mycobac.* 2017; 6 (3): 253 - 257.
9. Yoon CG, Oh SY, Lee JB, et al. Occupational risk of latent tuberculosis infection in health workers of 14 military hospitals. *J Korean Med Sci.* 2017; 32 (8): 1251 - 1257.

10. Celso B and Saloshni N. Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among healthcare workers in Nampula Central Hospital, Mozambique. *BMC Infectious Diseases*. 2017; 17 (1): 408.
11. Lacerda TC, Souza FM, Prado TN, et al. Tuberculosis infection among primary health care workers. *J Bras Pneumol*. 2017; 43 (6): 416 - 423.
12. Kiertiburanakul S, Suebsing S, Kehachindawat P, et al. Five-year prospective study of tuberculin skin testing among new healthcare personnel at a university hospital in Thailand. *J Hosp Infect*. 2012; 80 (2): 173 - 175.
13. Lien LT, Hang NT, Kobayashi N, et al. Prevalence and risk factors for tuberculosis infection among hospital workers in Hanoi, Viet Nam. *PLoS One*. 2009; 4: e6798.

STATUS OF OCCUPATIONAL TUBERCULOSIS AMONG HEALTHCARE WORKERS IN 6 SELECTED HOSPITALS IN VIETNAM

Le Minh Hanh¹, Le Thanh Hai¹, Nguyen Thuy Duong¹
Tran Thi Thanh Huyen², Nguyen Thi Phuong Lien³

¹*National Institute of Occupational Health and Environment*

²*Ha Noi Pharmacy University*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology*

A cross-sectional descriptive study was conducted from 2023 to 2024 to assess the status of occupational tuberculosis among healthcare workers at 3 Lung and Tuberculosis Hospitals and 3 General Hospitals in Vietnam. The study have applied medical examinations, chest X-rays, Mantoux tests, ultrasounds, and specialized tests, combined with collecting personal and family medical histories, work histories, retrospective data on tuberculosis diagnosis after employment at the hospitals, and reviews of occupational environment monitoring and occupational disease screening results to diagnose tuberculosis in healthcare workers. The results showed that 56 individuals had diagnosed tuberculosis (3.08%), of whom 21 were diagnosed with occupational tuberculosis (1.15%). All 21 cases of occupational tuberculosis were identified in specialized

lung and tuberculosis hospitals (3.08%), with no cases diagnosed in general hospitals. The tuberculosis rate among healthcare workers in specialized lung and tuberculosis hospitals was 6.16%, 5.25 times higher than in general hospitals at 1.23% ($p < 0.0001$). The tuberculosis rate among healthcare workers increased with age and years of service. Hospitals need to conduct health screenings for healthcare workers to detect occupational diseases and perform occupational environment monitoring, including assessments of exposure to microorganisms such as tuberculosis bacteria, as an essential condition for diagnosing occupational tuberculosis.

Keywords: Occupational tuberculosis; healthcare workers; healthcare; occupational diseases

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG DỮ LIỆU SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE, MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP Ở CÁC CƠ SỞ Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023 – 2024

Trần Thị Ái Huyền^{1*}, Tô Gia Kiên², Nguyễn Tú Anh¹, Nguyễn Hoài Thảo Tâm¹,
Lê Thị Ánh Tuyết¹, Trương Thị Kim Nguyên¹

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu 1) mô tả thực trạng chất lượng dữ liệu (CLDL) về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) và các yếu tố ảnh hưởng, 2) đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao CLDL ở các cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) năm 2023 – 2024. Thiết kế mô tả cắt ngang áp dụng cho mục tiêu 1) và nghiên cứu can thiệp so sánh trước-sau, không nhóm chứng áp dụng cho mục tiêu 2). Dữ liệu từ Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm (n=2.476) và phần mềm bệnh viện (n=1.121) tháng 2–6/2023 và tháng 2–6/2024 (tương ứng 1.411 - 613). Can thiệp gồm: xây dựng và áp dụng quy trình giám sát, giám sát định kỳ, tập huấn. CLDL 2023-2024: trùng 19,1%-13,1%; đầy đủ nội trú 69,1%-87,9% và chính xác phân độ bệnh 44,1%-81,1%. Yếu tố ảnh hưởng gồm: lỗi phần mềm, nhân sự thiếu kiến thức và kỹ năng, thiếu nội-ngoại kiểm và áp lực mùa dịch. CLDL sau can thiệp: đầy đủ nội trú tăng 18,8%, chính xác phân độ bệnh tăng 37,0%, và không trùng tăng 6,0% (p<0,001). Nghiên cứu khẳng định can thiệp cải thiện tính đầy đủ và chính xác, song tính kịp thời còn hạn chế (giảm 0,2 ngày với p> 0,05). Duy trì giám sát định kỳ, đào tạo nhân sự và đảm bảo phần mềm ổn định là cần thiết để nâng cao CLDL phục vụ phòng chống dịch tại TPHCM.

Từ khóa: Sốt xuất huyết Dengue; chất lượng dữ liệu; giám sát; báo cáo trường hợp bệnh; Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giám sát bệnh truyền nhiễm là hoạt động quan trọng trong công tác phòng chống, kiểm soát dịch bệnh vì mọi quyết định can thiệp đều dựa trên dữ liệu có được từ hệ thống giám sát [1 - 3]. Trong số các bệnh truyền nhiễm được giám sát theo quy định [4], bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính lưu hành, có thể gây dịch lớn, đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh tại Việt Nam [5].

Tỷ lệ mắc SXHD tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) gia tăng đáng kể trong những năm gần đây [6], từ 390 trường hợp/100.000

dân năm 2017 lên 912 trường hợp/100.000 dân năm 2022 (tương đương 81.884 trường hợp) và 29 trường hợp tử vong, cao nhất trong 20 năm qua [7]. Điều này cho thấy gánh nặng mà bệnh SXHD gây ra đối với hệ thống y tế và sức khỏe cộng đồng, từ đó đặt ra những yêu cầu cấp thiết về việc cần có dữ liệu chất lượng cao để theo dõi xu hướng của bệnh, đánh giá khả năng lây lan và mức độ nghiêm trọng của dịch bệnh [1, 2, 8-10].

Tại TPHCM, hệ thống giám sát trường hợp bệnh đã chuyển đổi sang hình thức báo cáo trực tuyến theo Thông tư số 54/2015/TT-BYT của Bộ Y tế [4]. Tuy nhiên, dữ liệu giám sát trường hợp bệnh SXHD vẫn còn nhiều hạn chế. Dữ liệu giai đoạn 2017-2021 cho thấy: chỉ khoảng

*Tác giả: Trần Thị Ái Huyền

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP> Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0399 440 169

Email: aihuyen100191@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

49% trường hợp bệnh SXHD được báo cáo đúng hạn và 41% được báo cáo đầy đủ phân độ bệnh. Một đánh giá năm 2020 chỉ ra 40% trường hợp mắc SXHD được báo cáo trên Hệ thống, với tỷ lệ trùng lặp thông tin lên đến 29% [11]. Những hạn chế này cho thấy chất lượng dữ liệu (CLDL) gây ra những khó khăn trong công tác kiểm soát dịch bệnh tại thành phố.

Mặc dù một số nghiên cứu trước đây tại TPHCM đã mô tả thực trạng giám sát trường hợp bệnh SXHD [12, 13] và các hoạt động giám sát nói chung đã được thực hiện nhằm nâng cao CLDL, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống để xem xét các hoạt động giám sát này có thực sự cải thiện CLDL trường hợp bệnh SXHD được báo cáo tại các cơ sở y tế ở TPHCM hay không.

Trong bối cảnh số mắc SXHD gia tăng nhanh, dữ liệu báo cáo vẫn còn hạn chế về tính kịp thời, đầy đủ và chính xác thì việc triển khai can thiệp gồm các hoạt động giám sát phù hợp có thể cải thiện CLDL bệnh SXHD được báo cáo tại các cơ sở y tế [1, 11]; và việc cung cấp các bằng chứng khoa học để khẳng định hiệu quả của các biện pháp can thiệp là hết sức cần thiết. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm 2 mục tiêu 1) mô tả thực trạng CLDL về giám sát bệnh SXHD và các yếu tố ảnh hưởng, và 2) đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao CLDL ở các cơ sở y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 – 2024. Kết quả nghiên cứu sẽ mang lại những đóng góp dựa trên bằng chứng khoa học cho hoạt động giám sát CLDL bệnh truyền nhiễm nói chung và SXHD nói riêng, hơn nữa sẽ góp phần không nhỏ cho hoạt động theo dõi, cảnh báo xu hướng dịch bệnh truyền nhiễm tại TPHCM.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Mục tiêu 1. Mô tả thực trạng chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố ảnh hưởng

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Danh sách trường hợp mắc bệnh SXHD tại

TPHCM được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm và quản lý trong phần mềm bệnh viện.

Nhân sự thực hiện báo cáo trường hợp bệnh SXHD ở các cơ sở y tế tại TPHCM.

2.1.2 Địa điểm và thời gian thực hiện

Địa điểm: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố và bốn bệnh viện công lập tuyến tỉnh tại TPHCM.

Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 12 đến tháng 1/2023 và tháng 8/2024. Trong đó:

+ Tháng 12/2023 đến tháng 1/2024: đánh giá chất lượng dữ liệu bốn tháng năm 2023 (tháng 2/2023 đến tháng 6/2023) và xác định các yếu tố ảnh hưởng.

+ Tháng 8/2024: đánh giá chất lượng dữ liệu bốn tháng năm 2024 (tháng 2/2024 đến tháng 6/2024).

Thời gian số liệu được thu thập: danh sách trường hợp bệnh SXHD trong bốn tháng đầu năm: từ tháng 2/2023 đến tháng 6/2023 và từ tháng 2/2024 đến tháng 6/2024.

2.1.3 Thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.1.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Năm 2023: 2.476 trường hợp bệnh SXHD tại TPHCM được các cơ sở y tế báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm và 1.121 trường hợp bệnh SXHD nội trú từ phần mềm quản lý ở các cơ sở y tế.

Năm 2024: 1.411 trường hợp bệnh SXHD tại TPHCM được các cơ sở y tế báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm và 613 trường hợp bệnh SXHD nội trú từ phần mềm quản lý ở các cơ sở y tế.

Tất cả nhân sự trực tiếp thực hiện báo cáo trường hợp bệnh SXHD tại 04 bệnh viện và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố: 06 nhân sự tại bệnh viện và 03 nhân sự tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố.

2.1.5 Phương pháp chọn mẫu

Danh sách trường hợp bệnh SXHD: Chọn có chủ đích bốn bệnh viện công lập tuyến tỉnh. Sau đó chọn tất cả trường hợp bệnh theo thời gian số liệu được thu thập và tất cả nhân viên thực hiện báo cáo tại địa điểm nghiên cứu.

2.1.6 Biến số nghiên cứu

Báo cáo đúng hạn (tính đúng hạn): Biến số nhị giá, có hai giá trị:

Có: Khi trường hợp bệnh được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm trong 24 giờ kể từ ngày khám/nhập viện.

Không: Khi trường hợp bệnh được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm sau 24 giờ kể từ ngày khám/nhập viện.

Đầy đủ trường hợp bệnh nội trú (tính đầy đủ): Biến số nhị giá, có hai giá trị:

Có: khi trường hợp bệnh nội trú có thông tin trong phần mềm bệnh viện và có thông tin trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

Không: khi trường hợp bệnh điều trị nội trú có thông tin trong phần mềm bệnh viện nhưng không có thông tin trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

Chính xác phân độ bệnh (tính chính xác): Biến số nhị giá, có hai giá trị:

Có: khi trường hợp bệnh điều trị nội trú có dấu hiệu cảnh báo/ca nặng có thông tin trong phần mềm bệnh viện và có chính xác thông tin phân độ bệnh trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm

Không: khi trường hợp bệnh điều trị nội trú có dấu hiệu cảnh báo/ca nặng có thông tin trong phần mềm bệnh viện và không có hoặc có thông tin phân độ bệnh nhưng không chính xác hoặc không có trường hợp bệnh trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm

Không báo cáo trùng: Biến số nhị giá, có hai giá trị:

Có: khi một trường hợp bệnh được báo

cáo 1 lần trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

Không: khi một trường hợp bệnh được báo cáo từ 2 lần trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

Các yếu tố ảnh hưởng chất lượng dữ liệu

Các yếu tố liên quan đến phần mềm báo cáo

Kiến thức, kỹ năng của người thực hiện báo cáo

Yếu tố liên quan đến dịch bệnh cần báo cáo

Vấn đề tổ chức thực hiện hoạt động báo cáo tại cơ sở y tế

2.1.7 Phương pháp thu thập thông tin

+ Các biến số chất lượng dữ liệu:

Danh sách trường hợp bệnh trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm: Hồi cứu số liệu bằng cách trích xuất toàn bộ danh sách trường hợp bệnh SXHD trên hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm theo ngày báo cáo từ 01/01/2023 đến 31/07/2024. Sau đó xem lại tính chính xác của trường thông tin ngày nhập viện, chỉnh sửa nếu có sai sót trong quá trình báo cáo. Tiếp theo trích xuất danh sách trường hợp bệnh có ngày khám/nhập viện từ tháng 2/2023 đến tháng 6/2023 và tháng 2/2024 đến tháng 6/2024.

Danh sách trường hợp bệnh SXHD tại bốn bệnh viện: hồi cứu bằng cách trích xuất toàn bộ danh sách SXHD điều trị nội trú và danh sách SXHD ra viện có ngày nhập viện từ tháng 2/2023 đến tháng 6/2023 và tháng 2/2024 đến tháng 6/2024 từ phần mềm quản lý tại bệnh viện. Sau đó tiến hành loại trường hợp bệnh trùng lặp trong danh sách trường hợp bệnh để thu được danh sách trường hợp bệnh hoàn chỉnh.

Đối chiếu hai danh sách để tính toán các biến số chất lượng dữ liệu.

+ Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dữ liệu: Phòng vấn trực tiếp nhân sự thực hiện báo cáo trường hợp bệnh SXHD trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm theo Thông

tư 54/2015/TT-BYT bằng bảng kiểm kết hợp thảo luận nhóm.

2.1.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm Excel, phân tích thống kê được thực hiện bằng Stata 14.

Các biến số về chất lượng dữ liệu được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Phương pháp phân tích nguyên nhân vấn đề được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng tới CLDL, xây dựng sơ đồ xương cá và lựa chọn yếu tố ưu tiên can thiệp. Để xây dựng sơ đồ xương cá, nhóm nghiên cứu tổ chức một cuộc thảo luận nhóm có cấu trúc với các nhân sự phụ trách báo cáo SXHD tại 04 bệnh viện và nhân sự phụ trách báo cáo tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố theo các bước:

Bước 1: Tổng hợp và phân nhóm các nguyên nhân ảnh hưởng đến CLDL dựa trên tài liệu hướng dẫn đánh giá CLDL của Tổ chức Y tế Thế giới và Trung tâm Kiểm soát & Phòng ngừa Bệnh tật Hoa Kỳ.

Bước 2: Chuẩn bị và trình bày kết quả đánh giá tính đúng hạn, đầy đủ và chính xác dữ liệu SXHD ở bốn bệnh viện năm 2023 trong buổi thảo luận nhóm.

Bước 3: Người điều phối nêu bật các hạn chế về CLDL của từng đơn vị; sau đó sẽ mời từng đơn vị có ý kiến về những yếu tố ảnh hưởng đến CLDL; nhóm nghiên cứu sẽ ghi chép lại các ý kiến của từng đơn vị.

Bước 4: Thảo luận và thống nhất cách giải quyết cho từng yếu tố; áp dụng phương pháp T–P–N (T–hoàn toàn kiểm soát được; P–một phần kiểm soát được; N–không kiểm soát được) để phân loại mức độ kiểm soát đối với từng nguyên nhân, từ đó lựa chọn ưu tiên can thiệp cho các nguyên nhân có thể kiểm soát được.

Bước 5: Người điều phối cùng các bên liên quan xác định các hoạt động can thiệp cụ thể cho từng đơn vị nhằm cải thiện CLDL.

Bước 6: Xây dựng sơ đồ khung xương cá

dựa trên kết quả tổng hợp và thảo luận, sau đó trình bày lại cho nhóm để xác nhận tính chính xác.

2.2 Mục tiêu 2. Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue

2.2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng can thiệp: Nhân sự thực hiện báo cáo trường hợp bệnh SXHD tại các cơ sở y tế tại TPHCM.

Đối tượng đo lường hiệu quả can thiệp: Danh sách trường hợp mắc bệnh SXHD tại TPHCM được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm và quản lý trong phần mềm bệnh viện.

2.2.2 Địa điểm và thời gian thực hiện

Địa điểm: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố và bốn bệnh viện công lập tuyến tỉnh tại TPHCM.

Thời gian thực hiện can thiệp: Từ tháng 01/2024 đến tháng 8/2024. Trong đó:

+ Tháng 1/2024 đến tháng 2/2024: Phân tích các yếu tố ảnh hưởng, lựa chọn can thiệp và thực hiện các hoạt động can thiệp.

+ Tháng 2/2024 đến tháng 7/2024: Thực hiện can thiệp và theo dõi CLDL.

+ Tháng 8/2024: Phân tích dữ liệu.

2.2.3 Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước-sau, không có nhóm chứng.

2.2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu: như mục tiêu 1

2.2.5 Phương pháp chọn mẫu: như mục tiêu 1

2.2.6 Biến số nghiên cứu: các biến số chất lượng dữ liệu như mục tiêu 1

2.2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập dữ liệu đánh giá chất lượng dữ liệu trước-sau can thiệp: như mục tiêu 1.

+ **Xây dựng các hoạt động can thiệp: cụ thể như sau:**

Xây dựng và thực hiện quy trình giám sát CLDL trường hợp bệnh SXHD

Bước 1: Thành lập tổ soạn thảo quy trình giám sát.

Bước 2: Tổ soạn thảo thu thập thông tin từ: Các văn bản quy định chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm; Các văn bản liên quan đến hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm; Quy trình kiểm tra dữ liệu giám của Viện khu vực, và các chức năng của Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm.

Bước 3: Xây dựng quy trình với các nội dung chi tiết, bao gồm: Mục đích; Phạm vi áp dụng; Nhân sự; Trách nhiệm; Tài liệu tham khảo; Tài liệu và quy trình liên quan; Yêu cầu, nguyên tắc chung; Các bước thực hiện chi tiết; Các chỉ số mô tả CLDL trường hợp bệnh SXHD.

Bước 4: Tham khảo ý kiến của chuyên gia về quy trình dự thảo. Chuyên gia góp ý quy trình, bao gồm nhân sự phụ trách thông tin, báo cáo, giám sát tại Viện Khu vực (03 người).

Bước 5: Tổ soạn thảo tổng hợp các bảng nhận xét, góp ý từ các chuyên gia và họp thống nhất ý kiến chỉnh sửa quy trình.

Bước 6: Tổ soạn thảo chỉnh sửa lại quy trình sau khi họp thống nhất và xây dựng Bảng đánh giá nội dung quy trình là một thang đo với 5 mức độ, đánh giá trên ba nội dung của quy trình gồm: bố cục, các bước thực hiện và chỉ số đo lường. Quy trình được áp dụng khi điểm trung bình của mỗi nội dung trong thang đo là ≥ 4 .

Bước 7: Tổ soạn thảo gửi lại quy trình đã chỉnh sửa cùng với bảng đánh giá nội dung quy trình đến các chuyên gia của Viện khu vực và anh/chị đã được đào tạo về đánh giá hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm (07 người) để thực hiện đánh giá.

Bước 8: Tổ soạn thảo hoàn chỉnh quy trình, xin phê duyệt và tập huấn sử dụng quy trình giám sát CLDL trường hợp bệnh SXHD cho

nhân sự phụ trách báo cáo tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố (03 nhân sự).

Bước 9: Nhân sự phụ trách báo cáo tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố áp dụng quy trình để đánh giá tính đúng hạn và đầy đủ định kỳ mỗi tháng, phản hồi kết quả giám sát đến các cơ sở y tế qua điện thoại hoặc email.

+ **Giám sát CLDL trường hợp bệnh SXHD ở các cơ sở y tế tại TPHCM.**

Bước 1: Tổ chức đoàn giám sát CLDL trường hợp bệnh SXHD ở bốn cơ sở y tế tại TPHCM trong năm 2023 (01 lượt/cơ sở y tế/năm).

Bước 2: Đoàn giám sát thực hiện giám sát CLDL trường hợp bệnh SXHD ở 4 cơ sở y tế. Kết quả giám sát cần đạt được bao gồm các nội dung sau: Đánh giá tính đúng hạn, đầy đủ và chính xác của trường hợp mắc SXHD được báo cáo; Mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến CLDL.

Bước 3: Đoàn giám sát, lãnh đạo và các nhân sự thực hiện báo cáo SXHD ở 04 bệnh viện họp thảo luận kết quả giám sát và đề xuất các giải pháp sẽ thực hiện nhằm cải thiện CLDL trong năm 2024.

Bước 4: Nhân sự giám sát hoạt động báo cáo tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố áp dụng quy trình để đánh giá tính đúng hạn và đầy đủ định kỳ mỗi tháng, phản hồi kết quả giám sát đến các cơ sở y tế qua điện thoại hoặc email.

Bước 5: các bệnh viện được giám sát thực hiện các giải pháp đã đề xuất, đồng thời nhân sự tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố áp dụng quy trình để đánh giá tính đúng hạn và đầy đủ định kỳ mỗi tháng, phản hồi kết quả giám sát (qua các chỉ số) đến các cơ sở y tế qua điện thoại hoặc email.

Bước 6: Thực hiện tái giám sát tại các cơ sở y tế trên, và đánh giá tính đúng hạn, đầy đủ và chính xác của dữ liệu SXHD được báo cáo trong năm 2024, sau khi đã thực hiện các giải pháp nhằm cải thiện chất lượng dữ liệu.

2.2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Các biến số về chất lượng dữ liệu được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt về tỷ lệ trước và sau can thiệp giữa hai nhóm độc lập được kiểm định bằng phép kiểm định Z.

2.2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đã được chấp thuận về các khía cạnh đạo đức tại Chấp thuận số 626/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 02/05/2024 của Đại học Y được thành phố Hồ

Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố ảnh hưởng

3.1.1 Chất lượng dữ liệu trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue được báo cáo trước can thiệp, tháng 2/2023 đến tháng 6/2023

Bảng 1. Đặc điểm các trường hợp bệnh được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm trước can thiệp, năm 2023 (n=2.476)

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Tần số	Tỷ lệ %
Không báo cáo trùng	2.476	100
Có	2.004	80,9
Không	472	19,1
Báo cáo đúng hạn	2.004	100
Có	1729	86,3
Không	275	13,7
Thời gian báo cáo trung bình	1,73 ± 11,46	
Tình trạng điều trị	2.004	100
Nội trú	970	48,4
Ngoại trú	1.424	51,6
Phân độ bệnh trường hợp nội trú	970	100
Không có thông tin phân độ bệnh	572	59,0
Sốt xuất huyết Dengue	96	9,9
Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo	198	20,4
Sốt xuất huyết Dengue nặng	104	10,7
Tháng khám/nhập viện	2.004	100
Tháng 2	593	29,6
Tháng 3	454	22,7
Tháng 4	365	18,2
Tháng 5	226	11,3
Tháng 6	366	18,3

Trường hợp SXHD điều trị nội trú và ngoại trú đều được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm. Trong đó có 19,1% trường hợp bệnh báo cáo trùng thông tin; 13,7%

trường hợp bệnh báo cáo không đúng hạn và có đến 59,0% trường hợp bệnh nội trú không có thông tin phân độ. Số mắc SXHD giảm từ tháng 3 đến tháng 5 và tăng lại vào tháng 6.

Bảng 2. Đặc điểm các trường hợp bệnh điều trị nội trú được thu thập từ phần mềm quản lý tại các cơ sở y tế trước can thiệp, năm 2023 (n=1.121)

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trường hợp bệnh nội trú	1.121	100
Không phân độ bệnh	204	18,2
Sốt xuất huyết Dengue	269	24,0
Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo	506	45,1
Sốt xuất huyết Dengue nặng	142	12,7
Tháng khám/nhập viện	1.121	100
Tháng 2	377	33,6
Tháng 3	272	24,3
Tháng 4	176	15,7
Tháng 5	128	11,4
Tháng 6	168	15,0

Qua dữ liệu thu thập từ phần mềm tại các cơ sở y tế cho thấy chỉ 18,2% trường hợp bệnh không có thông tin phân độ. Số mắc SXHD cũng giảm dần từ tháng 3 đến tháng 5 và tăng lại vào tháng 6.

3.1.2 Chất lượng dữ liệu trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue được báo cáo sau can thiệp, tháng 2/2024 đến tháng 6/2024

Bảng 3. Đặc điểm các trường hợp bệnh được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm sau can thiệp, năm 2024 (n = 1.411)

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không báo cáo trùng	1.411	100
Có	1.226	86,9
Không	185	13,1
Báo cáo đúng hạn	1.226	100
Có	978	79,8
Không	248	20,2
Thời gian báo cáo trung bình (ngày)	1,52 ± 2,25	
Tình trạng điều trị	1.226	100
Nội trú	584	47,6
Ngoại trú	642	52,4
Phân độ bệnh trường hợp nội trú	584	100
Không phân độ bệnh	117	20,0
Sốt xuất huyết Dengue	212	36,3
Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo	219	37,5
Sốt xuất huyết Dengue nặng	36	6,2

Bảng 3. Đặc điểm các trường hợp bệnh được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm sau can thiệp, năm 2024 (n = 1.411)

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tháng khám/nhập viện	1.226	100
Tháng 2	314	25,6
Tháng 3	236	19,2
Tháng 4	228	18,6
Tháng 5	240	19,6
Tháng 6	208	17,0

Trường hợp SXHD điều trị nội trú và ngoại trú đều được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm. Trong đó có 13,1% trường hợp bệnh báo cáo trùng thông tin; 20,2%

trường hợp bệnh báo cáo không đúng hạn và 20,0% trường hợp bệnh nội trú không có thông tin phân độ bệnh. Số mắc SXHD giảm từ tháng 3 đến tháng 4 và tăng lại vào tháng 5.

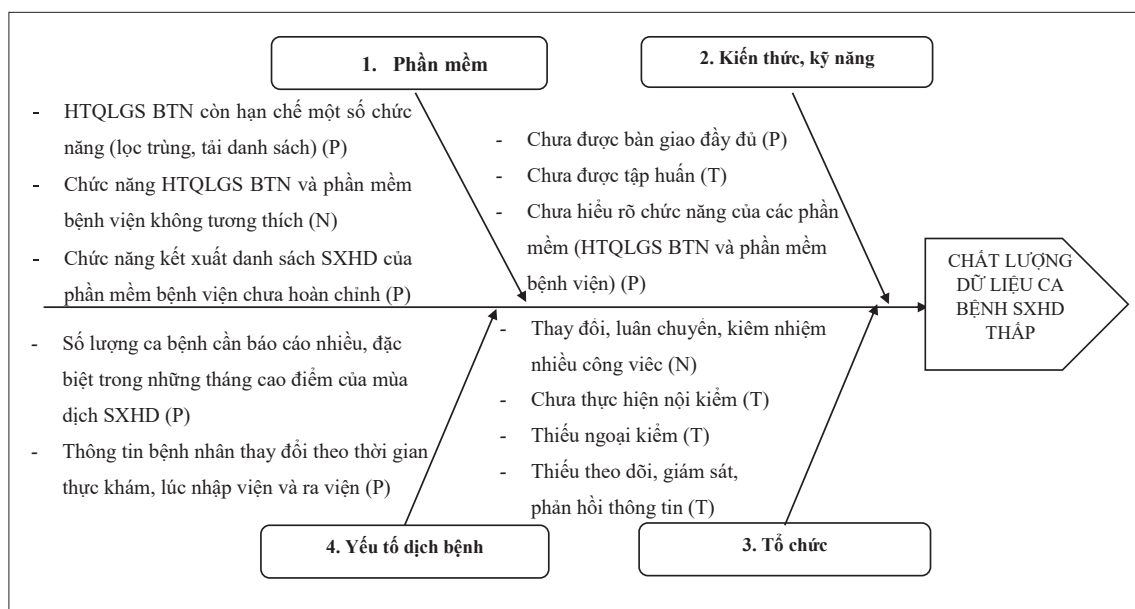
Bảng 4. Đặc điểm các trường hợp bệnh điều trị nội trú được thu thập từ phần mềm quản lý tại các cơ sở y tế sau can thiệp, năm 2024 (n=613)

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trường hợp bệnh nội trú	613	100
Không phân độ bệnh	104	17,0
Sốt xuất huyết Dengue	213	34,7
Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo	265	43,2
Sốt xuất huyết Dengue nặng	31	5,1
Tháng khám/nhập viện	613	100
Tháng 2	160	26,1
Tháng 3	128	20,9
Tháng 4	122	19,9
Tháng 5	106	17,3
Tháng 6	97	15,8

Qua dữ liệu thu thập từ phần mềm tại các cơ sở y tế cho thấy chỉ 17,0% trường hợp bệnh

không có thông tin phân độ. Số mắc SXHD cũng giảm dần từ tháng 3 về sau.

3.1.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dữ liệu



*T–hoàn toàn kiểm soát được; P–một phần kiểm soát được; N–không kiểm soát được
SXHD: sốt xuất huyết Dengue; HTQLGS BTN: hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm*

Hình 1. Sơ đồ xương cá phân tích yếu tố ảnh hưởng chất lượng dữ liệu trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue thấp

Qua phân tích nguyên nhân đã xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dữ liệu và các yếu tố ảnh hưởng được ưu tiên can thiệp bao gồm: phần mềm thiếu ổn định; nhận sự phụ trách báo cáo thiếu kiến thức do chưa được tập huấn, chưa được bàn giao đầy đủ; số lượng trường hợp bệnh cần báo cáo nhiều và vấn đề tổ chức như

thiếu nội kiểm, ngoại kiểm, theo dõi - phản hồi.

3.2 Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue

3.2.1 Các hoạt động can thiệp cải thiện chất lượng dữ liệu tại các cơ sở y tế

Bảng 5. Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu

TT	Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu	Số lượng/số lượt
1	Xây dựng và áp dụng “Quy trình giám sát chất lượng dữ liệu trường hợp bệnh SXHD” trong hoạt động giám sát CLDL	01
2	Thực hiện giám sát CLDL trực tiếp tại các cơ sở y tế mỗi năm (lượt)	08
3	Họp thảo luận kết quả giám sát và thống nhất lựa chọn các yếu tố ảnh hưởng đến CLDL để ưu tiên can thiệp	01
4	Tập huấn nhân sự mới phụ trách báo cáo trường hợp bệnh SXHD tại bệnh viện	01
5	Theo dõi và phản hồi các chỉ số CLDL mỗi tháng	06

SXHD: sốt xuất huyết Dengue; CLDL: chất lượng dữ liệu

3.2.2 Hiệu quả các hoạt động can thiệp nhằm cải thiện chất lượng dữ liệu

Bảng 6. Hiệu quả các hoạt động can thiệp theo dữ liệu thu thập từ Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Năm 2023		Năm 2024		Khác biệt trước-sau	Giá trị p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Không trùng	2.476	100	1.411	100	Tăng 6%	<0,0001*
Có	2.004	80,9	1.226	86,9		
Không	472	19,1	185	13,1		
Báo cáo đúng hạn	2.004	100	1.226	100	Giảm 6,5%	<0,0001
Có	1729	86,3	978	79,8		
Không	275	13,7	248	20,2		
Thời gian báo cáo trung bình	1,73 ± 11,46		1,52 ± 2,25		Giảm 0,206 ngày	0,434
Đầy đủ phân độ bệnh	970	100	584	100	Tăng 40,3%	<0,0001*
Có	426	43,9	492	84,2		
Không	544	56,1	92	15,8		

Sau can thiệp, tỷ lệ trường hợp SXHD được báo cáo không trùng tăng 6% và tỷ lệ trường hợp SXHD đầy đủ thông tin phân độ bệnh tăng 40,3%, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,0001$). Thời gian báo cáo trung bình sau can thiệp giảm so với trước can thiệp 0,2 ngày, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,434$).

Bảng 7. Hiệu quả các hoạt động can thiệp theo trường hợp bệnh điều trị nội trú thu thập từ phần mềm quản lý tại các cơ sở y tế

Đặc điểm các trường hợp bệnh	Năm 2023		Năm 2024		Khác biệt trước-sau	Giá trị p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Báo cáo đầy đủ trên TT54	1.121	100	613	100	Tăng 18,8%	<0,0001*
Có	775	69,1	539	87,9		
Không	346	30,9	74	12,1		
Báo cáo chính xác phân độ bệnh cảnh báo và nặng trên TT54	648	100	509	100	Tăng 37,0%	<0,0001*
Có	286	44,1	240	81,1		
Không	362	55,9	56	18,9		

TT54: Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm

Qua đối chiếu dữ liệu SXHD điều trị nội trú từ phần mềm quản lý tại các cơ sở y tế và trường hợp SXHD được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm cho thấy sau can thiệp, tỷ lệ trường hợp SXHD điều trị nội trú tại các cơ sở y tế được báo

cáo đầy đủ trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm tăng 18,8% và tỷ lệ trường hợp SXHD nội trú được báo cáo chính xác thông tin phân độ bệnh (cảnh báo và nặng) tăng 37,0%, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố ảnh hưởng

Nghiên cứu cho thấy trước can thiệp, CLDL trường hợp SXHD được báo cáo tại TPHCM còn nhiều hạn chế. Cụ thể, tỷ lệ báo cáo trùng thông tin chiếm 19,1%, tỷ lệ báo cáo không đúng hạn là 13,7%, và có đến 59,0% trường hợp nội trú không có thông tin phân độ bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng chủ yếu được xác định gồm: (1) vấn đề kỹ thuật phần mềm báo cáo, (2) hạn chế kiến thức và kỹ năng của nhân sự phụ trách, và (3) thiếu nội kiểm, ngoại kiểm và phản hồi thường xuyên.

Những phát hiện này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế [1, 12, 14, 15]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng năng lực nhân sự và cơ chế tổ chức giám sát chưa chặt chẽ là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến CLDL. Điều này cho thấy các thách thức về dữ liệu giám sát bệnh truyền nhiễm không chỉ mang tính địa phương mà còn phổ biến ở nhiều quốc gia có gánh nặng dịch bệnh.

4.2 Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue

Kết quả nghiên cứu cho thấy các giải pháp can thiệp đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện tính đầy đủ và chính xác của dữ liệu báo cáo trường hợp bệnh SXHD. Tỷ lệ báo cáo đầy đủ trường hợp bệnh nội trú tăng từ 69,1% lên 87,9% (tăng 18,8%). Đặc biệt, tính chính xác trong báo cáo thông tin phân độ bệnh có sự cải thiện đáng kể từ 44,1% lên 81,1% (tăng 37,0%).

Việc xây dựng và áp dụng quy trình giám sát chất lượng dữ liệu định kỳ tại các cơ sở y tế đã tạo ra một cơ chế giám sát có hệ thống, giúp phát hiện kịp thời các vấn đề về chất lượng dữ liệu và phản hồi đến các cơ sở y tế để khắc phục. Điều này phù hợp với khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về việc đánh giá chất lượng dữ liệu cần được thực hiện định kỳ để giúp xác định các lỗi theo thời gian thực.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu can thiệp [1, 14], cho thấy các can thiệp tích hợp có liên quan đến việc cải thiện chỉ số chất lượng dữ liệu, bao gồm tính đầy đủ, độ chính xác. Mặc dù nghiên cứu đã cải thiện được tính đầy đủ và chính xác của dữ liệu, nhưng tỷ lệ báo cáo đúng hạn còn hạn chế. Điều này có thể do phần mềm đăng nhập không ổn định và sự luân chuyển cán bộ phụ trách báo cáo. Đây là những thách thức cần được giải quyết trong các can thiệp tiếp theo.

4.3 Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có những hạn chế như sau: Thứ nhất thời gian thực hiện tương đối ngắn (6 tháng) có thể chưa đủ để đánh giá hiệu quả và tính bền vững của các hoạt động can thiệp. Thứ hai chưa thể giải quyết hoàn toàn các vấn đề về kỹ thuật phần mềm trong hệ thống báo cáo, điều này có thể tiếp tục ảnh hưởng đến chất lượng dữ liệu. Những hạn chế về hạ tầng công nghệ thông tin có thể là rào cản trong việc duy trì chất lượng báo cáo ổn định. Thứ ba nghiên cứu chỉ được thực hiện tại 4 bệnh viện công lập tuyến tỉnh, do đó kết quả có thể không đại diện cho toàn bộ hệ thống giám sát tại TPHCM. Hơn nữa, cỡ mẫu thu thập các biến số định tính nhỏ, chưa phân tích các biến số về động lực làm việc, văn hóa tổ chức tại các cơ sở y tế, các yếu tố tâm lý xã hội khác có thể làm hạn chế các kết luận. Thứ tư việc sử dụng thiết kế can thiệp so sánh trước-sau không có nhóm chứng có thể không thể loại trừ hoàn toàn ảnh hưởng của các yếu tố bên ngoài như diễn biến dịch bệnh, hoặc các can thiệp khác có thể tác động đồng thời đến CLDL. Chính vì vậy các nghiên cứu tiếp theo nên mở rộng phạm vi sang nhiều cơ sở y tế, kéo dài thời gian can thiệp và theo dõi, đồng thời sử dụng thiết kế can thiệp so sánh trước-sau có nhóm chứng để khẳng định thêm hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

V. KẾT LUẬN

5.1 Thực trạng chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố ảnh hưởng

Năm 2023, CLDL bệnh SXHD còn nhiều hạn chế cả về tính đúng hạn, đầy đủ và chính xác. Trong đó, đáng chú ý là có đến 59,0% trường hợp bệnh nội trú được báo cáo trên Hệ thống quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm không có thông tin phân độ bệnh. Năm 2024, thực trạng CLDL phần nào đã được cải thiện. Nghiên cứu xác định được các yếu tố chính ảnh hưởng đến CLDL, bao gồm: lỗi kỹ thuật của phần mềm, việc bàn giao và tập huấn nhân sự phụ trách báo cáo chưa đầy đủ, cùng với các hoạt động kiểm tra chất lượng nội bộ, kiểm tra bên ngoài, giám sát và phản hồi chưa được thực hiện một cách hệ thống.

5.2 Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dữ liệu về giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue

Các hoạt động can thiệp đã được triển khai cho thấy hiệu quả tích cực trong việc cải thiện CLDL báo cáo trường hợp bệnh SXHD tại các cơ sở y tế được nghiên cứu, đặc biệt là báo cáo đầy đủ bệnh nội trú tăng 18,8%, chính xác phân độ bệnh tăng 37,0%. Việc xây dựng quy trình giám sát chất lượng dữ liệu định kỳ và thực hiện giám sát tại các cơ sở y tế được chứng minh là những biện pháp khả thi và có hiệu quả trong việc cải thiện CLDL giám sát trường hợp bệnh SXHD. Vì vậy để duy trì và phát triển kết quả đã đạt được, Trung tâm kiểm soát bệnh tật Thành phố cần tham mưu Sở Y tế: tiếp tục thực hiện giám sát chất lượng dữ liệu định kỳ tại các cơ sở y tế trong hệ thống giám sát với cơ chế phản hồi kết quả đến các cơ sở y tế; xây dựng kế hoạch giám sát và đánh giá định kỳ các chỉ số CLDL, khảo sát tình hình thay đổi nhân sự để lập kế hoạch tập huấn kịp thời, và đề xuất cải thiện tính năng cũng như độ ổn định của phần mềm báo cáo nhằm hỗ trợ việc báo cáo đúng hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bhattacharya AA, Allen E, Umar N, et al. Improving the quality of routine maternal and newborn data captured in primary health facilities in Gombe State, Northeastern Nigeria: a before-and-after study. *BMJ Open*. 2020; 10 (12): e040350.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 7.5 Key characteristics of data quality in public health surveillance. 2020. <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/surveillancemanual/chapters/chapter-7/chapter7.5.html>.
- Leon N, Balakrishna Y, Hohlfeld A, et al. Routine health information system (RHIS) improvements for strengthened health system management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 8 (8): CD012012.
- Bộ Y tế. Thông tư số 54/2015/TT-BYT về việc hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm. Hà Nội: Bộ Y tế. 2015.
- Bộ Y tế. Quyết định số 3711/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh sốt xuất huyết Dengue”. Hà Nội: Bộ Y tế. 2014.
- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh. Tình hình dịch bệnh tuần 52 (tính đến ngày 25/12/2022). 2022. <https://hcdc.vn/hoidap/index/chitiet/7ddd5c284b0444f1bdd3df683fab41dd>.
- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh. Tình hình SXHD tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. TP. Hồ Chí Minh. 2023.
- World Health Organization (WHO). Data quality assurance. Module 1: Framework and metrics. 2nd ed. Geneva: WHO. 2022.
- World Health Organization (WHO). Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 2: Desk review of data quality. 2nd ed. Geneva: WHO. 2022.
- World Health Organization (WHO). Data quality assurance: Module 3: Site assessment of data quality: data verification and system assessment. Geneva: WHO. 2022.
- Lemma S, Janson A, Persson L, et al. Improving quality and use of routine health information system data in low- and middle-income countries: a scoping review. *PLoS One*. 2020; 15 (10): e0239683.
- Trương Thị Kim Nguyên. Thực trạng hệ thống giám sát ca bệnh sốt xuất huyết tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. TP. Hồ Chí Minh. 2020.
- Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Thực trạng hoạt động giám sát dựa vào chỉ số (IBS) và giám sát dựa vào sự kiện (EBS) tại khu vực phía Nam. TP. Hồ Chí Minh. 2023.
- Harrison K, Rahimi N, Danovaro-Holliday MC. Factors limiting data quality in the expanded programme on immunization in low and middle-income countries: a scoping review. *Vaccine*. 2020; 38 (30): 4652 – 4663.
- Ogbuabor D, Ghasi N, Nwangwu C, et al. Evaluating an intervention to improve the quality of routine immunization data and monitoring system in Enugu State, Nigeria: a pre- and post-study. *Niger J Clin Pract*. 2023; 26 (Suppl 1): S103 – S112.

DENGUE FEVER DATA QUALITY, INFLUENCING FACTORS, AND INTERVENTION EFFECTIVENESS IN HEALTHCARE FACILITIES IN HO CHI MINH CITY, 2023–2024

Tran Thi Ai Huyen^{1*}, To Gia Kien², Nguyen Tu Anh¹, Nguyen Hoai Thao Tam¹,
Le Thi Anh Tuyet¹, Truong Thi Kim Nguyen¹

¹*Ho Chi Minh City Center for Disease Control*

²*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City*

This study aimed to: 1) describe the data quality (DQ) of Dengue fever surveillance and its influencing factors, and 2) evaluate the effectiveness of interventions to improve DQ in healthcare facilities in Ho Chi Minh City (HCMC) during 2023–2024. A cross-sectional descriptive design was applied for objective 1, and a before–after intervention study without a control group was used for objective 2. Data were obtained from the Infectious Disease Surveillance Management System (2,476 records) and hospital software (1,121 records) for February–June 2023 and February–June 2024 (1,411 and 613 records, respectively). Interventions included development and implementation of surveillance procedures, periodic monitoring, and training. DQ in 2023–2024 was as follows: duplication 19.1%–13.1%;

completeness of inpatient records 69.1%–87.9%; and accuracy of disease classification 44.1%–81.1%. Influencing factors included software errors, insufficient staff knowledge and skills, lack of internal–external audits, and epidemic season pressure. Post-intervention DQ improved: inpatient record completeness increased by 18.8%, disease classification accuracy by 37.0%, and non-duplication by 6.0% ($p < 0.001$). The study confirmed that interventions improved completeness and accuracy, although timeliness remained limited (reduction of 0.2 days, $p > 0.05$). Regular monitoring, staff training, and stable software are essential to enhance DQ for effective epidemic control in HCMC.

Keywords: Dengue fever; data quality; surveillance; case reporting; Ho Chi Minh City

TỶ LỆ, NGUY CƠ TẾ NGÃ Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN PHONG ĐIỀN, THÀNH PHỐ CẦN THƠ, 2023 - 2024

Nguyễn Lê Ngọc Giàu, Nguyễn Văn Đới, Lê Minh Hữu
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Tình trạng té ngã ở người cao tuổi hiện được xem là thách thức sức khỏe cộng đồng quan trọng, không chỉ trực tiếp gây chấn thương mà còn làm gia tăng cảm giác lo sợ, giảm khả năng vận động và ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ, nguy cơ té ngã ở người cao tuổi trong cộng đồng và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ 04/2023 đến 07/2024, trên 410 người ≥ 60 tuổi tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ. Nguy cơ té ngã được đánh giá bằng bộ công cụ STEADI. Tỷ lệ té ngã trong năm qua là 17,1%. Kết quả đánh giá nguy cơ có 66,6% người cao tuổi ở mức nguy cơ thấp, 21,0% ở mức nguy cơ trung bình và 12,4% ở mức nguy cơ cao. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy sử dụng thuốc có liên quan đến tiền sử té ngã (OR = 2,16; 95% CI: 1,03-4,5), giới tính có liên quan (OR = 2,32; 95% CI = 1,253-4,307), BMI cũng có liên quan (OR = 1,74; 95% CI = 1,012-2,992). Nghiên cứu này cho thấy rằng sử dụng từ một loại thuốc trở lên, BMI, giới tính có liên quan đến tiền sử té ngã ở những người 60 tuổi sinh sống trong cộng đồng. Do đó, cần triển khai chương trình can thiệp phòng ngừa phù hợp ở nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Người cao tuổi; té ngã; BMI; thuốc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là xu hướng toàn cầu với 703 triệu người từ 65 tuổi trở lên vào năm 2020; dự kiến con số này sẽ tăng gấp đôi vào năm 2050 [1]. Theo dự báo dân số toàn cầu, số người từ 65 tuổi trở lên sẽ tăng nhanh từ hơn 700 triệu năm 2020 lên gấp đôi vào giữa thế kỷ này. Xu thế này đặt ra nhiều thách thức về bệnh tật và phòng ngừa té ngã. Tỷ lệ té ngã tăng theo tuổi từ 28-35% (≥ 65 tuổi) đến 32-42% ở nhóm ≥ 70 , cao nhất ở ≥ 85 tuổi [2]. Một nghiên cứu tại Hà Nội trên 539 bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương có 23,7% người cao tuổi bị té ngã, gồm 5,8% ngã nhiều lần [3]. Một nghiên cứu khác ở Thành phố Hồ Chí Minh (2018) cho biết tỷ lệ té ngã 15,9% ở người cao tuổi trong vòng một năm [4]. Kết quả phân tích cho thấy nhiều yếu tố có mối

liên quan đáng kể đến té ngã ở người cao tuổi. Nữ giới có nguy cơ té ngã cao hơn nam giới, trong khi việc sử dụng rượu và thuốc hướng thần cũng làm gia tăng khả năng xảy ra té ngã. Bên cạnh đó, sự hiện diện của các bệnh mạn tính, đặc biệt là tăng huyết áp và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), có liên quan chặt chẽ đến té ngã. Ngoài ra, suy giảm vận động và hạn chế trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL/IADL) được xác định là những yếu tố quan trọng góp phần làm tăng nguy cơ té ngã ở nhóm đối tượng này [3]. Té ngã phổ biến, chi phí điều trị cao nên phòng ngừa là ưu tiên sức khỏe cộng đồng toàn cầu. Bộ công cụ STEADI do Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, Hoa Kỳ) được phát triển nhằm sàng lọc nguy cơ té ngã trong cộng đồng, hỗ trợ phát hiện sớm nhóm người cao tuổi có

*Tác giả: Nguyễn Lê Ngọc Giàu

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Điện thoại: 0969 286 877

Email: nlngiau@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 17/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

nguy cơ cao, đồng thời đưa ra các khuyến nghị về biện pháp can thiệp nhằm dự phòng và giảm thiểu té ngã [5]. STEADI đã được áp dụng sàng lọc nguy cơ té ngã cho 70% bệnh nhân cao tuổi tại Oregon và New York [6]. Té ngã và nhu cầu chăm sóc sau chấn thương tăng lên theo tuổi tác, tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và gây gánh nặng tài chính cho hệ thống chăm sóc sức khỏe [2].

Đã có một số nghiên cứu về tỷ lệ té ngã ở người cao tuổi ở Việt Nam [3, 4]. Mặc dù đã có một số nghiên cứu trong nước đánh giá tỷ lệ té ngã và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi, hiện còn thiếu nhiều bằng chứng khoa học về vấn đề này ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Cần Thơ là trung tâm kinh tế - xã hội của vùng, có tốc độ già hóa dân số nhanh, song chưa có nghiên cứu toàn diện nào mô tả thực trạng té ngã và xác định các yếu tố nguy cơ trong cộng đồng người cao tuổi. Điều này cho thấy sự cần thiết phải tiến hành nghiên cứu tại thành phố Cần Thơ nhằm cung cấp dữ liệu đặc thù, hỗ trợ xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp để phòng ngừa té ngã và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi ở Cần Thơ nói riêng và khu vực Đồng bằng sông Cửu Long nói chung. Do đó, chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả tỷ lệ té ngã, đánh giá nguy cơ té ngã và xác định các yếu tố liên quan ở người cao tuổi trong cộng đồng để bảo vệ và cải thiện chất lượng cuộc sống của đối tượng này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người cao tuổi (≥ 60) tại địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn vào: Người ≥ 60 tuổi (sinh trước 1/4/1963); Những người thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên tính từ tháng 01 năm 2022; đi lại được và tự nguyện tham gia.

Tiêu chuẩn loại ra: Người cao tuổi có rối loạn nhận thức

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 7/2024, với quá trình thu thập số liệu tiến hành vào tháng 9/2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

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

Với sai số cho phép 5% và độ tin cậy 95%. Dựa vào tỷ lệ té ngã là 15,9% trong nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh (2018), chúng tôi chọn $p=0,159$ [4]. Cỡ mẫu tối thiểu là 205 được tính toán và nhân hệ số thiết kế $DE = 2$, tổng cộng là 410 người cao tuổi.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng chọn mẫu nhiều giai đoạn:

Thứ nhất: Chọn ba đơn vị hành chính của huyện Phong Điền gồm thị trấn Phong Điền, xã Mỹ Khánh, và xã Trường Long được lựa chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp bốc thăm.

Thứ hai: trong từng đơn vị hành chính, danh sách người cao tuổi do Hội Người cao tuổi quản lý được sử dụng làm khung mẫu. Từ danh sách này các đối tượng tham gia được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên có hệ thống. Kết quả nghiên cứu có 136 người từ xã Mỹ Khánh, 137 người từ xã Trường Long và 137 người từ Thị trấn Phong Điền.

2.6 Biến số nghiên cứu

Bảng câu hỏi bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học và xã hội của những người trả lời, đánh giá nguy cơ té ngã và điều tra các yếu tố nguy cơ. Nội dung bao gồm: Phần đầu thu thập thông tin cơ bản bao gồm: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, dân tộc, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể

(BMI) theo định nghĩa Tổ chức Y tế thế giới dành cho Khu vực Châu Á - Thái Bình Dương.

Phần này gồm ba phần với 12 câu hỏi nhằm đánh giá nguy cơ té ngã ở tất cả người tham gia. Nội dung khảo sát bao gồm tiền sử té ngã trong năm, loại trừ các sự kiện do tai nạn xe hoặc bạo lực. Những người từng té ngã được hỏi thêm về số lần, vị trí, hoàn cảnh và hậu quả sau té ngã. Ngoài ra, người có nguy cơ cao sẽ thực hiện bài kiểm tra đi bộ Timed Up and Go (TUG) để đánh giá khả năng vận động [7]. Nguy cơ té ngã được chia thành các mức độ:

Nguy cơ té ngã thấp: (có trả lời “không” cho tất cả các câu sau)

Khi người cao tuổi không có tiền sử té ngã trong năm qua

Không lo lắng về té ngã

Không cảm thấy mất an toàn hay mất thăng bằng khi đi bộ

Nguy cơ té ngã trung bình

Khi người cao tuổi trả lời “có” với ít nhất một câu hỏi sàng lọc (từng té ngã, lo sợ té ngã hoặc mất thăng bằng khi đi bộ)

Nhưng kết quả kiểm tra Time Up and Go (TUG) ≤ 12 giây (tức là khả năng vận động và thăng bằng vẫn trong giới hạn bình thường)

Và không có tiền sử té ngã nhiều lần hoặc ngã gây chấn thương.

Nguy cơ té ngã cao (Khi người cao tuổi có một trong các đặc điểm sau)

Thực hiện bài Test >12 giây hoặc không hoàn thành, cho thấy hạn chế vận động hoặc thăng bằng

Hoặc có từ 2 lần té ngã trở lên trong vòng 1 năm qua.

Hoặc có té ngã gây chấn thương (gãy xương, chấn thương sọ não,...)

Phần này khảo sát các yếu tố nguy cơ té ngã, gồm yếu tố nội tại như tình trạng bệnh

(tăng huyết áp, tim mạch, xương khớp, loãng xương, tiểu đường, trầm cảm, đột quỵ) dựa trên hồ sơ chẩn đoán của bác sĩ. Về hoạt động thể lực, chúng tôi thu thập bằng các câu hỏi: Người cao tuổi có tập thể dục hay không? (có/Không); Loại hình hoạt động thể lực chủ yếu? (Đi bộ, chạy bộ, đi xe đạp, dưỡng sinh); Số ngày tập trong một tuần là bao nhiêu? (ngày/tuần); Thời gian trung bình mỗi ngày tập bao nhiêu phút? (Số phút/lần). Sau đó quy đổi tổng thời gian hoạt động thể lực trong tuần từ câu trả lời phỏng vấn và dựa vào khuyến nghị của WHO (2020) để phân loại hoạt động thể lực đủ và chưa đủ. Hoạt động thể lực đủ được xác định khi người tham gia đạt ít nhất 150 phút/tuần hoạt động thể lực mức vừa hoặc 75 phút/tuần hoạt động thể lực mức mạnh (hoặc tương đương) theo khuyến nghị của WHO 2020; trường hợp không đạt các mức trên được xếp vào nhóm hoạt động thể lực chưa đủ. Dữ liệu thuốc sử dụng được ghi nhận từ đơn thuốc và phân loại theo nhóm. Các yếu tố hành vi và môi trường cũng được xem xét. Đánh giá nguy cơ té ngã dựa trên thuật toán STEADI của CDC. Bảng câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt, thử nghiệm trên 20 người cao tuổi và điều chỉnh phù hợp [8].

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập thông tin: Thông qua hình thức phỏng vấn trực tiếp, mặt đối mặt đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát tại hộ gia đình của từng đối tượng để bảo đảm tính chính xác và đầy đủ của dữ liệu.

Công cụ thu thập số liệu: Cách đo cân nặng chiều cao

Cân nặng của đối tượng được đo bằng cân sức khỏe Nhơn Hòa (sản xuất tại Việt Nam) với độ sai số 0,1kg, được kiểm chuẩn định kỳ theo tiêu chuẩn của Viện Dinh dưỡng. Trước khi cân, người tham gia tháo bỏ giày dép, mũ nón và các vật dụng mang theo như đồng hồ, điện thoại,...; mặc trang phục nhẹ. Đối tượng đứng thẳng ở giữa bàn cân, hai tay buông tự nhiên, mắt nhìn thẳng. Mỗi người được cân hai lần liên tiếp, nếu chênh lệch $>0,1$ kg thì cân lần thứ ba và lấy giá trị trung bình. Chiều cao được đo

bằng thước đo cây cố định kết hợp thước dây dài 3 mét, độ chia nhỏ nhất 0,1cm. Người tham gia đứng trên mặt phẳng cứng, gót chân chạm vách tường, hai chân chụm, lưng và vai thẳng, mắt nhìn theo tư thế Frankfurt, tay buông tự nhiên. Thanh chắn của thước được hạ vuông góc đỉnh đầu ghi số đo. Mỗi đối tượng được đo hai lần, nếu chênh lệch >0,5cm thì đo lại lần ba và lấy kết quả trung bình.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 22.0. Thống kê mô tả, chi bình phương và hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa té ngã và các yếu tố liên quan, với $p < 0,05$. Các biến được lựa chọn vào mô hình đa biến bao gồm những biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến với $p < 0,05$ và các biến nền có ý nghĩa thực tiễn được ghi nhận trong y văn (tuổi, giới tính, học vấn, sử dụng thuốc, bệnh nền, tập thể dục) nhằm kiểm soát yếu tố nhiễu.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

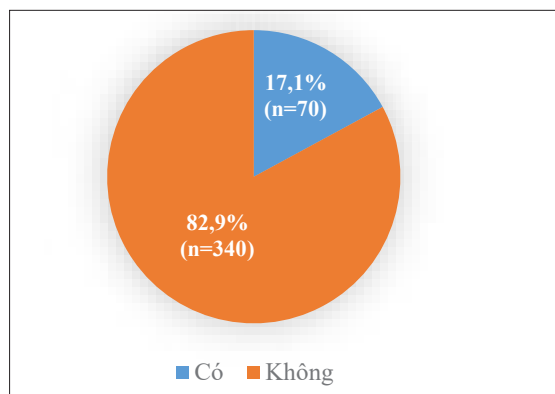
Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt theo số 23.0026.GV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/5/2023, thực hiện tại Trung tâm Y tế Phong Điền. Người tham gia đồng ý qua biểu mẫu, thông tin cá nhân được bảo mật. Nghiên cứu không gây hại, nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ

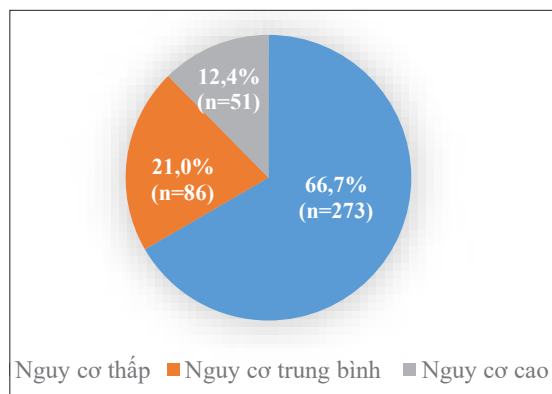
3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong 410 người cao tuổi tham gia nghiên cứu có 60,0% là nữ giới. Nhóm tuổi lớn nhất là 60-69 tuổi chiếm 54,4%, người trên 80 tuổi chiếm 13,7%. Trình độ học vấn dưới tiểu học/mù chữ chiếm 36,6%, tiểu học đến trung học cơ sở chiếm 49,3%. Về tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo BMI, nhẹ cân chiếm 13,4%, bình thường chiếm 48,5%, thừa cân chiếm 18,8% và béo phì chiếm 19,3%.

3.2 Tỷ lệ té ngã và nguy cơ té ngã ở người cao tuổi



Từ kết quả ở Hình 1 cho thấy, người cao tuổi được khảo sát có tỷ lệ té ngã trong 1 năm qua là 17,1%.



Kết quả Hình 2 về đánh giá nguy cơ té ngã cho thấy có 66,6% có nguy cơ thấp, trong khi 12,4% có nguy cơ cao.

Bảng 1. Tỷ lệ té ngã và nguy cơ té ngã của đối tượng nghiên cứu (n = 410)

Đặc điểm	Tỷ lệ té ngã		Nguy cơ té ngã		
	Có n (%)	Không n (%)	Thấp n (%)	Trung bình n (%)	Cao n (%)
Bệnh cụ thể (n = 410)					
Bệnh cơ xương khớp	37 (20,3)	145 (79,7)	103 (56,6)	49 (26,9)	30 (16,5)
Bệnh loãng xương	9 (27,3)	24 (72,7)	23 (69,7)	4 (12,1)	6 (18,2)
Bệnh tim mạch	21 (20,8)	80 (79,2)	59 (58,4)	24 (23,8)	18 (17,8)
Bệnh tăng huyết áp	42 (18,3)	188 (81,7)	136 (59,1)	60 (26,1)	34 (14,8)
Bệnh đái tháo đường	17 (28,3)	43 (71,1)	37 (61,7)	11 (18,3)	12 (20,0)
Bệnh trầm cảm	2 (50,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
Đột quỵ	7 (25,9)	20 (74,1)	7 (25,9)	14 (51,9)	6 (22,2)
Bệnh mãn tính	59 (17,3)	283 (82,7)	213 (62,3)	83 (24,3)	46 (13,5)
Sử dụng thuốc (≥1 loại)	52 (18,0)	237 (82,0)	176 (60,9)	71 (24,6)	42 (14,5)
Sử dụng thuốc (>5 loại)	4 (33,3)	8 (66,7)	7 (58,3)	2 (16,7)	3 (25,0)
Loại thuốc sử dụng (n=289)					
Thuốc hạ huyết áp	38 (17,3)	182 (82,7)	133 (60,5)	55 (25,0)	32 (14,5)
Thuốc chống viêm	1 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)	0	1 (33,3)
Thuốc giảm đau	12 (19,0)	51 (81,0)	34 (54,0)	21 (33,3)	8 (12,7)
Thuốc đái tháo đường	17 (28,9)	43 (71,1)	37 (61,7)	11 (18,3)	12 (20,0)
Thuốc tim mạch	15 (20,3)	59 (79,7)	40 (54,1)	21 (28,4)	13 (17,6)
Thuốc an thần	4 (66,7)	2 (33,3)	0	2 (33,30)	4 (66,7)

Bảng 1 mô tả về thông tin té ngã, trong số 410 người cao tuổi được khảo sát có tỷ lệ té ngã trong 1 năm qua là 17,1%. Các bệnh lý thường gặp ở nhóm có té ngã bao gồm bệnh cơ xương khớp

(20,3%), tăng huyết áp (18,3%) và đái tháo đường (28,3%). Việc sử dụng thuốc có té ngã chiếm 18,0%, trong đó nhóm sử dụng thuốc hạ huyết áp chiếm 17,3%, thuốc đái tháo đường (28,9%).

Bảng 2. Phân tích hồi quy đơn biến về các yếu tố liên quan té ngã (n=410)

Đặc điểm		Té ngã		OR (CI 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nữ	53 (21,5)	193 (78,5)	2,37 (1,32 – 4,27)	0,004
	Nam	17 (10,4)	147 (89,6)		
Nhóm tuổi	<80 tuổi	36 (19,3)	151 (80,7)	1,32 (0,79 – 2,21)	0,283
	≥80 tuổi	34 (15,2)	189 (84,8)		
Trình độ học vấn	<Tiểu học	59 (19,5)	244 (80,5)	2,11 (1,06 – 4,18)	0,033
	≥Tiểu học	11 (10,3)	96 (89,7)		
BMI	Không bình thường	29 (13,7)	182 (86,3)	0,61 (0,36 - 1,03)	0,067
	Bình thường	41 (20,6)	158 (79,4)		
Nghề nghiệp trước đây	Nhân viên văn phòng + Nông dân	34 (15,7)	183 (84,3)	0,81 (0,48 – 1,35)	0,423
	NN khác	36 (18,7)	157 (81,3)		
Hiện tại sử dụng thuốc	Có	52 (18,0)	237 (82,0)	1,25 (0,7-2,25)	0,445
	Không	18 (14,9)	103 (85,1)		

Bảng 2. Phân tích hồi quy đơn biến về các yếu tố liên quan té ngã (n=410) (tiếp)

Đặc điểm		Té ngã		OR (CI 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Sử dụng thuốc (n=289)	>1 thuốc	35 (23,5)	114 (76,5)	2,22 (1,18 – 4,18)	0,013
	Chỉ 1 thuốc	17 (12,1)	123 (87,9)		
Sử dụng nhiều thuốc (>5 loại)	Có	4 (33,3)	8 (66,7)	0,39 (0,11 – 1,359)	0,129
	Không	66 (16,6)	332 (83,4)		
Hoạt động thể lực	Có	31 (14,0)	191 (86,0)	0,62 (0,36 – 1,04)	0,069
	Không	39 (20,7)	149 (79,3)		
Hoạt động thể lực đủ	Đủ	15 (12,2)	108 (87,8)	0,72 (0,33 – 1,54)	0,397
	Không đủ	16 (16,2)	83 (83,8)		
Bệnh nền	<2 bệnh	24 (10,5)	204 (89,5)	0,34 (0,20– 0,59)	<0,001
	≥ 2 bệnh	46 (25,3)	136 (74,7)		

Từ Bảng 3 ta thấy, tỷ lệ té ngã có mối liên (OR=2,11), việc sử dụng thuốc (OR=2,22) và quan với giới tính (OR=2,37), trình độ học vấn mắc bệnh nền (OR=0,348).

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến về các yếu tố liên quan té ngã (n = 410)

Yếu tố liên quan té ngã	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Tuổi				
<80 tuổi	1,325 (0,792 – 2,219)	0,283	1,122 (0,649 - 1,941)	0,680
≥ 80 tuổi	-	-	-	-
Giới tính				
Nữ	2,375 (1,32 – 4,271)	0,004	2,323 (1,253 - 4,307)	0,007
Nam	-	-	-	-
BMI				
Không Bình thường	0,61 (0,36 - 1,03)	0,067	1,740 (1,012 - 2,992)	0,045
Bình thường	-	-	-	-
Sử dụng thuốc (n=289)				
>1 loại	2,22 (1,18 – 4,183)	0,013	2,006 (1,131- 3,556)	0,017
≤ 1 loại	-	-	-	-
Bệnh nền				
<2 bệnh	0,348 (0,203 – 0,596)	<0,001	1,401 (0,547-3,591)	0,482
≥ 2 bệnh	-	-	-	-
Tập thể dục				
Có	0,62 (0,369 – 1,041)	0,069	1,669 (0,97-2,872)	0,064
Không	-	-	-	-
Trình độ học vấn				
< Tiểu học	2,11 (1,063 – 4,189)	0,033	0,633 (0,306- 1,307)	0,216
≥ Tiểu học	-	-	-	-

Từ Bảng 4 khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy sau khi kiểm soát các yếu tố khác, giới tính nữ (OR=2,32), tình trạng béo phì (OR=1,74) và việc sử dụng thuốc (OR=2,16) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền sử té ngã trong năm qua.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ té ngã 17,1% ở người cao tuổi trong nghiên cứu tại huyện Phong Điền, Cần Thơ có thể lý giải bởi một số đặc thù của dân số nghiên cứu. Trước hết, phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi 60-69, độ tuổi này thường có nguy cơ té ngã thấp hơn so với nhóm ≥ 80 tuổi, do đó tỷ lệ chung thấp hơn so với nghiên cứu ghi nhận trên nhóm tuổi cao hơn. Bên cạnh đó môi trường sống tại cộng đồng nông thôn như Phong Điền có không gian đi lại rộng rãi, ít tình trạng chen chúc, nên nguy cơ té ngã do yếu tố ngoại cảnh (như vấp ngã nơi công cộng hoặc môi trường đô thị đông đúc) có thể thấp hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ 17,1% vẫn phản ánh rõ ràng gánh nặng té ngã trong cộng đồng, khi phần lớn người cao tuổi trong nghiên cứu có mắc bệnh mãn tính (83,4%) và tỷ lệ sử dụng thuốc cao (70,5%) vốn là những yếu tố làm gia tăng nguy cơ té ngã. Như vậy, tỷ lệ té ngã tại huyện Phong Điền, Cần Thơ là 17,1% thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu tại 4 xã huyện Vũ Thư, Thái Bình (35,3%) [9], nhưng gần tương đương với nghiên cứu ngoại trú tại Hà Nội (23,7%) [3]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số (tuổi trung bình, tình trạng sức khỏe, bệnh mãn tính), môi trường sống, phương pháp thu thập dữ liệu (ngoại trú và cộng đồng). Kết quả nghiên cứu cho thấy có 33,4% người cao tuổi có nguy cơ té ngã từ trung bình đến cao. Con số này phản ánh thực trạng đáng lo ngại bởi té ngã không chỉ gây chấn thương trực tiếp mà còn dẫn đến suy giảm khả năng vận động, mất tự tin trong sinh hoạt và giảm chất lượng cuộc sống. Bên cạnh đó, huyện Phong Điền là một huyện nông thôn với đặc điểm dân cư đông, tốc độ già hóa nhanh và tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao, điều này làm gia tăng nguy cơ té ngã. So sánh với kết quả nghiên cứu tại Thái Bình cho thấy 47,8% người cao tuổi có nguy cơ té ngã cao,

tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu tại huyện Phong Điền, cho thấy vấn đề té ngã ở người cao tuổi thực sự đáng quan tâm. Bên cạnh đó, nghiên cứu tại thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước cũng ghi nhận tỷ lệ nguy cơ té ngã cao là 38,1%. Do đó, những số liệu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và phân loại nguy cơ té ngã bằng công cụ STEADI không chỉ giúp phát hiện sớm nhóm đối tượng dễ tổn thương mà còn tạo cơ sở khoa học cho việc xây dựng các chương trình can thiệp, phòng ngừa phù hợp với bối cảnh địa phương, góp phần giảm gánh nặng té ngã và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi trong cộng đồng [9 - 12].

Nghiên cứu cũng phát hiện ra mối quan hệ giữa việc sử dụng thuốc có liên quan đến tiền sử té ngã. Trong một nghiên cứu ở Ả Rập Xê Út, việc sử dụng thuốc có liên quan đến tiền sử té ngã ở người cao tuổi sống trong cộng đồng (OR=1,55, CI 95% (1,16-2,07), $p=0,003$) [13]. Tuy nhiên, đa được không liên quan đến tiền sử té ngã. Giới tính có liên quan đến tiền sử té ngã và BMI có liên quan đến tiền sử té ngã [13]. Nhóm béo phì báo cáo tỷ lệ té ngã (27% so với 15%) và vấp ngã khi đi lại (32% so với 14%) cao hơn so với nhóm cân nặng bình thường. Trong nhóm béo phì, những trường hợp có tiền sử té ngã có liên quan ($p \leq 0,05$) ghi nhận điểm số chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe thấp hơn đáng kể ở nhiều lĩnh vực của HRQL so với những người béo phì không có té ngã [3, 14]. Phát hiện của chúng tôi rằng người lớn tuổi béo phì có nguy cơ té ngã cao phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ nên khả năng khái quát kết quả cho toàn bộ dân số người cao tuổi còn hạn chế. Thứ hai, thông tin về thuốc sử dụng của người tham gia chưa được thu thập đầy đủ về chủng loại và liều lượng, do đó chưa đánh giá toàn diện được mối liên hệ giữa đặc điểm thuốc và nguy cơ té ngã. Vì vậy, các nghiên cứu trong tương lai cần được tiến hành với cỡ mẫu lớn hơn và áp dụng thiết kế dọc để làm rõ hơn mối quan hệ nhân quả giữa sử dụng thuốc và té ngã ở người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ té ngã ở người cao tuổi tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ trong năm qua là 17,1%. Kết quả đánh giá nguy cơ cho thấy 66,6% đối tượng ở mức nguy cơ thấp, 21,0% ở mức trung bình và 12,4% ở mức cao. Phân tích hồi quy chỉ ra ba yếu tố liên quan đáng kể đến té ngã là tình trạng sử dụng thuốc, chỉ số khối cơ thể và giới tính. Điều này gợi ý cần chú trọng sàng lọc nguy cơ và can thiệp dự phòng té ngã ở các nhóm đối tượng có đặc điểm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNFPA Viet Nam. Population Aging. 2024.
2. Phelan EA, Ritchey K. Fall Prevention in Community-Dwelling Older Adults. *Ann Intern Med*. 2018; 169 (11).
3. Van ATH, Tam NN. Prevalence and factors associated with falls among older outpatients. *Environmental research and public health*. 2021; 18 (4041).
4. Nguyễn Đỗ Hồng Giang. Tỷ lệ té ngã và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Quận 5, TP. Hồ Chí Minh năm 2018. Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2018.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Stay Independent: A brochure to help older adults stay independent and prevent falls. Atlanta (GA): CDC. 2017.
6. Parker EM, Lee R, Floyd F, et al. Making older adult fall prevention part of routine care in a large health system in New York state. *Gerontologist*. 2015; 55: 320.
7. Barry E, Galvin R, Keogh C, et al. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta- analysis. *BMC Geriatrics*. 2014; 14 (1): 14.
8. Matthew CL, PhD, Rebecca SC, et al. Operationalization and Validation of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries (STeADI) Fall Risk algorithm in a Nationally Representative Sample. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71 (12): 1191 - 1197.
9. Tăng Thị Hào, Vũ Minh Hải, Trần Văn Long. Thực trạng ngã và nguy cơ ngã ở người cao tuổi tại bốn xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520 (1B): 315 - 320.
10. Nguyễn Thị Mỹ Dung, Phan Thị Thủy Nguyên, Trần Thị Yến Duyên. Nguy cơ té ngã ở người cao tuổi tại thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước và các yếu tố liên quan năm 2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022; 50 (2022): 129 - 136.
11. Lohman MC, Crow RS, DiMilia PR, et al. Operationalization and Validation of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries (STeADI) Fall Risk Algorithm in a 56 Nationally Representative Sample. *Journal of Epidemiology and community health*. 2017; 71 (12): 1191 - 1197.
12. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, et al. Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2010; 21 (5): 658 - 668.
13. Aqueel M. Alenazi Number of medications and polypharmacy are associated with risk of fall in Saudi community-dwelling adults. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2023; 31: 185 - 190.
14. Cecilie F, Anette SF, Luke SA, et al. The influence of obesity on falls and quality of life. *Dynamic Medicine*. 2008; 7 (4): 1 - 6.

PREVALENCE, RISK OF FALLS, AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THE ELDERLY IN PHONG DIEN DISTRICT, CAN THO CITY, 2023-2024

Nguyen Le Ngoc Giau, Nguyen Van Doi, Le Minh Huu
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Falls among the elderly are recognized as a major public health challenge, not only causing direct injuries but also increasing fear, reducing mobility, and negatively affecting quality of life. This study aimed to determine the prevalence, risk of falls, and associated factors among community-dwelling older adults. A cross-sectional study was conducted from April 2023 to July 2024 on 410 individuals aged ≥ 60 years in Phong Dien District, Can Tho City. Fall risk was assessed using the STEADI tool. The prevalence of falls within the past year was 17.1%. Risk assessment showed that 66.6% of older adults were at low risk, 21.0% at moderate risk, and 12.4% at high risk. Multivariate logistic

regression analysis revealed that medication use was associated with fall history (OR=2.16, 95% CI: 1.03–4.5), gender was associated (OR=2.32, 95% CI: 1.253–4.307), and BMI was also associated (OR=1.74, 95% CI: 1.012–2.992). This study demonstrated that the use of at least one medication, body mass index (BMI), and gender were significantly associated with a history of falls among community-dwelling adults aged 60 years and older. Therefore, appropriate preventive intervention programs should be implemented for this population group.

Keywords: Elderly, falls; BMI; medicines

GÁNH NẶNG LAO ĐỘNG VỀ TINH THẦN VÀ THỂ CHẤT CỦA CÔNG NHÂN SẢN XUẤT TRỰC TIẾP TẠI MỘT NHÀ MÁY CHẾ TẠO MÁY BIẾN THỂ TẠI BẮC NINH NĂM 2025

Lê Thanh Hải*, Nguyễn Đình Trung, Trần Văn Đại, Đào Phú Cường,
Nguyễn Thị Bích Liên, Trần Trọng Hiếu
Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

TÓM TẮT

Đánh giá gánh nặng lao động là bước quan trọng nhằm nhận diện nguy cơ sức khỏe nghề nghiệp và đảm bảo an toàn, hiệu suất làm việc. Nghiên cứu này nhằm mô tả gánh nặng lao động về tinh thần và thể chất của công nhân sản xuất trực tiếp tại một nhà máy chế tạo máy biến thể (Bắc Ninh, Việt Nam), năm 2025, thông qua các chỉ số tâm sinh lý lao động và ecgônômi, đồng thời đề xuất biện pháp can thiệp. Nghiên cứu trên 33 công nhân, tuổi trung bình $39,4 \pm 7,7$ tuổi, thâm niên $10,4 \pm 8,7$ năm, kết quả cho thấy: điểm tần số nhịp tim $4,06 \pm 1,19$, nhịp điệu động tác nhỏ $2,85 \pm 0,62$ và lớn $2,18 \pm 0,64$, đặc điểm công việc $2,97 \pm 0,39$, thời gian chú ý $3,76 \pm 0,44$, làm việc theo ca kíp $2,58 \pm 0,71$. 55% công nhân có điểm RULA ≥ 5 cho thấy tư thế cần cải thiện. Một số thao tác có điểm SI >10 , phản ánh nguy cơ cao rối loạn cơ xương vùng chi trên. Cần thực hiện các giải pháp như: đảm bảo bề mặt thao tác hợp lý, cải tiến quy trình công việc nguy cơ cao để giảm gánh nặng tư thế, luân phiên công việc; điều chỉnh chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý, nhất là công việc theo ca, nhằm bảo vệ sức khỏe cho công nhân, tăng hiệu quả và năng suất công việc.

Từ khóa: Gánh nặng lao động; ecgônômi; nhịp tim; RULA; SI; ISO 45003:2021; yếu tố tâm lý xã hội; căng thẳng nghề nghiệp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành sản xuất thiết bị điện và máy biến thể đóng vai trò quan trọng trong nền kinh tế, đặc biệt trong bối cảnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và chuyển đổi năng lượng. Tuy nhiên, lao động trong ngành này phải đối mặt với nhiều áp lực về thể chất lẫn tinh thần, dẫn đến gánh nặng lao động đáng kể. Môi trường sản xuất máy biến áp thường có nhiều nguy cơ như tiếng ồn, bụi kim loại và hạt nano từ vật liệu cách điện trong quá trình sản xuất lõi thép, tiếp xúc với hóa chất dầu khoáng cách điện có nguy cơ ung thư phổi cao hơn 20-30% [1]. Làm việc với máy móc công suất lớn, dễ dẫn đến tai nạn lao động. Tai nạn lao động ngành điện bao gồm sản xuất/sửa chữa máy biến áp, có tỷ lệ tử vong cao gấp 4 lần so với ngành xây dựng (OSHA -Mỹ).

Tỷ lệ cao về rối loạn cơ xương khớp do thao tác lặp lại (lắp cuộn dây, nâng tấm thép), theo khảo sát tại Nhà máy ABB (Thụy Điển, 2020) ghi nhận 35% công nhân đau lưng/cổ vai gáy mãn tính. Ngoài ra, công nhân luôn làm việc với áp lực công việc lớn do yêu cầu kỹ thuật chính xác, thời gian gấp rút. Ngày nay, với xu hướng phát triển bền vững và trách nhiệm xã hội của doanh nghiệp, doanh nghiệp càng phải đảm bảo trách nhiệm với người lao động để thu hút nhân tài, nâng cao uy tín thương hiệu, trong đó ngày càng phải quan tâm đến môi trường làm việc an toàn và sức khỏe cho người lao động, nâng cao hiệu quả sản xuất, tuân thủ pháp luật và hướng tới phát triển bền vững. Đây là những lý do việc nghiên cứu đánh giá gánh nặng lao động trong lĩnh vực này là cấp thiết, với mục tiêu nhằm mô tả gánh nặng lao động về tinh thần và thể

*Tác giả: Lê Thanh Hải

Địa chỉ: Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

Số điện thoại: 0969 366 789

Email: Dr.lethanhhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

chất của công nhân sản xuất trực tiếp tại một nhà máy chế tạo thiết bị điện ở Bắc Ninh năm 2025. Kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở để đề xuất giải pháp giảm thiểu rủi ro, cải thiện điều kiện làm việc và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người lao động.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 33 đối tượng công nhân sản xuất thiết bị điện, máy biến thế

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

KCN Tiên Sơn, Bắc Ninh, năm 2025

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu lấy toàn bộ 33 công nhân sản xuất trực tiếp trong xưởng sản xuất máy biến thế

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn toàn bộ đối tượng trong khu sản xuất đặc trưng nhất của nghề, công việc

2.6 Biến số nghiên cứu

- Đánh giá gánh nặng tinh thần:
- + Tỷ lệ các cảm nhận yếu tố tâm lý xã hội tại nơi làm việc
- + Tỷ lệ căng thẳng nghề nghiệp
- Đánh giá gánh nặng thể chất:
- + Tỷ lệ rối loạn cơ xương trong công việc
- + Đánh giá một số chỉ tiêu về tâm sinh lý lao động - ecgônômi, tư thế lao động

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra khảo sát: Sử dụng bảng câu hỏi khảo sát theo ISO 45003:2021 về Quản lý các yếu tố tâm lý xã hội tại nơi làm việc; Sử dụng

bảng câu hỏi đánh giá căng thẳng tại nơi làm việc theo AIS - 2011, đánh giá căng thẳng nghề nghiệp; Sử dụng bảng điều tra rối loạn cơ xương Bắc Âu sửa đổi, đánh giá rối loạn cơ xương trong công việc

Do một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động và Ecgonômi: Xác định điểm phân loại một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động theo phân loại hệ thống chỉ tiêu về điều kiện lao động - Ban hành kèm theo thông tư số 03/2025/TT-BLĐTBXH ngày 11 tháng 02 năm 2025 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội; Đánh giá tư thế lao động theo Phương pháp RULA (Rapid Upper Limb Assessment): Đánh giá gánh nặng cơ toàn thân và gánh nặng cơ khu trú; Đánh giá chỉ số SI (Strain Index): Liên quan các nhiệm vụ lặp đi lặp lại bằng tay có thể dẫn đến mức độ căng thẳng cơ xương ở bàn tay, cổ tay và khuỷu tay

Tư vấn các giải pháp cải thiện điều kiện lao động, đề xuất một số giải pháp cụ thể tại một số vị trí lao động.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu: tất cả các số liệu thu thập được làm sạch, nhập, quản lý và xử lý bằng chương trình SPSS

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Các khám sàng lọc và điều tra phỏng vấn y học liên quan đến sức khỏe đều được sự đồng ý của cơ sở và đối tượng nghiên cứu.

Những thông tin thu thập được đảm bảo tính riêng tư, được giữ kín, không cung cấp cho người khác khi chưa được sự đồng ý của đối tượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 33 công nhân sản xuất thiết bị điện với tuổi đời trung bình $39,4 \pm 7,7$ tuổi, thâm niên công tác trung bình $10,4 \pm 8,7$ năm. Với những yếu tố này thể hiện đây là ngành sản

xuất đặc thù với công nhân thường làm việc nhiều năm trong nhà máy, đòi hỏi thâm niên tay nghề cao trong hoạt động sản xuất.

Đặc điểm công việc: công nhân thực hiện các công đoạn sản xuất máy biến áp gồm, cắt miếng tôn, ghép tôn, quấn dây đồng, lắp ráp

ruột máy, sấy, hút chân không, điền dầu, lắp ráp hoàn thiện, cuối cùng là kiểm tra đóng gói.

3.2 Gánh nặng lao động về tinh thần

3.2.1 Các yếu tố tâm lý xã hội tại nơi làm việc

Các cảm nhận về môi trường lao động.

Bảng 1. Các cảm nhận về môi trường lao động

TT	Cảm nhận về môi trường nơi làm việc		n =33	%
1	Nhiệt độ không khí nơi làm việc	Dễ chịu	24	74,1
		Nóng	5	14,8
2	Độ thông thoáng	Thoáng / Thoáng mát	26	77,8
		Ngột ngạt	4	11,1
3	Độ ẩm	Dễ chịu	26	77,8
		Khô hanh	5	14,8
4	Ánh sáng tại nơi làm việc	Đủ / Đủ để làm việc	31	92,6
		Tối	2	7,4
5	Tiếng ồn nơi làm việc	Hơi ồn ào	20	59,3
		Rất ồn	2	7,4
6	Tiếp xúc với bụi	Có	16	48,1
		Không	17	51,9
7	Rung tại nơi làm việc	Có	12	37,0
		Không	21	63,0
8	Tiếp xúc với hơi khí độc/Hóa chất	Có	12	37,0
		Không	21	63,0
9	Các yếu tố khác	Vật thể chuyển động	22	66,7
		Làm việc ở độ cao	15	44,4
		Cạnh sắc nhọn	11	33,3
		Không gian chật hẹp	9	25,9

Đánh giá về cảm nhận môi trường làm việc, phần lớn cảm nhận nhiệt độ, độ thông thoáng không khí, ánh sáng nơi làm việc đều khá tốt. Tuy nhiên, cảm nhận tiếng ồn đều cho rằng ồn ào đến rất ồn. Một số vị trí có cảm nhận có tiếp

xúc bụi, rung, hoá chất khi làm việc. Các yếu tố khác như làm việc trên cao, có vật thể chuyển động, cạnh sắc nhọn, không gian chật hẹp cũng có ở nhiều vị trí.

Các đánh giá về cách thức tổ chức công việc

Bảng 2. Các đánh giá về tổ chức công việc

TT	Các đánh giá về cách thức tổ chức công việc		n =33	%
1	Mức yêu cầu công việc	Làm việc theo kế hoạch được giao, có thể tự điều chỉnh công việc, tâm lý thoải mái	23	70,4
		Công việc phức tạp, áp lực về thời gian, trách nhiệm cao, liên quan tới nhiều người	10	29,6
2	Mức giải quyết công việc	Giải quyết công việc đơn giản	9	25,9
		Giải quyết công việc phức tạp, xử lý nhiều nhiệm vụ	17	51,9
		Giải quyết công việc rất phức tạp, phải tìm kiếm thêm thông tin	7	22,2
3	Khối lượng, cường độ công việc	Vừa phải	26	77,8
		Nhiều, căng thẳng	7	22,2
4	Kiểm soát công việc	Có quyền kiểm soát khối lượng công việc	22	66,7
		Thiếu quyền kiểm soát khối lượng công việc	11	33,3

Các đánh giá về mức yêu cầu công việc, khối lượng, cường độ công việc phần lớn đều cho rằng mức độ vừa phải và kiểm soát công việc ở mức tốt, tuy nhiên mức giải quyết công

việc nhiều vị trí cho rằng giải quyết công việc phức tạp, xử lý nhiều nhiệm vụ.

Các yếu tố xã hội tại nơi làm việc

Bảng 3. Các yếu tố xã hội tại nơi làm việc

TT	Các yếu tố xã hội tại nơi làm việc		n =33	%
1	Các yếu tố quan hệ giữa các cá nhân	Làm việc theo nhóm	13	40,7
		Làm việc một mình, không tiếp xúc với người khác	11	33,3
		Công việc đòi hỏi kỹ năng giao tiếp tốt	9	25,9
2	Các yếu tố giám sát công việc	Công việc có camera giám sát / theo dõi	1	3,7
3	Có phản việc không được hướng dẫn và đào tạo	Đúng	5	14,8
		Không / Không đúng	28	85,2
4	Có sắp xếp được thời gian để giải quyết công việc cá nhân và gia đình	Có sắp xếp được	33	100

Đánh giá về các yếu tố xã hội tại nơi làm việc, nhiều vị trí cho rằng làm việc một mình, không tiếp xúc với người khác, có camera giám sát. Tuy nhiên, phần lớn đánh giá tốt về công

việc được đào tạo rõ, tạo điều kiện tốt cho cân bằng công việc - gia đình.

3.2.2 Đánh giá căng thẳng nghề nghiệp tại nơi làm việc

Bảng 4. Đánh giá căng thẳng nghề nghiệp

TT	Điểm trung bình	Tỷ lệ % (n)	Mức đánh giá
1	26,42 ± 9,98	63,0	Ít có khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp (Kiểm soát tốt căng thẳng)
2	46,91 ± 9,22	37,0	Khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp ở mức trung bình (Kiểm soát tương đối tốt căng thẳng)

Đánh giá căng thẳng nghề nghiệp phần lớn nhân viên ở mức bình thường, ít có khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp (kiểm soát tốt căng thẳng), một phần ở mức căng thẳng nghề nghiệp trung bình (kiểm soát tương đối tốt căng

thẳng), không có nhân viên ở mức cao.
3.3 Gánh nặng lao động thể chất
3.3.1 Đánh giá rối loạn cơ xương trong công việc

Bảng 5. Đánh giá rối loạn cơ xương trong công việc

TT	Vị trí đau mỗi	n =33	%
1	Cổ, vai, gáy	18	54,6
2	Khuỷu tay, cổ tay, bàn tay	11	33,4
3	Hông/lưng	13	39,5
4	Đầu gối, cổ chân, bàn chân	14	42,4

Tỷ lệ đau mỗi cơ xương trong công việc chủ yếu được báo cáo ở cổ, vai, gáy sau đó là vị trí đầu gối, cổ chân, bàn chân, có thể liên quan đến các hoạt động lắp ráp máy với các tư thế với

cao, cúi, quỳ, ngồi xổm...
3.3.2 Đánh giá một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động và Ecgonômi

Bảng 6. Đánh giá một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động và Ecgonômi

TT	Đánh giá điểm một số chỉ tiêu	TB ± SD (n=33)	Mức điểm đánh giá
1	Điểm tần số nhịp tim trung bình trong suốt ca lao động (nhịp/phút)	4,06 ± 1,19	≥ 4
2	Điểm lớp chuyển động nhỏ: ngón tay, cổ tay, cẳng tay	2,85 ± 0,62	≤ 3
3	Điểm lớp chuyển động lớn: vai, cánh tay, cẳng chân	2,18 ± 0,64	≤ 3
4	Điểm đặc điểm công việc - Mức hoạt động não lực khi làm việc	2,97 ± 0,39	≤ 3
5	Điểm thời gian quan sát/tập trung chú ý (% ca)	3,76 ± 0,44	≥ 3
6	Điểm làm việc theo ca kíp	2,58 ± 0,71	≤ 3

** Đánh giá điểm theo phân loại theo phân loại hệ thống chỉ tiêu về điều kiện lao động - Ban hành kèm theo thông tư số 03/2025/TT-BLĐTBXH ngày 11 tháng 02 năm 2025 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội*

Kết quả cho thấy: phần lớn điểm các chỉ tiêu đánh giá ở mức bình thường (mức xếp điểm ≤ 3). Có một vài chỉ tiêu ở mức nặng nhọc, căng thẳng thần kinh (mức xếp điểm ≥ 4), như chỉ tiêu tần số nhịp tim trung bình trong suốt ca lao động, các vị trí lao động có nhịp tim trung bình trong ca ở mức từ trung bình đến cao (cao nhất là 113 nhịp/phút).

Ngoài ra một số chỉ tiêu có mức điểm trong giới hạn bình thường, nhưng một số vị trí có thể có mức điểm nặng nhọc, căng thẳng thần kinh (mức xếp điểm ≥ 4), như điểm về lớp chuyển động nhỏ và lớn; thời gian quan sát/ tập trung chú ý (% so với thời gian ca).

3.3.3 Đánh giá một số chỉ tiêu Ecgonômi tư thế lao động

Bảng 7. Đánh giá một số chỉ tiêu Ecgonômi tư thế lao động

TT	Các chỉ tiêu về Ecgonômi	TB $\pm$ SD (n=33)	Mức đánh giá chung
1	Điểm tư thế lao động theo RULA	5,45 $\pm$ 1,35	Nguy cơ trung bình - Một giải pháp điều chỉnh được thực hiện càng nhanh càng tốt
2	Điểm chỉ số SI	4,30 $\pm$ 3,37	Nguy trung bình, trong đó điểm số lớn hơn 5 có thể liên quan đến các rối loạn cơ xương ở chi trên, cần cải thiện trong thời gian gần

Tổng hợp các điểm tư thế lao động (theo RULA) dao động trong khoảng 5,45 $\pm$ 1,35, cho thấy nhiều tư thế cần cải thiện hợp lý hơn. Đặc biệt, các tư thế khó xử như quỳ, ngồi xổm, bò, nằm, hoặc tư thế trong không gian chật hẹp có thể được đánh giá bằng phương pháp RPA, và có thể dẫn đến mức điểm gây hại (>10).

Tổng hợp các điểm SI đánh giá nguy cơ căng thẳng cơ xương ở bàn tay, cổ tay và khuỷu tay do các nhiệm vụ lặp đi lặp lại bằng tay, kết quả điểm SI dao động trong khoảng 4,30 $\pm$ 3,37 cho thấy các rối loạn cơ xương ở chi trên, cần cải thiện trong thời gian gần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Gánh nặng lao động về tinh thần

4.1.1 Các yếu tố tâm lý xã hội tại nơi làm việc

- Các cảm nhận về môi trường lao động: theo kết quả bảng 1, cảm nhận tiếng ồn đều cho rằng ồn ào đến rất ồn. Một số vị trí có cảm nhận có tiếp xúc bụi, rung, hoá chất khi làm việc. Các yếu tố khác như làm việc trên cao, có vật thể chuyển động, cạnh sắc nhọn, không gian chật hẹp cũng có ở nhiều vị trí.

Một báo cáo điều kiện lao động Việt Nam, cho thấy 45% công nhân khu công nghiệp phản ánh nhiệt độ làm việc quá nóng, ảnh hưởng đến 31% năng suất. Theo báo cáo của WHO, 30% lao động toàn cầu báo cáo tiếp xúc với tiếng ồn vượt ngưỡng an toàn, làm tăng 50% nguy cơ mất thính lực [2]. Nhân viên làm việc trong

môi trường thiếu ánh sáng tự nhiên có mức độ stress cao hơn 19% ($\beta = 0,19$, $p < 0,05$) so với nhóm có đủ ánh sáng [3]. Ngoài ra, đánh giá về không gian chật hẹp, 68% nhân viên văn phòng tại Hà Nội cũng cho rằng không gian chật hẹp là nguyên nhân chính gây căng thẳng [4].

- Các đánh giá về cách thức tổ chức công việc: theo kết quả bảng 2, nhiều đánh giá cho rằng mức giải quyết công việc phức tạp, xử lý nhiều nhiệm vụ.

Nghiên cứu về mức yêu cầu công việc và khối lượng công việc, nhân viên với yêu cầu công việc cao nhưng ít quyền kiểm soát có nguy cơ căng thẳng cao gấp 3,2 lần ($OR = 3,2$, $p < 0,01$) [5]. Mức giải quyết công việc và cường độ làm việc, cường độ làm việc >10 tiếng/ngày làm tăng 45% tỷ lệ kiệt sức ($\beta = 0,45$, $p < 0,05$) [6]. Đánh giá mức độ kiểm soát công việc, cho thấy sự tự chủ công việc tăng 34% sự hài lòng ($r = 0,34$) và 28% hiệu suất công việc [7].

- Các yếu tố xã hội tại nơi làm việc: theo kết quả bảng 3, nhiều vị trí cho rằng làm việc một mình, không tiếp xúc với người khác, có camera giám sát. Tuy nhiên, phần lớn đánh giá tốt về công việc được đào tạo rõ, tạo điều kiện tốt cho cân bằng công việc - gia đình.

Đánh giá yếu tố quan hệ giữa các cá nhân, cho thấy mối quan hệ tích cực với đồng nghiệp giảm 32% nguy cơ kiệt sức ($\beta = -0,32$, $p < 0,01$) và tăng 25% mức độ gắn kết công việc [8]. Về công việc không được hướng dẫn và đào tạo, nhân viên không được đào tạo đầy đủ có tỷ lệ mắc lỗi cao gấp 2,5 lần ($OR = 2,5$, $CI\ 95\% [1,8-$

3,4]) và 65% trong số họ cân nhắc nghỉ việc trong năm đầu tiên [9]. Ngoài ra, với yếu tố cân bằng công việc-gia đình, cho thấy nhân viên được linh hoạt thời gian làm việc giảm 30% căng thẳng gia đình ($d = 0,30$) và tăng 22% năng suất [10].

4.1.2 Đánh giá căng thẳng nghề nghiệp tại nơi làm việc

Thống kê về căng thẳng nghề nghiệp của WHO, cho thấy cứ 1 trong 5 người lao động toàn cầu gặp căng thẳng nghề nghiệp, trong đó ngành y tế (37%), giáo dục (28%), và CNTT (25%) có tỷ lệ cao nhất. Còn tại Mỹ có tới 61% nhân viên báo cáo căng thẳng do khối lượng công việc quá tải và 52% do thiếu kiểm soát công việc [11].

Theo đánh giá trên đối tượng của chúng tôi căng thẳng nghề nghiệp phần lớn ở mức bình thường, ít có khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp (kiểm soát tốt căng thẳng).

4.2 Gánh nặng lao động thể chất

4.2.1 Đánh giá rối loạn cơ xương trong công việc

Tỷ lệ đau mỗi cơ xương trong công việc theo kết quả bảng 5, chủ yếu được báo cáo ở cổ, vai, gáy sau đó là vị trí đầu gối, cổ chân, bàn chân, có thể liên quan đến các hoạt động lắp ráp máy với các tư thế với cao, cúi, quỳ, ngồi xổm...

Đánh giá chung về đau mỗi cơ xương do công việc theo WHO & ILO, cho thấy 1,7 tỷ người lao động toàn cầu bị ảnh hưởng bởi WMSDs, chiếm 34% tổng số bệnh nghề nghiệp, trong đó ngành nông nghiệp (42%), xây dựng (38%) và y tế (30%) có tỷ lệ cao nhất [12]

4.2.2 Đánh giá một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động và Ecgonômi

Đánh giá về mức nặng nhọc, căng thẳng thần kinh theo kết quả bảng 6, cho thấy có nhiều chỉ tiêu ở mức nặng nhọc, căng thẳng thần kinh (mức xếp điểm ≥ 4), như chỉ tiêu tần số nhịp tim trung bình trong suốt cao lao động, điểm về lớp chuyển động nhỏ và lớn; thời gian quan sát/tập trung chú ý (% so với thời gian ca).

Nghiên cứu trên 34 nhân viên vận hành điện với tuổi đời trung bình là $35 \pm 6,5$ và thâm niên nghề $11 \pm 7,9$ năm, kết quả cho thấy tần số nhịp tim trung bình trong cao lao động là $81,4 \pm 9,3$ nhịp/phút; tối thiểu là $68,3 \pm 10,0$ nhịp/phút, tương ứng với mức điểm ≤ 3 [13]. Khi nhịp tim >120 bpm kéo dài >2 giờ/ngày làm tăng 35% nguy cơ mệt mỏi tim mạch ở công nhân xây dựng [14].

Khi làm việc phải chú ý liên tục, công việc đa nhiệm làm giảm 40% hiệu suất và tăng 50% lỗi công việc so với ít tập trung chú ý và công việc đơn nhiệm [15].

4.2.3 Đánh giá một số chỉ tiêu Ecgonômi tư thế lao động

Theo kết quả nghiên cứu bảng 7, trong nhiều trường hợp, các vị trí công việc có điểm RULA cao (từ 5-7) thường đi kèm với các báo cáo về đau mỗi cơ xương ở nhiều vị trí trên cơ thể. Một số vị trí lắp ráp vận hành với RULA = 7, đều báo cáo đau mỗi ở cổ, gáy, lưng trên, cổ chân, bàn chân.

Một nghiên cứu của David cho thấy công nhân lắp ráp ô tô có điểm RULA trung bình $6,2 \pm 1,1$, trong đó 62% số họ báo cáo đau cổ/vai sau 1 năm làm việc [16]. Đánh giá điểm RULA trên công nhân xây dựng, cho thấy công nhân đổ bê tông có điểm RULA $7,4 \pm 0,8$, 89% phản nản nhiều về đau thắt lưng mạn tính [17].

Ngoài ra theo kết quả bảng 7, điểm SI càng cao thường liên quan trực tiếp đến căng thẳng cơ xương và đau mỗi, các vị trí có chỉ số SI cao thường đi kèm với nhận xét về cường độ thao tác lặp lại nhiều và có thể gây căng thẳng cơ xương. Một số vị trí có điểm SI >10 đều có báo cáo liên quan đến cường độ thao tác lặp lại nhiều và gây căng thẳng cơ xương với đau mỗi mức độ trung bình đến nặng ở cổ tay, bàn tay, hông, lưng, đầu gối, vai, khuỷu tay.

Đánh giá ở công nhân dây chuyền lắp ráp với SI $\geq 5,0$ có nguy cơ viêm gân cao gấp 3,2 lần (95% CI 2.1-4.9) sau 12 tháng [18]. Nghiên cứu SI trên công nhân điện tử, cho thấy công nhân hàn linh kiện có SI trung bình $6,8 \pm 1,3$, 58% báo cáo tê bàn tay sau 6 tháng làm việc. [19].

Qua kết quả tổng hợp cho thấy điều kiện làm việc đang được duy trì khá tốt, tuy nhiên có một số vấn đề về tư thế lao động cũng như rối loạn cơ xương, cần được cải thiện để đảm bảo sức khỏe của người lao động và đồng thời góp phần nâng cao năng suất lao động như sau:

Thiết kế lại vị trí làm việc: điều chỉnh chiều cao thao tác phù hợp, giảm tư thế cúi gập, với cao, ngồi xổm kéo dài; sử dụng bục kê, bàn nâng, ghế thao tác để hỗ trợ tư thế tốt hơn; thiết kế lại khu vực thao tác, khoảng cách các thiết bị, tạo lối đi lại thông thoáng. Các vị trí tháo lắp máy ở vị trí thấp nên kê máy cao hơn bằng bục kê, để người lao động không phải cúi gập người thao tác, các vị trí tháo lắp phía trên cao cần trang bị bục hoặc thang đứng cho công nhân thao tác.

Giảm gánh nặng thể lực: cung cấp thiết bị hỗ trợ di chuyển, nâng vật nặng như cầu trục, xe đẩy, bàn nâng, tời. Các vị trí tháo và vận chuyển phụ kiện nặng cần được đặt lên xe đẩy vận chuyển.

Tổ chức lại thời gian làm việc: thiết kế lại lịch nghỉ giữa ca hợp lý, nghỉ ngắn 5-10 phút mỗi 2 giờ làm việc.

Thu hút người lao động tham gia cải thiện điều kiện lao động, tham vấn và cho phép người lao động đề xuất cải tiến nơi làm việc của chính họ.

Duy trì và tăng cường chế độ phúc lợi, duy trì các chế độ nghỉ ngơi, dinh dưỡng, chăm sóc sức khỏe.

Duy trì kiểm soát các yếu tố nguy hiểm - có hại: thực hiện kiểm soát các yếu tố nguy hiểm, yếu tố có hại theo quy định tại Chương II Nghị định số 39/2016/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật An toàn, vệ sinh lao động

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, đánh giá gánh nặng lao động tại một nhà máy chế tạo máy biến thế,

chúng tôi có một số kết luận liên quan tới gánh nặng lao động tinh thần và thể chất như sau:

5.1 Gánh nặng lao động tinh thần

Các yếu tố tâm lý xã hội tại nơi làm việc: cảm nhận nhiệt độ, độ thông thoáng không khí, ánh sáng nơi làm việc đều khá tốt; phần lớn cho rằng giải quyết công việc phức tạp, xử lý nhiều nhiệm vụ; phần lớn cho rằng công việc được đào tạo, cân bằng công việc - gia đình

Mức căng thẳng nghề nghiệp tại nơi làm việc: 63,0% ít có khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp (kiểm soát tốt căng thẳng); 37,0% khả năng bị căng thẳng nghề nghiệp ở mức trung bình (kiểm soát tương đối tốt căng thẳng)

5.2 Gánh nặng lao động thể chất

Rối loạn cơ xương trong công việc: 54,6% đau mỗi cổ, vai, gáy; 33,4% đau mỗi khuỷu tay, cổ tay, bàn tay; 39,5% đau mỗi hông/lưng; 42,4% đau mỗi đầu gối, cổ chân, bàn chân

Đánh giá một số chỉ tiêu Tâm sinh lý lao động và Ecgonômi: mức điểm tần số nhịp tim trung bình $4,06 \pm 1,19$, số nhịp điệu động tác nhỏ $2,85 \pm 0,62$, số nhịp điệu động tác lớn $2,18 \pm 0,64$, đặc điểm công việc $2,97 \pm 0,39$, thời gian chú ý $3,76 \pm 0,44$ và điểm làm việc theo ca kíp là $2,58 \pm 0,71$.

Điểm tư thế lao động theo RULA = $5,45 \pm 1,35$, với 55% công nhân có mức RULA ≥ 5 cho thấy tư thế làm việc cần cải thiện. Điểm chỉ số SI = $4,30 \pm 3,37$, một số thao tác có chỉ số SI rất cao, phản ánh nguy cơ cao về rối loạn cơ xương vùng chi trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Greenland S, Salvendy G, Wegman DH, MF. A case-control study of cancer mortality at a transformer-assembly facility. Int Arch Occup Environ Health. 1994; 66 (1): 49 - 54.
2. WHO. Healthy Workplace Framework. 2021.
3. Oldham GR, & Fried Y. Job Design Research and Theory: Past, Present and Future. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2016; 136: 20 - 35.

4. Nguyễn Thị Lan Hương. Ảnh hưởng của môi trường làm việc đến sức khỏe tâm thần người lao động. *Tạp chí Tâm lý học*. 2020; 18 (4): 22 - 39.
5. Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24 (2): 285 - 308.
6. Demerouti E, Arnold BB, Friedhelm N, et al. The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001; 86 (3): 499 - 512.
7. Hackman JR, Oldham GR. Motivation Through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976; 16 (2): 250 - 279.
8. Bakker AB, Demerouti E. Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2017; 22 (3): 273 - 285.
9. Saks AM, Belcourt M. An Investigation of Training Activities and Transfer of Training in Organizations. *Human Resource Management*. 2006; 45 (4): 629 - 648.
10. Greenhaus JH, Allen TD. Work-Family Balance: A Review and Extension of the Literature. In *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 165-183). APA Books, 2011.
11. American Psychological Association. *Stress in the Workplace Survey*. (APA, 2022).
12. WHO & ILO. *Global Estimates of Work-Related Musculoskeletal Disorders*. 2021.
13. Nguyễn Đức Sơn, Nguyễn Thu Hà. Điều kiện lao động và biến thiên nhịp tim trong lao động ở nhân viên vận hành điện. *Tạp chí Hoạt động KHCN An toàn - Sức khỏe & Môi trường lao động*. 2023; Số 1,2&3-2019.
14. European Agency for Safety and Health at Work. *Monitoring Physical Workload Using Heart Rate* (EU-OSHA, 2021).
15. OECD. *The Future of Work: Focus and Concentration in the Digital Age*. 2021.
16. David. Validation of RULA for Assessing Musculoskeletal Risks in Automotive Workers. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2005; 35 (5): 463 - 477.
17. Trần Văn Minh. Rủi ro cơ xương ở công nhân xây dựng sử dụng RULA. *Tạp chí An toàn Lao động*. 2020; 8 (2): 33 - 47.
18. Rempel. Validation of the Strain Index in Manufacturing Workers. *Ergonomics*, 2021; 64(3): 321-335.
19. Lê Văn Tú. Đánh giá rủi ro bằng SI tại nhà máy lắp ráp điện tử. *Tạp chí An toàn Lao động*. 2020; 12 (4): 55-68.

MENTAL AND PHYSICAL WORKLOAD OF WORKERS AT AN ELECTRICAL EQUIPMENT FACTORY IN BAC NINH, 2025

Le Thanh Hai, Nguyen Dinh Trung, Tran Van Dai, Dao Phu Cuong,
 Nguyen Thi Bich Lien, Tran Trong Hieu

National Institute of Occupational and Environmental Health

Workload assessment is an essential step in identifying occupational health risks and ensuring safety and work efficiency. This study aims to describe both mental and physical workload of workers at an electrical equipment manufacturing plant (Bac Ninh, Vietnam) in 2025, using psychophysiological and ergonomic indices, while proposing intervention measures. The study was conducted with 33 workers, with a mean age of 39.4 ± 7.7 years and an average tenure of 10.4 ± 8.7 years. Results showed: heart rate score 4.06 ± 1.19 , small-movement rhythm 2.85 ± 0.62 and large-movement rhythm 2.18 ± 0.64 , task characteristics 2.97 ± 0.39 , attention span 3.76 ± 0.44 , and shift

work 2.58 ± 0.71 . Notably, 55% of workers had a RULA score ≥ 5 , indicating postures requiring improvement. Several operations had a Strain Index (SI) > 10 , reflecting a high risk of upper limb musculoskeletal disorders. The authors propose solutions including appropriate workstation design, improvement of high-risk work processes to reduce postural load, implementation of job rotation, and adjustment of work-rest schedules, particularly for shift workers, to protect workers' health and enhance work efficiency and productivity.

Keywords: Workload; ergonomics; heart rate; RULA; SI; ISO 45003:2021; psychosocial factors; occupational stress

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI KHU VỰC TÂY NGUYÊN, 2022 - 2024

Viên Chinh Chiến*, Trần Thị Trang, Phan Đình Thuận, Bùi Khánh Toàn,
Trần Tường Vi, Nguyễn Thị Tuyết Vân
Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên, Đắk Lắk

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết dengue tại khu vực Tây Nguyên, 2022 - 2024. Chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu. Các ca bệnh SXHD tại khu vực Tây Nguyên được báo cáo theo hệ thống giám sát của khu vực. Các biến số chính được phân tích là xu hướng mắc bệnh theo đối tượng, thời gian và không gian, cũng như lưu hành typ vi rút Dengue. Kết quả ghi nhận 55.777 trường hợp bệnh SXHD, 24 trường hợp tử vong, trung bình 18.592 trường hợp bệnh/năm. Năm 2022 trùng với chu kỳ đỉnh dịch trước đây tại Tây Nguyên với 26.349 ca mắc/11ca tử vong). Tuy nhiên, khác với giai đoạn trước 2022, giai đoạn 2022-2024 sau năm đỉnh dịch (2022) số mắc chỉ giảm 50,8%, năm 2024 số mắc lại tăng 26,9% so với năm 2023. Ca mắc ghi nhận tất cả các tháng trong năm, tăng cao từ tháng 5 đạt đỉnh tháng 9, giảm chậm các tháng cuối năm. Tỷ lệ mắc của nam (51%) khá tương đồng với nữ (49%), nhóm tuổi ≥ 15 chiếm ưu thế (70,9%), nghề nông chiếm 42,9%, học sinh 28,6%. Typ vi rút lưu hành chính là typ D2, (lần lượt năm 2022, 2023, 2024: 74,2%, 67,1%, 77,1%), tiếp đến là typ D1 (23,5%, 31,2%, 22,9%), năm 2022 là năm duy nhất phân lập được 4 typ huyết thanh. Số mắc/100.000 dân lần lượt là Đắk Nông (533 ca), Gia Lai (446 ca), Đắk Lắk (389 ca), Kon Tum (110 ca). Không còn rõ năm đỉnh dịch và năm không có dịch mà cả 3 năm đều có dịch (mắc $>150/100.000$ dân). Các tỉnh cần điều chỉnh chiến lược phòng, chống SXHD phù hợp với mô hình mới

Từ khóa: Dịch tễ học; sốt xuất huyết dengue; khu vực Tây Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút Dengue gây ra, lây lan chủ yếu qua muỗi vằn *Aedes aegypti*. Trong vài thập kỷ trở lại đây, tỷ lệ mắc SXHD tăng nhanh trên toàn cầu, từ 505.430 trường hợp năm 2000 lên tới 6,5 triệu trường hợp và hơn 7.300 trường hợp tử vong vào năm 2023. Hiện bệnh lưu hành tại hơn 128 quốc gia, tập trung ở các vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới, Đông Nam Á là một trong những khu vực chịu ảnh hưởng nặng nhất. Ước tính mỗi năm có khoảng 100-400 triệu ca nhiễm, đồng nghĩa với việc khoảng một nửa dân số thế giới đang có nguy cơ mắc bệnh sốt xuất huyết dengue [1].

Tại Việt Nam, SXHD lưu hành rộng rãi và có xu hướng tăng trong những giai đoạn gần đây. Trong giai đoạn 1999–2020, tỷ lệ mắc SXHD tăng trung bình 9,6% mỗi năm, mặc dù đã có nhiều nỗ lực giám sát, kiểm soát và phòng chống dịch bệnh [2]. Riêng tại khu vực Tây Nguyên, từ năm 1999-2019 SXHD, SXHD bùng phát theo chu kỳ 4-5 năm/lần, sau mỗi năm đỉnh dịch các năm tiếp theo số mắc giảm rất mạnh tới 80-90% (năm 2010: 13.255 ca, năm 2011: 484 ca, năm 2012: 1.891ca; năm 2016: 32.456 ca, năm 2017: 6.297 ca, năm 2018: 5.309 ca; năm 2019: 41.725 ca, năm 2020: 7.685 ca, năm 2021: 3.788 ca) [2, 3]. Tuy nhiên đến giai đoạn 2022 – 2024, năm 2022 dịch SXHD bùng phát mạnh tại Tây nguyên với 26.349 ca mắc và 11

*Tác giả: Viên Chinh Chiến

Địa chỉ: Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

Số điện thoại: 0914 059 557

Email: chienvc66@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

ca tử vong [3] tuy nhiên những năm tiếp theo (2023-2024) số mắc lại giảm không như chu kỳ trước kia.

Nhiều yếu tố đang tác động làm thay đổi đặc điểm dịch tễ học của bệnh, bao gồm biến đổi khí hậu với nhiệt độ tăng, lượng mưa, độ ẩm cao, quá trình đô thị hóa ngày càng phát triển, đặc biệt sự lưu hành đồng thời của bốn týp huyết thanh Dengue (DEN-1 đến DEN-4) [1] giai đoạn 2022-2024 cũng là giai đoạn hậu Covid nên cũng có những tác động làm thay đổi đặc điểm dịch tễ học của bệnh. Bên cạnh đó, cơ cấu tuổi mắc bệnh cũng có sự thay đổi tương đối, với xu hướng gia tăng ở người lớn và nhóm lao động di cư, không còn tập trung ở trẻ em như các giai đoạn trước [3]. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực Tây Nguyên năm 2022-2024” với mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết dengue tại khu vực Tây Nguyên, 2022 – 2024 (xu hướng mắc bệnh theo đối tượng, thời gian và không gian, cũng như lưu hành týp vi rút Dengue). Từ đó nhằm giúp cho việc xây dựng chiến lược giám sát, dự báo và phòng chống SXHD hiệu quả, phù hợp với bối cảnh thực tế của khu vực Tây Nguyên.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các ca bệnh SXHD tại khu vực Tây Nguyên được báo cáo theo hệ thống giám sát của khu vực (từ các CDC tỉnh báo cáo về Viện hàng tháng).

Định nghĩa ca bệnh giám sát/ca bệnh xác định theo Quyết định số 3711/QĐ-BYT, ngày 19/9/2014 của Bộ Y tế về “Hướng dẫn giám sát và phòng chống sốt xuất huyết Dengue” [4].

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: 04 tỉnh khu vực Tây Nguyên (Đắk Nông, Đắk Lắk, Gia Lai, Kon Tum).

Thời gian hồi cứu số liệu nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu số liệu.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tất cả các ca bệnh SXHD được báo cáo trong thời gian nghiên cứu, tổng là 55.777 trường hợp bệnh.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Hồi cứu toàn bộ những trường hợp mắc SXHD được ghi nhận từ tháng 01/2022 đến tháng 31/12/2024 tại 04 tỉnh khu vực Tây Nguyên.

2.6 Biến số, chỉ số nghiên cứu

Số mắc, tỷ lệ mắc theo tuổi, giới, nghề nghiệp, theo thời gian, theo địa phương, theo phân độ, theo týp vi rút, tỷ lệ chết/mắc, tỷ lệ mắc/100.000 dân

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật 04 tỉnh (Đắk Nông, Đắk Lắk, Gia Lai, Kon Tum) khu vực Tây Nguyên thu thập thông tin ca bệnh hàng ngày dựa trên mẫu báo cáo của hệ thống giám sát thường xuyên bệnh SXHD báo cáo về Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên. Số liệu týp vi rút được các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tập hợp mẫu từ các huyện trong đó ưu tiên lấy mẫu những ca bệnh đầu tiên và dương tính test nhanh NS1 gửi lên khoa Vi sinh miễn dịch của Viện để xét nghiệm theo kỹ thuật Realtime PCR, lấy toàn bộ các mẫu được gửi tới khoa Vi sinh miễn dịch trong giai đoạn 2022-2024.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

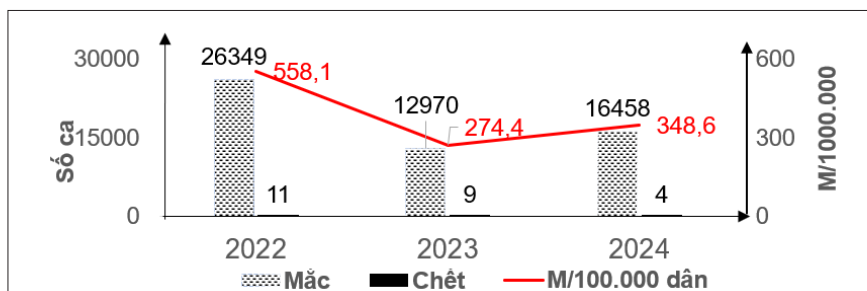
Sử dụng Excel phân tích, tính tỷ lệ. Số liệu được trình bày bằng bảng, biểu đồ, đồ thị.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Số liệu nghiên cứu thu thập hồi cứu từ hệ thống giám sát SXHD thường quy, sử dụng một cách trung thực, khách quan và chỉ phục vụ cho đúng mục đích nghiên cứu. Việc truy suất và sử dụng dữ liệu được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên.

III. KẾT QUẢ

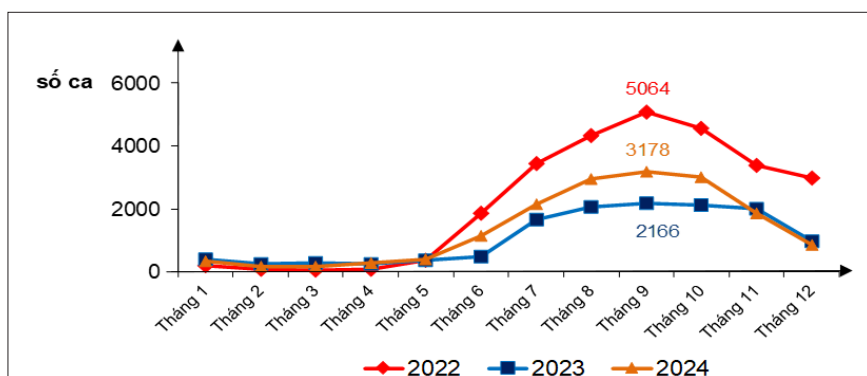
3.1 Phân bố ca mắc SXHD theo thời gian khu vực Tây Nguyên, 2022-2024



Hình 1. Phân bố ca mắc SXHD, 2022-2024 tại khu vực Tây Nguyên

Giai đoạn 2022-2024 khu vực Tây Nguyên ghi nhận tổng cộng 55.777 ca SXHD và tử vong 24 ca, tỷ lệ tử vong trên ca mắc $\approx 0,043\%$. Năm 2022 ghi nhận ca mắc/ chết cao nhất (M/C:

26.349/11 trường hợp); năm 2023 số mắc giảm 50,8% (13.379 trường hợp), song năm 2024 số mắc tăng 3.488 ca so với 2023 (26,9%).



Hình 2. Phân bố ca mắc SXHD theo tháng tại khu vực Tây Nguyên

Giai đoạn 2022-2024 khu vực Tây Nguyên ghi nhận ca mắc SXHD ở tất cả các tháng, có dấu hiệu tăng từ tháng 5 (vào mùa mưa), đạt

đỉnh vào tháng 9 (năm 2022: 5.064 ca; năm 2023: 2.166 ca; năm 2024: 3.178 ca) và giảm từ tháng 10 đến tháng 12 trong năm.

3.2 Phân bố ca SXHD theo tỉnh khu vực Tây Nguyên năm 2022-2024

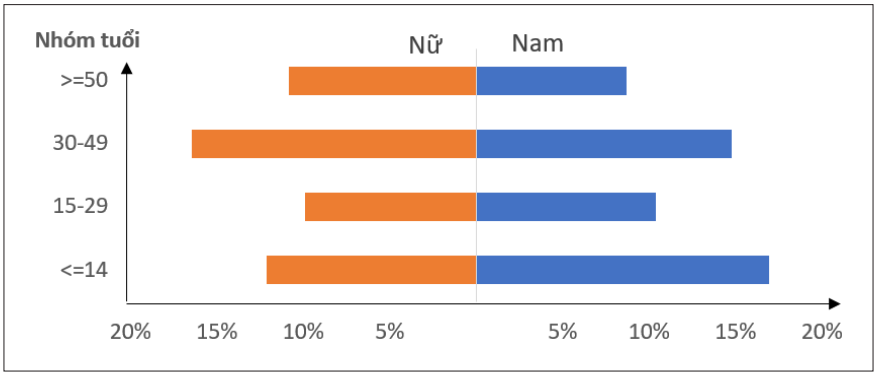
Bảng 1. Số ca (M/C) SXHD theo tỉnh, 2022-2024 khu vực Tây Nguyên

Địa phương	Năm 2022		Năm 2023		Năm 2024		Tổng	
	M/C	M/ 100.000 dân	M/C	M/ 100.000 dân	M/C	M/ 100.000 dân	M/C	M/ 100.000 dân
Đắk Lắk	10.352 /10	532,4	4.970 /6	255,6	7.372 /3	379,1	22.694 /19	389,0
Gia Lai	11.595 /1	747,2	5.957 /3	383,9	3.228 /0	208,0	20.780 /4	446,3
Đắk Nông	3.427 /0	525,9	1.599 /0	245,4	5.392 /1	827,5	10.418 /1	532,9
Kon Tum	975/0	168,5	444/0	76,7	466/0	81,4	1.885/0	109,7
Tổng	26.349 /11	557,5	12.970 /9	274,4	16.458 /4	348,6	55.777 /24	393,8

M: Mắc; C: chết.

Giai đoạn 2022-2024, khu vực Tây Nguyên ghi nhận ca mắc SXHD/100.000 dân theo tỉnh lần lượt là Đắk Nông (533 ca), Gia Lai (446 ca), Đắk Lắk (389ca), Kon Tum (110 ca).

3.3 Phân bố ca SXHD theo nhóm tuổi và giới tính, tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2022-2024

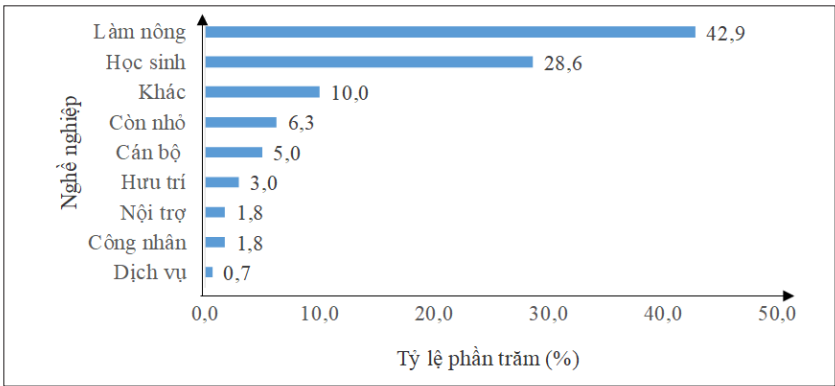


Hình 3. Phân bố ca SXHD theo giới và tuổi (n=55.464)

Giai đoạn 2022-2024, tại khu vực Tây Nguyên tỷ lệ mắc SXHD theo giới nam và nữ khá tương đồng (51% & 49%). Tuy nhiên tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi thì nhóm tuổi ≥ 15 chiếm

70,9%, trong đó nhóm 30-49 tuổi chiếm cao nhất (31%), nhóm <15 tuổi chỉ chiếm 29,1% trong tổng ca SXHD.

3.4 Phân bố ca SXHD theo nghề nghiệp, 2022-2024 tại khu vực Tây Nguyên



Hình 4. Phân bố ca SXHD theo nghề nghiệp (n=55.464)

Giai đoạn 2022-2024, tỷ lệ SXHD theo nghề nghiệp tại Tây Nguyên chủ yếu là làm nông (42,9%), học sinh (28,6%).

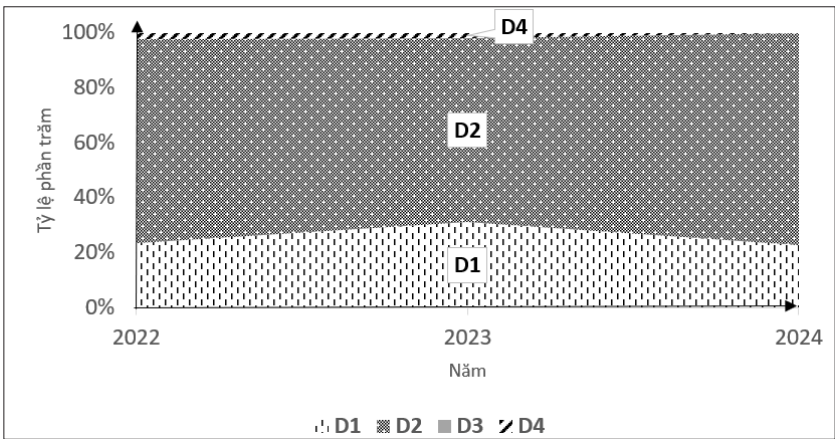
3.5 Phân bố ca SXHD theo phân độ, 2022-2024 tại khu vực Tây Nguyên

Bảng 2. Số ca SXHD theo phân độ, 2022-2024 khu vực Tây Nguyên

Phân độ	Năm 2022		Năm 2023		Năm 2024		Tổng	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
SXHD và SXHD cảnh báo	26.188	99,4	12.789	98,6	16.280	98,9	55.250	99,1
SXHD nặng	161	0,6	188	1,4	178	1,1	527	0,9

Giai đoạn 2022-2024, phân độ SXHD tại Tây Nguyên gần như là SXHD và SXHD cảnh báo (99,1%).

3.6 Sự lưu hành các tý vi rút dengue, 2022-2024 tại khu vực Tây Nguyên



Hình 5. Sự lưu hành các tý vi rút dengue, tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2022-2024 (n = 2.377)

Tổng thể chung giai đoạn 2022-2024, tỷ lệ vi rút D2 chiếm chủ đạo (lần lượt 3 năm là 74,2%, 67,1%, 77,1%), tiếp đến là tỷ lệ vi rút D1 (lần lượt 3 năm là 23,5%, 31,2%, 22,9%). Năm 2022 ghi nhận số trường hợp bệnh SXHD tăng cao đồng thời ghi nhận có sự lưu hành của cả 04 tỷ lệ vi rút dengue (D3 chỉ có 01 ca tại Đắk Lắk). Năm 2023 và 2024 không ghi nhận sự lưu hành tỷ lệ vi rút D3.

IV. BÀN LUẬN

Từ năm 2022 đến 2024, khu vực Tây Nguyên ghi nhận tổng cộng 55.777 ca mắc và 24 ca tử vong do SXHD, tỷ lệ tử vong là 0,04% và số mắc trung bình mỗi năm 18.592 trường hợp. Tỷ lệ này cao hơn mức tử vong chung của SXHD trên toàn quốc trong cùng giai đoạn [4 - 6], số mắc trung bình cao hơn gấp gần 03 lần so với giai đoạn 2000-2020 (mắc trung bình 6.297 trường hợp) của khu vực [7]. Năm 2022 được xác định là năm dịch lớn, với số mắc và tử vong cao nhất (26.349 ca mắc, 11 ca tử vong). Sang năm 2023, số ca mắc giảm 50,8% so với năm 2022, năm 2024 lại ghi nhận số ca mắc tăng trở lại 26,9%, điều này hoàn toàn khác so với giai đoạn 2010-2020 tại khu vực (sau năm dịch lớn thì năm sau đó số mắc giảm dao động từ 80,8%-94,9%) [7]. Sự biến động của dịch SXHD giai đoạn 2022-2024 tại Tây Nguyên có xu hướng khá giống với khu vực miền Nam, điển hình là tại Đắk Nông, số mắc SXHD năm 2024 (5392 ca) tăng gần gấp đôi so với năm 2022 (3427 ca), tương tự như kết quả ở Lâm Đồng và các tỉnh phía Nam [8]. Đây có lẽ là điểm khác biệt lớn nhất của dịch SXHD tại Tây Nguyên giai đoạn 2022-2024, có khả năng mô hình dịch đã thay đổi, xu hướng giống miền Nam tức là không còn đỉnh dịch điển hình theo chu kỳ như giai đoạn 2019 trở về trước mà có sự đan xen năm mắc nhiều và năm mắc ít (vì cả 3 năm giai đoạn này đều vượt ngưỡng 150 ca /100.000 dân). Căn nguyên của sự bất thường này do tác động biến đổi khí hậu hay ảnh hưởng của hậu quả đại dịch Covid-19 thì cần có theo dõi, nghiên cứu sâu hơn để làm sáng tỏ. Sự thay đổi chu kỳ dịch tại Tây Nguyên giai đoạn này

cho thấy sự khó lường của SXHD trong giai đoạn hiện nay [7, 9].

Phân bố ca bệnh SXHD tại Tây Nguyên trong giai đoạn nghiên cứu cho thấy tính chất lưu hành quanh năm, tuy nhiên số mắc thường tăng mạnh từ tháng 5, đạt đỉnh vào tháng 9 trùng với mùa mưa tại Tây Nguyên, là mùa có điều kiện thuận lợi cho muỗi truyền bệnh phát triển. Ở giai đoạn 2022 trở về trước, trừ năm đỉnh dịch còn lại các ca SXHD thường không xuất hiện từ tháng 1-3 và tháng 10-12, nhưng giai đoạn 2022-2024 sang tháng 10 các ca mắc có giảm song vẫn lưu hành ở mức khá cao (hình 2), khá giống với diễn biến dịch theo tháng của khu vực phía Nam [8]. Kết quả này càng củng cố sự biến đổi chu kỳ dịch SXHD tại Tây Nguyên giai đoạn 2022-2024 đang có xu hướng giống với khu vực miền Trung và miền Nam [8 - 12].

Đáng chú ý, phân bố bệnh SXHD giữa các tỉnh không đồng đều. Tỉnh Đắk Lắk ghi nhận số ca mắc và tử vong cao nhất (22.694 ca mắc, 19 tử vong), tiếp theo là Gia Lai và Đắk Nông. Tỉnh Kon Tum có số mắc thấp nhất (1.885 ca) và không ghi nhận tử vong. Sự khác biệt này có thể liên quan đến mật độ dân cư, tốc độ đô thị hóa, khả năng giám sát, cũng như mức độ triển khai các biện pháp phòng chống dịch, cũng như ảnh hưởng dịch từ các vùng lân cận [9 - 12]. Tuy nhiên, xét theo tỷ lệ mắc/100.000 dân hàng năm thì cao nhất là Đắk Nông (tỉnh giáp với Nam bộ) 1.599 ca, Gia Lai 1.339 ca, Đắk Lắk 1.167 ca, Kon Tum 329 ca (bảng 1) cho thấy các tỉnh Tây Nguyên đang có xu hướng diễn biến dịch giống như miền Nam (ngoại trừ Kon Tum).

Tỷ lệ mắc SXHD giữa nam và nữ khá tương đồng (51% nam, 49% nữ), cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về giới tính trong nguy cơ phơi nhiễm, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [8 - 12]. Tuy nhiên, khi phân tích theo nhóm tuổi, tỷ lệ mắc ở người ≥ 15 tuổi chiếm ưu thế (70,9%), đặc biệt nhóm 30-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31%). Điều này khác với mô hình dịch tế trước đây, vốn ghi nhận SXHD chủ yếu ở trẻ em, phản ánh xu hướng dịch chuyển nhóm

tuổi mắc bệnh, có thể do miễn dịch cộng đồng ở trẻ em tăng lên và người lớn ít có miễn dịch bảo vệ, xu hướng này cũng tương đồng với các khu vực trên cả nước [8 - 12].

Phân tích nghề nghiệp cho thấy nhóm làm nông chiếm tỷ lệ mắc cao nhất (42,9%), tiếp theo là học sinh (28,6%). Kết quả này cho thấy nguy cơ tiếp xúc với muỗi vẫn truyền bệnh cao hơn ở những người lao động ngoài trời và học sinh do sinh hoạt tại môi trường thuận lợi cho muỗi sinh sôi như các vùng trồng trọt, chăn nuôi, trường học. Ở khu vực miền Bắc học sinh chiếm đa số tổng trường hợp mắc SXHD, rồi đến lao động tự do và cán bộ văn phòng [10].

Một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến đặc điểm dịch tễ học là sự lưu hành của các týp huyết thanh vi rút Dengue. Năm 2022, ghi nhận sự lưu hành đồng thời cả bốn týp (D1–D4), điều này được xem là yếu tố góp phần làm bùng phát dịch lớn do tăng nguy cơ xảy ra nhiễm thứ phát và biến chứng nặng [9]. Năm 2023 và 2024 không ghi nhận týp D3, tuy nhiên D2 tiếp tục là týp lưu hành chủ đạo (tỷ lệ chiếm 74,2% năm 2022; 67,1% năm 2023; 77,1% năm 2024), theo sau là D1. D2 đã được ghi nhận có liên quan đến các đợt dịch SXHD nghiêm trọng trên cả nước [9].

V. KẾT LUẬN

Khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2022–2024 ghi nhận 55.777 ca mắc SXHD trong đó có 24 ca tử vong. Không còn chu kỳ dịch rõ ràng như trước mà cả 3 năm đều có dịch khá lớn với số ca/100.000 dân là từ 274,4 (năm 2023) – 557,5 (năm 2022), ca mắc tăng từ tháng 5-tháng 9 (trùng với mùa mưa).

Không có sự khác biệt về giới nam 51% và nữ 49%, nhưng có sự gia tăng tỷ lệ mắc theo độ tuổi, độ tuổi > 15 chiếm 70,9% tổng ca mắc.

Năm 2022 là năm dịch bùng phát mạnh nhất có sự lưu hành đồng thời của cả 04 týp vi rút Dengue, các năm týp vi rút lưu hành chủ yếu là D2 (74,2%, 67,1%, 77,1%) và D1 (23,5%, 31,2%, 22,9%).

Giai đoạn 2022-2024, khu vực Tây Nguyên ghi nhận ca mắc SXHD/100.000 dân theo tỉnh lần lượt là Đắk Nông (533 ca), Gia Lai (446 ca), Đắk Lắk (389ca), Kon Tum (110 ca).

Các tỉnh khu vực Tây Nguyên phải điều chỉnh các chiến lược phòng, chống dịch SXHD phù hợp hơn với mô hình mới (năm nào cũng phải sẵn sàng chống dịch).

Tiếp tục theo dõi, nghiên cứu diễn biến dịch hàng năm để cảnh báo sớm và đáp ứng kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Dengue and severe dengue. Truy cập ngày 17/3/2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
2. Tòng Thị Thu Hà, Vũ Hải Hà, Phạm Quang Thái và cộng sự. Sốt xuất huyết Dengue tại Việt Nam giai đoạn 1999 - 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 13 - 14.
3. Trần Thị Trang, Phan Đình Thuận, Bùi Khánh Toàn và cộng sự. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực Tây Nguyên năm 2022. Tạp chí Y học dự phòng. 2023; 33 (6): 23 - 29.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn giám sát và phòng chống sốt xuất huyết Dengue. Số 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/2014; 2. Bộ Y tế. Ban hành Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2022. Số 165/QĐ-BYT ban hành ngày 21/01/2022.
5. Bộ Y tế. Ban hành Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2023. Số 1331/QĐ-BYT ban hành ngày 10/03/2023.
6. Bộ Y tế. Ban hành Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2025. Số 270/QĐ-BYT ban hành ngày 22/01/2025.
7. Viên Chinh Chiến, Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Lê Mạnh Hùng và cộng sự. Thực trạng bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực Tây Nguyên, giai đoạn 2000 – 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 48 – 51.
8. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh. Báo cáo Tổng kết Hoạt động phòng chống sốt xuất huyết Dengue khu vực phía Nam năm 2024 và Kế hoạch năm 2025. Ban hành 04/2025.
9. Nguyễn Thị Tuyết Vân, Phan Thị Tuyết Nga, Lê Văn Tuấn và cộng sự. Sự lưu hành của các týp huyết thanh vi rút Dengue gây bệnh sốt xuất huyết tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2003 – 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 65 – 68.

10. Trần Như Dương, Vũ Trọng Được, Phạm Tuấn Anh và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue tại miền Bắc Việt Nam từ 1998 - 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 19 – 22.
11. Nguyễn Thành Đông, Nguyễn Xuân Hiếu, Nguyễn Đình Lượng và cộng sự. Thực trạng sốt xuất huyết Dengue ở tỉnh Khánh Hòa giai đoạn 20 năm, 2000 - 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 56 – 61.
12. Ngô Văn Đình, Lương Chấn Quang, Diệp Thanh Hải và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực phía Nam giai đoạn 2001 - 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (2): 27 – 33.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN THE CENTRAL HIGHLANDS OF VIETNAM, 2022–2024

Vien Chinh Chien, Tran Thi Trang, Phan Dinh Thuan, Bui Khanh Toan,
Tran Tuong Vi, Nguyen Thi Tuyet Van
Institute of Hygiene and Epidemiology of Tay Nguyen (TIHE), Dak Lak

This study aims to describe epidemiological characteristics of dengue hemorrhagic fever (DHF) in 4 provinces of the Central Highlands of Vietnam, 2022–2024. Study design of descriptive study using retrospective data was conducted. DHF cases were reported from regional surveillance system. The main variables were analyzed including DHF trends by person, time, space and dengue virus subtypes. We recorded 55,777 dengue cases 24 deaths, an average of 18,592 cases per year. In 2022, the Central Highlands experienced a peak epidemic cycle with 26,349 cases and 11 deaths. However, unlike previous cycles, the number of cases during 2022–2024 declined by only 50.8% after the peak year, and in 2024 cases increased by 26.9% compared with 2023. Cases were recorded in all months of the year, increasing from May, peaking in September, and decreasing slowly in the last months of the year. The proportion of males (51%) was nearly equal to that of females (49%). Adults

aged ≥ 15 years accounted for the majority of cases (70.9%). Farmers accounted for 42.9%, while students represented 28.6%. The predominant circulating serotype was DENV-2, accounting for 74.2%, 67.1% and 77.1% of cases in 2022, 2023 and 2024, respectively; followed by DENV-1 (23.5%, 31.2%, 22.9%). Notably, 2022 was the only year in which all four DENV serotypes were detected. The number of cases/100,000 people was highest in Dak Nong (533 cases), followed by Gia Lai (446 cases), Dak Lak (739 cases) and An Khê (110 cases). The distinction between epidemic and non-epidemic years was no longer observed, as incidence rates exceeded 150 cases per 100,000 population in all three years. Dengue prevention and control strategies at the provincial level have been adjusted to align with this emerging pattern.

Keywords: Epidemiology; Dengue fever; Central Highlands region.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA CỘNG ĐỒNG THIỂU SỐ TÍNH DỤC (LGBTIQ+) TẠI PHÒNG KHÁM NÂNG CAO SỨC KHỎE TÌNH DỤC, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2022-2024

Đậu Sỹ Nguyên¹, Nguyễn Đức Khánh², Lê Bảo Châu³, Bùi Thị Minh Hảo^{1*}

¹*Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lâm dụng chất – HIV, Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Đại học Bắc Carolina tại Chapel Hill, Bắc Carolina, Hoa Kỳ*

³*Trường Đại học Y tế Công cộng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) và một số yếu tố ảnh hưởng của cộng đồng thiểu số tính dục (LGBTIQ+) tại Phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022-2024- đơn vị cung cấp dịch vụ dự phòng HIV, sức khỏe tình dục, sức khỏe tinh thần và lạm dụng chất cho cộng đồng LGBTIQ+. Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng - sử dụng 2.942 phiếu khảo sát đã thu thập trong hoạt động đánh giá sự hài lòng tại SHP từ 01/2022 - 09/2024, với phương pháp định tính - phỏng vấn sâu 14 người gồm người sử dụng DVYT và cán bộ/ nhân viên y tế (CBNVYT) vào 03/2025. Kết quả: 97,7% người sử dụng DVYT là nam quan hệ tình dục đồng giới, 91,9% dưới 35 tuổi. Dịch vụ sử dụng gồm PrEP (76,7%), xét nghiệm HIV (74,6%), khám, điều trị STIs (34,5%). Hài lòng chung đạt 98,3%, năng lực chuyên môn là 98,5%, quy trình thăm khám là 97,8%, tiếp cận dịch vụ là 97,6%, thái độ CBNVYT là 97,5%, cơ sở vật chất cảnh quan là 92,7%; 95,7% sẵn sàng quay lại hoặc giới thiệu dịch vụ. Cung cấp dịch vụ miễn phí, CBNVYT thấu cảm là yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến sự hài lòng. Cải thiện cơ sở vật chất, can thiệp sức khỏe tinh thần có thể giúp nâng cao mức độ hài lòng.

Từ khóa: Hài lòng người sử dụng dịch vụ y tế; PrEP; sức khỏe tình dục; LGBTIQ+; chất lượng dịch vụ y tế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế được xem là một chỉ báo quan trọng phản ánh chất lượng dịch vụ y tế, thể hiện mức độ phù hợp giữa kỳ vọng và trải nghiệm thực tế của người sử dụng trong quá trình tiếp cận, sử dụng dịch vụ. Khi chất lượng dịch vụ vượt trên kỳ vọng, sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế sẽ gia tăng, ngược lại sẽ suy giảm khi chất lượng dịch vụ nhận được thấp hơn kỳ vọng của họ [1]. Trong bối cảnh y tế hiện đại, sự hài lòng vừa là mục tiêu, vừa là chỉ số đo lường hiệu quả cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các cơ

sở khám chữa bệnh [2]. Tại Việt Nam, cộng đồng tính dục thiểu số gồm Đồng tính nữ, Đồng tính nam, Song tính, Chuyển giới, Queer hoặc đang trong giai đoạn tìm hiểu bản thân và khác (LGBTIQ+) phải đối mặt với nhiều thách thức trong tiếp cận dịch vụ y tế do định kiến xã hội, kỳ thị và phân biệt đối xử, thiếu cơ sở cung cấp dịch vụ thân thiện. Điều này gia tăng nguy cơ mắc và trầm trọng hóa các vấn đề sức khỏe thể chất và tâm thần của cộng đồng này [3]. Được thành lập vào năm 2013, Phòng khám Nâng cao Sức khỏe tình dục (SHP), Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là phòng khám tiên phong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng

*Tác giả: Bùi Thị Minh Hảo

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Số điện thoại: 0904 490 469

Email: buiminhhao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/07/2025

Ngày phản biện: 20/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

tính dục thiểu số và dễ tổn thương với đa dạng dịch vụ y tế bao gồm PrEP, xét nghiệm, điều trị STIs, tư vấn về giới, xu hướng tính dục và sức khỏe tâm thần tại Hà Nội [4]. Trong quá trình cung cấp dịch vụ cho cộng đồng này, Phòng khám SHP đã thu nhận được nhiều ý kiến đóng góp của người sử dụng dịch vụ y tế để từng bước nâng cao dịch vụ, đáp ứng tốt hơn nhu cầu cộng đồng. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế, một trong số những chỉ số quan trọng cho hoạt động cải thiện và nâng cao chất lượng phòng khám trong thời gian tới. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế và một số yếu tố ảnh hưởng của cộng đồng thiểu số tính dục (LGBTIQ+) tại Phòng khám SHP năm 2022-2024, từ đó cung cấp cơ sở thực tiễn cho triển khai hoạt động cải tiến chất lượng dịch vụ tại phòng khám trong tương lai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tổng số 2.942 bảng khảo sát hợp lệ thu nhận từ hoạt động thu nhận phản hồi nâng cao chất lượng Phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục (SHP), được triển khai từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2024 được đưa vào phân tích định lượng. Người sử dụng dịch vụ y tế và nhân viên y tế được mời tham gia phỏng vấn định tính với 14 cuộc phỏng vấn sâu trong tháng 03-04/2025.

2.2 Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Phòng khám SHP, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 04 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp đồng thời định lượng và định tính.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số 2.942 bảng khảo sát đầy đủ thông tin trên tổng số 3474 bảng hỏi thu nhận được

trong Hoạt động thu nhận phản hồi đánh giá và nâng cao chất lượng nhằm cải thiện chất lượng liên tục được phòng khám triển khai từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2024 được đưa vào phân tích định lượng. Nghiên cứu định tính thực hiện 14 cuộc phỏng vấn sâu người sử dụng dịch vụ y tế và cán bộ, nhân viên y tế vào tháng 03/2025.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu phân tích toàn bộ bảng khảo sát đủ điều kiện trong cơ sở dữ liệu thứ cấp của hoạt động thu nhận phản hồi nâng cao chất lượng SHP. Khung dữ liệu bao gồm tất cả các phiếu phản hồi hợp lệ trong giai đoạn nghiên cứu; sau làm sạch (loại trừ bản ghi trùng và bản ghi thiếu biến cốt lõi), toàn bộ bảng khảo sát còn lại được đưa vào phân tích.

Chọn mẫu có chủ đích đối với nghiên cứu định tính.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu được trích xuất từ dữ liệu thứ cấp bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (*tuổi, giới, thời điểm phản hồi, kênh phản hồi, loại dịch vụ sử dụng*); đánh giá chất lượng dịch vụ (*khả năng tiếp cận, quy trình sử dụng dịch vụ, cơ sở vật chất, thái độ và năng lực nhân viên y tế, mức độ hài lòng chung, khả năng quay lại sử dụng dịch vụ*). Nghiên cứu định tính dựa trên nhóm chủ đề bao gồm: nhân lực y tế; hệ thống thông tin y tế; được, trang thiết bị Y tế, công nghệ, hạ tầng; tài chính; quản lý, điều hành.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu định lượng sử dụng dữ liệu thứ cấp từ chương trình thu nhận phản hồi nâng cao chất lượng của Phòng khám SHP. Bảng hỏi điện tử được thiết kế trên REDCap, do nhóm cán bộ quản lý phòng khám, đồng thời là nhóm tác giả của nghiên cứu thiết kế, gồm ba phần: thông tin chung của người sử dụng dịch vụ y tế (*cơ sở sử dụng dịch vụ, giới, tuổi, dịch vụ gần đây nhất; số điện thoại liên lạc không bắt buộc*); đánh giá dịch vụ theo 5 lĩnh vực: tiếp cận, quy trình sử dụng dịch vụ, cơ sở vật chất và cảnh quan, thái độ, ứng xử của cán bộ,

nhân viên y tế, năng lực chuyên môn; đánh giá chung về phòng khám. Cuối bảng hỏi có một câu hỏi mở (không bắt buộc): “Bạn có thể chia sẻ một vài cảm nhận của bạn về phòng khám SHP...”. Các mục đánh giá chất lượng sử dụng thang Likert 5 mức từ “Rất không hài lòng” đến “Rất hài lòng”. Ý định quay trở lại được đo bằng một câu hỏi 4 mức: “Chắc chắn không bao giờ quay lại”, “Không muốn quay lại nhưng không có nhiều lựa chọn khác”, “Có thể sẽ quay lại”, “Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác”. Sau mỗi lần sử dụng dịch vụ, người sử dụng được mời trả lời qua máy tính bảng tại phòng khám theo nhiều hình thức: quét mã QR để trả lời trên điện thoại, nhận đường dẫn qua Zalo, hoặc truy cập đường dẫn đăng trên trang Facebook của phòng khám. Nghiên cứu định tính thực hiện 14 phỏng vấn sâu (PVS) trong thời gian tháng 03-04/2025, gồm 8 người sử dụng dịch vụ y tế có thời gian trải nghiệm đa dạng dịch vụ tại phòng khám giai đoạn 2022-2024 và 6 cán bộ, nhân viên y tế trên 1 năm công tác trực tiếp tại phòng khám. PVS được tiến hành tại phòng phỏng vấn thuộc khu nghiên cứu của phòng khám, bảo đảm riêng tư và an toàn; mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài khoảng 60 phút, ghi âm khi có đồng thuận (trường hợp không ghi âm, phỏng vấn viên ghi chép đầy đủ và xác nhận lại nội dung với người tham gia sau khi kết thúc). Bộ hướng dẫn phỏng vấn dành cho cán bộ, nhân viên y tế và cho người sử dụng dịch vụ y tế được xây dựng bám sát các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hài lòng gồm: nhân lực y tế; hệ thống thông

tin y tế; được, trang thiết bị y tế, công nghệ, hạ tầng; tài chính; quản lý và điều hành. Tất cả người tham gia đều được giải thích rõ ràng về tính tự nguyện, bảo mật, lợi ích và rủi ro; phỏng vấn chỉ tiến hành khi có chấp thuận.

2.8 Xử lý phân tích số liệu

Phân tích số liệu định lượng thông qua công cụ Stata phiên bản 14.2. Báo cáo tỉ lệ phần trăm cho các biến phân loại, hoặc trung vị và tứ phân vị cho biến liên tục. Mức độ độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế trên các góc độ của phòng khám được phân tích theo thang đo 5 mức độ từ Rất hài lòng đến Rất không hài lòng và báo cáo tỉ lệ phần trăm. Một số bảng được phân tích gộp theo 2 mức độ Hài lòng và Không hài lòng cho phân tích tỉ số hài lòng toàn diện. Dữ liệu định tính được xử lý làm sạch và phân tích theo các chủ đề.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng theo quyết định số 51/2025/YTCC-HD3 cấp ngày 11/03/2025 và được Hội đồng Đạo Đức Trường của Đại học Y Hà Nội cho phép sử dụng dữ liệu từ Phòng khám SHP theo quyết định số 769/GCN-HMUIRB cấp ngày 29/01/2024.

III. KẾT QUẢ

3.1 Sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế tại Phòng khám SHP

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia khảo sát (n = 2.942)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (x)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	2.632	89,5
	Nữ	281	9,6
	Khác	29	0,9
Nhóm tuổi	Dưới 18	16	0,5
	18 đến 24	785	26,7
	25 đến 34	1.657	56,3
	35 đến 44	415	14,1
	45 trở lên	69	2,3

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia khảo sát (n = 2.942) (tiếp)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (x)	Tỉ lệ (%)
Loại dịch vụ sử dụng gần đây	Tư vấn, xét nghiệm HIV	1.419	48,2
	Khám hoặc điều trị STIs	1.161	39,5
	PrEP	1.144	38,9
	PEP	333	11,3
	Tư vấn công khai xu hướng tính dục	185	6,3
	Tư vấn tâm lý	137	4,7
	Chuyển gửi điều trị HIV	104	3,5
	Khác	291	9,9

Đa số người sử dụng dịch vụ y tế tham gia khảo sát là nam giới (97,7%), tỉ lệ nữ giới là 0,5%, người sử dụng dịch vụ y tế là người chuyển giới chiếm 0,2%. Nhóm tuổi từ 25 đến 34 chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,1%. Tỉ lệ

người sử dụng dịch vụ y tế sử dụng dịch vụ PrEP cao nhất với tỉ lệ 76,7%, 74,6% thực hiện xét nghiệm HIV và 34,5% sử dụng dịch vụ STIs, dịch vụ khác chiếm 0,9%.

Bảng 2. Mức độ hài lòng trên các khía cạnh dịch vụ của phòng khám (n = 2.942)

Khía cạnh dịch vụ	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)
Tiếp cận dịch vụ	2872 (97,6)	70 (2,4)
Quy trình thăm khám, SDDV	2878 (97,8)	64 (2,2)
CSVC và cảnh quan phòng khám	2727 (92,7)	215 (7,3)
Thái độ, ứng xử của cán bộ, nhân viên y tế	2868 (97,5)	74 (2,5)
Năng lực chuyên môn của CBYT	2899 (98,5)	43 (1,5)
Đánh giá chung về Phòng khám SHP	2891 (98,3)	51 (1,7)

Năng lực chuyên môn của cán bộ, nhân viên y tế là khía cạnh được đánh giá cao nhất với tỉ lệ hài lòng lên tới 98,5%. Cơ sở vật chất và

cảnh quan phòng khám có tỉ lệ hài lòng thấp nhất, ở mức 92,7%. Tỉ lệ hài lòng chung đối với phòng khám đạt 98,3%.

Bảng 3. Khả năng quay trở lại phòng khám (n = 2.942)

Khả năng quay trở lại phòng khám	Tần số (x)	Tỉ lệ (%)	Tích lũy (%)
Chắc chắn quay lại hoặc giới thiệu	2.816	95,7	95,7
Có thể sẽ quay lại	117	3,9	99,6
Không muốn nhưng không có nhiều lựa chọn khác	7	0,2	99,9
Chắc chắn không quay lại	2	0,07	100,0
Tổng	2.942	100,0	

Kết quả nghiên cứu cho thấy 95,7% người tham gia cho biết họ “chắc chắn quay lại hoặc giới thiệu cho người khác”, trong khi đó có

0,2% người sử dụng dịch vụ y tế “không muốn nhưng không có nhiều lựa chọn khác”, và 0,07% cho rằng “chắc chắn không quay lại”.

Bảng 4. Mức độ hài lòng theo thời gian (n = 2.942)

Thời điểm	Tổng (n = 2.942)	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)
Theo năm đánh giá			
2022	1008	964 (95,6)	44 (4,4)
2023	1333	1310 (98,3)	23 (1,7)
2024	601	598 (99,5)	3 (0,5)
Theo quý đánh giá			
Q1 2022	299	285 (95,3)	14 (4,7)
Q2 2022	278	269 (96,8)	9 (3,2)
Q3 2022	250	241 (96,4)	9 (3,6)
Q4 2022	181	169 (93,4)	12 (6,6)
Q1 2023	326	319 (97,9)	7 (2,1)
Q2 2023	574	564 (98,3)	10 (1,7)
Q3 2023	276	272 (98,6)	4 (1,4)
Q4 2023	157	155 (98,7)	2 (1,3)
Q1 2024	235	234 (99,6)	1 (0,4)
Q2 2024	173	171 (98,8)	2 (1,2)
Q3 2024	193	191 (99,0)	2 (1,0)

Tỉ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế theo quý đánh giá ghi nhận xu hướng tăng dần theo thời gian, từ 95,3% của quý 1 năm 2022 lên 99,0 % vào quý 3 năm 2024. Duy nhất có quý 4 năm 2022 giảm đột biến xuống 93,4%. Tỉ lệ hài lòng theo năm đánh giá cũng tăng dần theo các năm với mức 95,6 năm 2022, 98,3 năm 2023 và 99,5 cho 9 tháng đầu năm 2024.

3.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế tại Phòng khám SHP

3.2.1 Chuyên môn của cán bộ, nhân viên y tế được người sử dụng dịch vụ y tế đánh giá cao

Trình độ chuyên môn của cán bộ, nhân viên y tế tại phòng khám được đánh giá cao từ phía người sử dụng dịch vụ y tế. Người sử dụng dịch vụ y tế tin tưởng vào kiến thức và khả năng tư vấn rõ ràng của bác sĩ và tư vấn viên khi sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV và

STIs. Cán bộ điều dưỡng cũng được người sử dụng dịch vụ y tế đánh giá cao về kỹ thuật, sự tỉ mỉ và tận tâm.

“SHP có những y bác sỹ chuyên về phòng khám cho cộng đồng LGBT có kiến thức rất tốt, giúp cho mình hiểu rõ hơn về HIV và các bệnh tình dục khác sau khi được tư vấn.” (PVS KH 03).

3.2.2 Cán bộ, nhân viên y tế thấu cảm với người sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt có sự nhạy cảm về giới, thái độ phục vụ chuyên nghiệp và nhân văn

Người sử dụng dịch vụ y tế chia sẻ rằng họ cảm nhận được rằng đội ngũ y tế tại SHP không chỉ nắm vững chuyên môn mà còn hiểu rõ đặc điểm, nhu cầu và hoàn cảnh của người sử dụng dịch vụ.

“Cái lần mà em nhận cái tư vấn tâm lý ở phòng khám mình. [...] thì em cũng nhận được

sự đồng cảm, lắng nghe, [...] em không có cảm giác bị dạy đời hay là giảng giải đạo lý gì cả. Em cảm thấy buổi đấy xoa dịu được tinh thần của mình tốt hơn sau khi nhận được tư vấn tâm lý hôm đó”. (PVS KH 01)

3.2.3 Người sử dụng dịch vụ y tế được tiếp cận dịch vụ chăm sóc và dự phòng đảm bảo nhờ chính sách miễn phí

Nhiều người sử dụng dịch vụ y tế đánh giá cao chính sách miễn phí đối với các dịch vụ cốt lõi như PrEP, xét nghiệm HIV, tư vấn tâm lý và điều trị HIV tại phòng khám SHP. Một số người sử dụng dịch vụ y tế nhấn mạnh rằng dù không phải trả tiền, họ vẫn nhận được dịch vụ tốt, tận tâm.

“Tôi đã sử dụng chính sách hỗ trợ cấp thuốc PrEP miễn phí. Đây là chương trình ý nghĩa, giúp nhiều người có cơ hội tiếp cận biện pháp dự phòng HIV mà không gặp rào cản tài chính”. (PVS KH 02)

“Dù là cung cấp các dịch vụ hoàn toàn miễn phí nhưng em thấy là mọi người rất là chuyên nghiệp, có cái tâm ở trong đấy, chứ không phải qua loa, thì em thấy rất là hài lòng về cái mặt đấy”. (PVS KH 01)

3.2.4 Hạn chế về cơ sở hạ tầng và cảnh quan tại phòng khám ảnh hưởng đến trải nghiệm người sử dụng dịch vụ y tế

Các yếu tố không hài lòng về cơ sở vật chất cảnh quan và hạ tầng được đề cập đến bao gồm vị trí gửi xe bất tiện, xa phòng khám và thường xuyên quá tải, khiến mất thời gian, bất tiện cho người sử dụng dịch vụ y tế; môi trường xung quanh phòng khám chưa đảm bảo vệ sinh do ảnh hưởng hành vi xả rác của người dân; không gian phòng khám chật hẹp, các phòng chức năng nhỏ cũng khiến người sử dụng dịch vụ y tế cảm thấy bí bách và ngại chia sẻ thông tin.

“Phía sau lưng của mình còn là khu mà người ta đổ rác với cả đi vệ sinh bừa bãi... môi trường làm việc thật sự theo em là cũng chưa đảm bảo lắm”. (PVS NVYT 05)

“Phòng khám hơi nhỏ, chỉ cần 5 người đến khám là thấy đông và bí bách rồi”. (PVS KH 07).

3.2.5 Cần chú trọng phát triển dịch vụ sàng lọc, can thiệp và nâng cao sức khỏe tinh thần cho người sử dụng dịch vụ

Dịch vụ sàng lọc, can thiệp và nâng cao sức khỏe tinh thần là một trong những cấu phần quan trọng trong mô hình phòng khám chăm sóc sức khỏe liên tục, toàn diện và thân thiện cho cộng đồng mà SHP đang xây dựng. Tuy nhiên hiện nay cấu phần này vẫn chưa đáp ứng được kỳ vọng cả về khả năng tiếp cận lẫn mức độ phù hợp với nhu cầu thực tế.

“Nếu mà nói MSM là quần thể ẩn khó tiếp cận thì các bệnh lý về tâm thần nó còn ẩn hơn. [...] những cái mà rối loạn về mặt tâm lý thì rất khó để các bạn tự nhìn nhận hoặc để người khác có thể nhìn nhận và cái quan điểm trong việc tiếp cận điều trị cũng chưa đầy đủ”. (PVS NVYT 01)

3.2.6 Quy định về độ tuổi được tự đăng ký dự phòng bằng thuốc khiến người sử dụng dịch vụ y tế dưới 18 tuổi gặp khó khăn

Một số người sử dụng dịch vụ y tế cho rằng quy định của Bộ Y tế gần đây về giới hạn độ tuổi từ 18 trở lên mới được tự đăng ký sử dụng thuốc PrEP [5] đang tạo ra rào cản đáng kể đối với nhóm thiếu niên có nguy cơ cao. Yêu cầu phải có người giám hộ khi chưa đủ tuổi thành niên là một trở ngại đối với nhiều bạn trẻ chưa công khai xu hướng tính dục với gia đình, từ đó dẫn đến khoảng trống trong việc tiếp cận dịch vụ PrEP.

“Mà bây giờ theo luật thì cấp 3 vẫn chưa đủ tuổi để (tự đăng ký) nhận PrEP mà bảo các bạn có cha mẹ đi cùng thì cũng khó vì công khai bây giờ cũng chưa phải là dễ dàng, kiểu như mọi người cũng chưa cởi mở thật sự để mà các bạn dám chia sẻ ấy. Thế thì là các bạn rất nhiều nguy cơ mà chẳng được bảo vệ gì”. (PVS KH 05)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 97,7% người sử dụng dịch vụ y tế tham gia khảo sát là MSM. Điều này phản ánh đối tượng đích của

phòng khám SHP là MSM, nhóm chiếm tỉ lệ lớn trong các chương trình dự phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam. Tuy nhiên, tỉ lệ người sử dụng dịch vụ y tế là người chuyên giới hiện tại còn rất thấp, dù đây là nhóm đối tượng nguy cơ cao đối với HIV và các vấn đề sức khỏe tình dục [6, 7]. Tỉ lệ người sử dụng dịch vụ y tế chủ yếu tập trung ở hai nhóm tuổi: 25 - 34 tuổi và dưới 25 tuổi. Điều này cho thấy SHP đã đạt được hiệu quả nhất định trong việc tiếp cận nhóm dân số trẻ, nhóm có nguy cơ cao nhưng đồng thời cũng có khả năng tiếp nhận và lan tỏa các thông điệp nâng cao nhận thức của cộng đồng về phòng, chống HIV và chăm sóc sức khỏe tình dục [8]. Các dịch vụ được sử dụng nhiều nhất là đăng ký sử dụng PrEP và xét nghiệm HIV, phản ánh đúng trọng tâm của phòng khám là dự phòng lây nhiễm HIV thông qua PrEP. Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng dịch vụ xét nghiệm, khám, điều trị STIs chỉ đạt 34,5%, cho thấy vẫn còn khoảng trống trong việc tích hợp và thúc đẩy toàn diện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục. Mặc dù chăm sóc sức khỏe tinh thần, tư vấn về giới và xu hướng tính dục là một trong những dịch vụ phòng khám cung cấp, tuy nhiên tỉ lệ người sử dụng dịch vụ y tế tham gia đánh giá chất lượng đã sử dụng các dịch vụ này gần như không đáng kể. Kết quả này gợi ý yêu cầu tăng cường truyền thông, tư vấn và nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ STIs, chú trọng hơn đến các vấn đề sức khỏe liên quan theo mô hình chăm sóc toàn diện cho sức khỏe cộng đồng [5].

Năng lực chuyên môn của cán bộ, nhân viên y tế được đánh giá cao nhất, là minh chứng cho vai trò quan trọng của nguồn nhân lực trong trải nghiệm người sử dụng dịch vụ y tế. Đội ngũ nhân sự y tế của phòng khám được đánh giá có chuyên môn đa dạng và chuyên sâu về sức khỏe tâm thần, tâm lý, y học dự phòng, y tế công cộng và có khả năng thấu cảm với người sử dụng dịch vụ y tế thuộc cộng đồng LGBTIQ+ quá trình cung cấp dịch vụ. Nghiên cứu của Bhardwaj (2022), thực hiện tại các cơ sở y tế và cơ sở y tế học thuật tại Hoa Kỳ cũng chỉ ra rằng chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp là nền tảng thiết yếu để cung cấp dịch vụ chăm sóc khách hàng một cách an toàn, hiệu

quả và toàn diện và nhấn mạnh vai trò của năng lực giao tiếp, tinh thần trách nhiệm và sự hợp tác trong đội ngũ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt trong bối cảnh tổ chức y tế ngày càng đa dạng và phức tạp [9]. Trong khi đó, cơ sở vật chất là yếu tố có mức độ hài lòng thấp nhất, cần được đề xuất cải tiến. Đối với một cơ sở y tế dành cho nhóm dễ tổn thương, việc cung cấp dịch vụ cần chú trọng tạo dựng một vùng không gian an toàn giúp người sử dụng dịch vụ y tế cảm thấy được an tâm khi sử dụng dịch vụ. Điều này có ý nghĩa quan trọng khiến người sử dụng dịch vụ y tế có cảm nhận ban đầu thiện cảm hơn, tạo tiền đề cho sự gắn kết về sau. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu đánh giá mức độ hài lòng của người sống chung với HIV, với trọng tâm là nhóm thiểu số tính dục gồm nam quan hệ đồng giới (MSM) và người chuyển giới (TG) tại Trung tâm điều trị HIV/AIDS (ART) của Trường Cao đẳng Y Barasat, Tây Bengal, Ấn Độ cứu của Sarkar và cộng sự (2025). Kết quả cho thấy mức độ hài lòng chung ở nhóm thiểu số tính dục chỉ đạt 75,2%. Trong các ý kiến không hài lòng được ghi nhận, có tới 33,7% bệnh nhân phản ánh thiếu chỗ ngồi, 22,6% phản ánh thiếu nhà vệ sinh, và nhiều người cho rằng không gian tại trung tâm ART quá chật hẹp, gây bất tiện và ảnh hưởng đến sự riêng tư trong quá trình sử dụng dịch vụ.

Xu hướng hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế tại SHP tăng dần qua các năm và các quý đánh giá. Sự cải thiện này là kết quả của các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ trong đó có đóng góp từ hiệu quả của chương trình Thu nhận phản hồi đánh giá và nâng cao chất lượng phòng khám SHP đã được triển khai thường quy từ năm 2022. Các nỗ lực cải thiện liên tục chất lượng phòng khám đã thực sự mang lại hiệu quả, được người sử dụng dịch vụ y tế ghi nhận và phản hồi tích cực.

Tương đồng với kết quả định lượng, nghiên cứu định tính cũng chỉ ra rằng, nhân lực y tế tại phòng khám SHP là một trong những yếu tố then chốt góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế. Đa số người sử dụng dịch vụ y tế ghi nhận trình độ chuyên môn cao, sự tận tâm, thấu cảm

và khả năng giao tiếp phù hợp của đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng và tư vấn viên. Những đặc điểm này phản ánh nền tảng nhân lực có chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp tốt, là yếu tố quan trọng trong mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lấy người sử dụng dịch vụ y tế làm trung tâm.

Tuy nhiên, kết quả định tính cũng làm nổi bật những thách thức đáng lưu ý. Tại phòng khám SHP phần lớn các hoạt động chuyên môn, truyền thông và chăm sóc giảm hại triển khai chủ yếu dựa trên các nguồn kinh phí tài trợ. Điều này đặt ra các lo ngại về tính bền vững tài chính của phòng khám trước những thay đổi chính sách tài chính từ đơn vị tài trợ. Bên cạnh đó, nâng cao dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần cũng là một yếu tố cần được quan tâm nhằm hướng tới mục tiêu đáp ứng mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện cho cộng đồng LGBTIQ+.

V. KẾT LUẬN

Sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế tại SHP ở mức rất cao (98,3%), nổi bật ở năng lực chuyên môn và thái độ ứng xử của cán bộ, nhân viên y tế; cơ sở vật chất và cảnh quan là điểm cần ưu tiên cải thiện. Kết quả định tính làm rõ vai trò tích cực của trình độ chuyên môn, sự thấu cảm của cán bộ, nhân viên y tế và chính sách miễn phí dự phòng; đồng thời chỉ ra rào cản từ cơ sở hạ tầng chưa đồng đều, nguồn lực tài chính phụ thuộc vào tài trợ và yêu cầu người giám hộ đối với người dưới 18 tuổi khi tiếp cận dịch vụ dự phòng. Kết quả nghiên cứu đặt ra yêu cầu ưu tiên nâng cấp hạ tầng, cải thiện tính bền vững và tăng ổn định nguồn tài chính, chuẩn hoá đào tạo nhạy cảm giới, và cải tiến quy trình tiếp cận giảm hại cho

vị thành niên nhằm củng cố chất lượng dịch vụ và duy trì sự gắn bó và tăng sự hài lòng của khách hàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985; 49 (4): 41 – 50.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260 (12): 1743 – 1748.
3. United Nations Development Programme (UNDP). Being LGBT in Asia: Viet Nam Country Report. Cited 2025 Sep 10. <https://www.undp.org/vietnam/publications/being-lgbt-asia-vietnam-country-report>.
4. Phòng khám Sống Hạnh Phúc. Về phòng khám. Cited 2025 Sep 10. <https://songhanhphuc.info/ve-phong-kham/>.
5. Cục Phòng, chống HIV/AIDS – Bộ Y tế. Tập huấn triển khai cung cấp dịch vụ PrEP theo mô hình toàn diện dự phòng và điều trị HIV. Cited 2025 Sep 10. <https://vaac.gov.vn/tap-huan-ve-trien-khai-cung-cap-dich-vu-prep-theo-mo-hinh-cung-cap-dich-vu-toan-dien-ve-du-phong-va-dieu-tri-hiv.html>.
6. Reback CJ, Lin C, Larkins S, et al. Adaptation of the U.S.-oriented evidence-based intervention transaction for transgender women in Vietnam. *Int J Transgend Health*. 2024; 25 (2): 215 – 232.
7. Goldenberg T, Kahle EM, Stephenson R. Stigma, resilience, and health care use among transgender and other gender diverse youth in the United States. *Transgend Health*. 2020; 5 (3): 173 – 181.
8. Cục Phòng, chống HIV/AIDS – Bộ Y tế. Tình hình dịch HIV/AIDS và xu hướng dịch HIV trên thế giới và Việt Nam. Cited 2025 Sep 10. <https://vaac.gov.vn/tinh-hinh-dich-hiv-aids-va-xu-huong-dich-hiv-tren-the-gioi-va-viet-nam.html>.
9. Bhardwaj A. Medical professionalism in the provision of clinical care in healthcare organizations. *J Healthc Leadersh*. 2022; 14: 183 – 189.

SATISFACTION OF HEALTHCARE SERVICE USERS AND RELATED FACTORS AMONG THE SEXUAL AND GENDER MINORITY (LGBTIQ+) COMMUNITY AT THE SEXUAL HEALTH PROMOTION CLINIC, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2022–2024

Dau Sy Nguyen¹, Nguyen Duc Khanh², Le Bao Chau ³, Bui Thi Minh Hao¹

¹*Center for Training and Research on Substance Abuse - HIV (CREATA-H), Hanoi Medical University (HMU)*

²*University of North Carolina in Chapel Hill, NC, USA*

³*Hanoi University of Public Health*

This study assessed satisfaction of healthcare service users and related factors among the Sexual and Gender Minority (LGBTIQ+) Community at the Sexual Health Promotion (SHP) Clinic, Hanoi Medical University Hospital, 2022-2024- a unit providing HIV prevention, sexual health, mental health, and substance-use services for the sexual and gender minority (LGBTIQ+) community - We conducted a cross-sectional, mixed-methods study using 2,942 satisfaction surveys collected through routine feedback of service users for continuous quality-improvement activities (January 2022-September 2024) at SHP. In March 2025, we conducted in-depth interviews with 14 participants, including service users and healthcare workers. Results showed that 97.7% of service users were men who have sex with men and 91.9% were under

35 years of age. Services utilized included pre-exposure prophylaxis (PrEP) (76.7%), HIV testing (74.6%), and diagnosis and treatment of sexually transmitted infections (STIs) (34.5%). Overall satisfaction was 98.3%; satisfaction with clinical competence, 98.5%; care processes, 97.8%; service access, 97.6%; staff attitudes, 97.5%; and facilities and physical environment, 92.7%. Additionally, 95.7% were willing to return or recommend the services. No-cost preventive services and empathetic staff were important determinants of satisfaction. Improving facilities and implementing mental health interventions may further enhance satisfaction.

Keywords: satisfaction; sexual and gender minority; LGBTIQ+; PrEP; sexual health; healthcare service quality.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA LOÉT DO TỖ ĐỀ (LDTĐ) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ 3, TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HUẾ, NĂM 2024

Phạm Thị Thùy Loan^{1*}, Nguyễn Việt Châu Quyên¹, Đặng Thị Trinh¹,
Nguyễn Thị Phương Thảo²

¹*Trường Cao đẳng Y tế Huế*

²*Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng kiến thức và thực hành phòng ngừa loét do tỳ đè và một số yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3, Trường Cao Đẳng Y tế Huế. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 sinh viên điều dưỡng từ tháng 1/2024 - 8/2024 bằng bộ công cụ kiến thức phòng loét do tỳ đè PUKAT 2.0 và quy trình thực hành của Bộ Y Tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè theo PUKAT 2.0 ($15,49 \pm 4,23$). Cronbach's Alpha PUKAT 2.0 (0,71). Điểm thực hành chăm sóc loét do tỳ đè $6,94 \pm 1,23$. Điểm cắt của PUKAT 2.0 là 13,5 có thể xác định khả năng đạt kỹ năng thực hành chăm sóc loét do tỳ đè với độ nhạy là 86,7 % và độ đặc hiệu là 92,9%. Diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,909 (KTC 95%: 0,85 - 0,965). Không có sự khác biệt về kiến thức, thực hành chăm sóc loét do tỳ đè với giới, dân tộc, và học phần thực hành. Có mối tương quan mạnh giữa kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè với thực hành chăm sóc LDTĐ với $r = 0,83$ ($p < 0,001$). Kiến thức phòng ngừa LDTĐ tăng thêm 1 điểm thì mức độ kỹ năng thực hành chăm sóc LDTĐ tăng lên 0,24 lần ($p < 0,001$). Do đó cần kết hợp đào tạo kỹ năng chăm sóc loét do tỳ đè cho sinh viên điều dưỡng trong thực hành theo phương pháp giảng dạy tích hợp.

Từ khóa: Thực hành chăm sóc loét do tỳ đè; sinh viên điều dưỡng; kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè PUKAT 2.0; yếu tố liên quan; Trường Cao đẳng Y tế Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét do tỳ đè (LDTĐ) là một trong những nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm viện, thời gian chăm sóc, tốn kém chi phí điều trị cho mỗi người bệnh, đặc biệt là những người già, người bệnh nằm lâu và người bệnh nặng. Thiếu kiến thức và kỹ năng thực hành đối với việc phòng ngừa LDTĐ là những rào cản chung cho việc áp dụng các hướng dẫn trong thực hành lâm sàng [1]. Điều dưỡng có kiến thức và thực hành kém về chăm sóc và phòng ngừa loét sẽ dẫn đến tỷ lệ LDTĐ tăng cao [2, 3]. Loét do tỳ đè là một thách thức lớn trong chăm sóc y tế, và điều dưỡng đang gặp phải một rào cản đáng kể: kiến thức lý thuyết chưa

được chuyển hóa thành kỹ năng thực hành hiệu quả. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, đội ngũ điều dưỡng, kể cả sinh viên, đều có kiến thức về chăm sóc và phòng ngừa loét tỳ đè ở mức thấp [4]. Tình trạng này đặc biệt đáng lo ngại ở sinh viên điều dưỡng năm 3, những người sẽ trực tiếp chăm sóc bệnh nhân trong tương lai gần. Vì vậy, việc đầu tư vào các chương trình giáo dục sẽ là chìa khóa để trang bị cho họ những kỹ năng cần thiết, giúp nâng cao chất lượng chăm sóc và mang lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả thực trạng kiến thức và thực hành phòng ngừa loét do tỳ đè và một số yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3, Trường Cao Đẳng Y tế Huế. Từ đó đề xuất

*Tác giả: Phạm Thị Thùy Loan

Địa chỉ: Trường CĐYT Huế

Số điện thoại: 0935 993 992

Email: pttloan@cdythue.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/07/2025

Ngày phản biện: 23/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

các giải pháp giúp cho sinh viên nhận biết và cải thiện được khả năng chăm sóc cũng như là giúp cho giảng viên cải tiến chất lượng giảng dạy và lượng giá SV.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ 3 đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa Hồi sức cấp cứu tại các cơ sở thực tập tại bệnh viện, từ tháng 1/2024 – 8/2024

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

$n=110$ SVĐD.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ các SV điều dưỡng chính quy năm thứ 3 đang thực tập tại khoa Hồi sức cấp cứu

2.6 Biến số nghiên cứu

2.6.1 Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ

Sử dụng thang đo PUKAT 2.0 của tác giả Beeckman và cộng sự để đánh giá kiến thức về phòng ngừa LĐTĐ của SVĐD. Bộ công cụ gồm có 25 câu bao gồm 6 nội dung: nguyên nhân LĐTĐ, đánh giá và quan sát LĐTĐ, Đánh giá nguy cơ LĐTĐ, phòng ngừa tăng áp lực LĐTĐ, dinh dưỡng cho người bệnh, nhóm người bệnh đặc biệt, với các dạng câu hỏi dạng tình huống và chọn câu đúng nhất [5]. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai là 0 điểm. Tổng điểm của bộ câu hỏi là 25 điểm. Với điểm cắt 60% để chia nhóm kiến thức thành 2 nhóm [4].

+Đạt : Khi tổng số câu trả lời đúng $\geq 60\%$

+ Không đạt : Khi tổng số câu trả lời đúng $< 60\%$.

Bộ câu hỏi được dịch xuôi và dịch ngược theo quy trình WHO, với hệ số tin cậy cao (Cronbach's Alpha:0,71).

2.6.2 Thực hành chăm sóc LĐTĐ

Quy trình kỹ thuật thực hành chăm sóc LĐTĐ trong nghiên cứu chúng tôi dựa vào: Quyết định về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc năm 2014 [6]. Quy trình gồm 10 bước, mỗi bước sẽ được tính điểm như sau:

0 điểm: không thực hiện hoặc thực hiện sai

1 điểm: Có thực hiện nhưng chưa hoàn chỉnh;

2 điểm: Thực hiện đúng và đủ;

Cộng tổng điểm sau đó quy ra thang điểm 10. Với điểm cắt 60% tổng điểm, biến thực hành chăm sóc LĐTĐ chia thành 2 nhóm

- Đạt: điểm thực hành $\geq 60\%$

- Không đạt: điểm thực hành $< 60\%$

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ nghiên cứu: Phiếu thu thập số liệu được thiết lập dựa trên những câu hỏi trong nội dung nghiên cứu và được sửa chữa bởi các chuyên gia điều dưỡng trước khi được đưa ra phỏng vấn. Bao gồm các phần sau: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức chăm sóc LĐTĐ PUKAT 2.0. Thang điểm đánh giá thực hành chăm sóc LĐTĐ.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Nhóm nghiên cứu cùng nhau thống nhất về nội dung bộ câu hỏi và cách chấm điểm ở từng bước trong thang điểm thực hành chăm sóc LĐTĐ. Cán bộ điều tra giải thích mục đích nghiên cứu và phát bộ câu hỏi đánh giá kiến thức chăm sóc LĐTĐ để sinh viên hoàn thành.

Bước 2: Cán bộ điều tra đánh giá kỹ thuật chăm sóc LĐTĐ của SV thực hiện trực tiếp trên người bệnh ở khoa hồi sức cấp cứu tại cơ sở thực tập.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 21. Sử dụng các phép kiểm Test t, Anova để so sánh tỷ lệ. Mô hình hồi quy đa biến tuyến tính được sử dụng phân tích đồng thời mối liên quan nhiều biến độc lập với kiến thức, thực hành chăm sóc LĐTĐ. Hệ số tương quan Pearson để đánh giá tương quan của 2 biến định lượng. Hệ số cronbach alpha dùng để đánh giá độ tin cậy của các thang đo. Độ nhạy, độ đặc hiệu, đường cong Roc.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học của Trường Cao Đẳng Y tế Huế quyết định số 332/QĐ - CĐYT ngày 15 tháng 12 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè theo PUKAT 2.0

Bảng 1. Kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè theo PUKAT 2.0

Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ	TB ± ĐLC	Không đạt (< 60% câu đúng)		Đạt (≥ 60% câu đúng)	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
PUKAT 2.0	15,49 ± 4,23	64	58,2	46	41,8
Nguyên nhân	3,75 ± 1,42	45	40,9	65	59,1
Đánh giá và quan sát LĐTĐ	2,47 ± 1,06	58	52,7	52	47,3
Đánh giá nguy cơ	1,43 ± 0,68	50	45,5	60	54,5
Dinh dưỡng	1,67 ± 0,95	50	45,5	60	54,5
Phòng ngừa tăng áp lực	5,12 ± 1,72	59	53,6	51	46,4
Người bệnh đặc biệt	1,02 ± 0,76	77	70	33	30

Điểm kiến thức phòng ngừa LĐTĐ của SV: 15,49 ± 4,23 câu. 41,8% SV đạt kiến thức, 58,2% không đạt.

3.2 Thực hành chăm sóc loét do tỳ đè của sinh viên điều dưỡng

Bảng 2. Kỹ năng thực hành chăm sóc loét do tỳ đè của SVĐD

Các bước tiến hành Chăm sóc LĐTĐ	0 điểm		1 điểm		2 điểm	
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
Bước 1	0	0	48	43,6	62	56,4
Bước 2	0	0	42	38,2	68	61,8
Bước 3	23	20,9	42	38,2	45	40,9
Bước 4	0	0	50	45,5	60	54,5
Bước 5	0	0	65	59,1	45	40,9
Bước 6	0	0	56	50,9	54	49,1
Bước 7	0	0	72	65,5	38	34,5
Bước 8	39	35,5	56	50,9	15	13,6
Bước 9	0	0	45	40,9	65	59,1
Bước 10	12	10,9	47	42,7	51	46,4
Điểm trung bình	6,94 ± 1,23					

Điểm trung bình kỹ năng chăm sóc LĐTĐ là $6,94 \pm 1,23$

3.3 Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành chăm sóc loét do tỳ đè của SVDD

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè PUKAT 2.0 với đặc điểm chung

Đặc điểm chung	Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ PUKAT 2.0		
	n	TB $\pm$ ĐLC	p
Giới tính			
Nữ	74	$15,4 \pm 4,33$	0,763
Nam	35	$15,67 \pm 4,06$	
Dân Tộc			
Kinh	107	$15,51 \pm 4,25$	0,734
Thiểu số	3	$14,67 \pm 4,04$	
Học phần thực hành			
Thực tập chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực	39	$14,03 \pm 4,05$	0,007
Thực tế tốt nghiệp	71	$16,29 \pm 4,13$	

Không có sự khác biệt về kiến thức phòng ngừa LĐTĐ giữa giới, dân tộc.

Những sinh viên đi thực hành ở học phần

thực hành thực tế tốt nghiệp có kiến thức phòng ngừa LĐTĐ cao hơn những sinh viên đi học thực hành học phần TT chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thực hành chăm sóc loét do tỳ đè với đặc điểm chung

Đặc điểm chung	Thực hành chăm sóc LĐTĐ		
	n	TB $\pm$ ĐLC	p
Giới tính			
Nữ	74	$6,9 \pm 1,25$	0,711
Nam	36	$7,0 \pm 1,22$	
Dân Tộc			
Kinh	107	$6,95 \pm 1,24$	0,7
Thiểu số	3	$6,67 \pm 1,10$	
Học phần thực hành			
Thực tập chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực	39	$6,47 \pm 1,38$	0,003
Thực tế tốt nghiệp	71	$7,19 \pm 1,07$	

Có mối tương quan trong học phần thực hành với điểm thực hành chăm sóc LĐTĐ.

3.4 Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành chăm sóc loét do tỳ đè

Bảng 5. Tương quan giữa kiến thức và thực hành chăm sóc loét do tỳ đè

		Kiến thức PN	Thực hành chăm sóc
Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ	Hệ số tương quan	1	0,83
	p		< 0,001

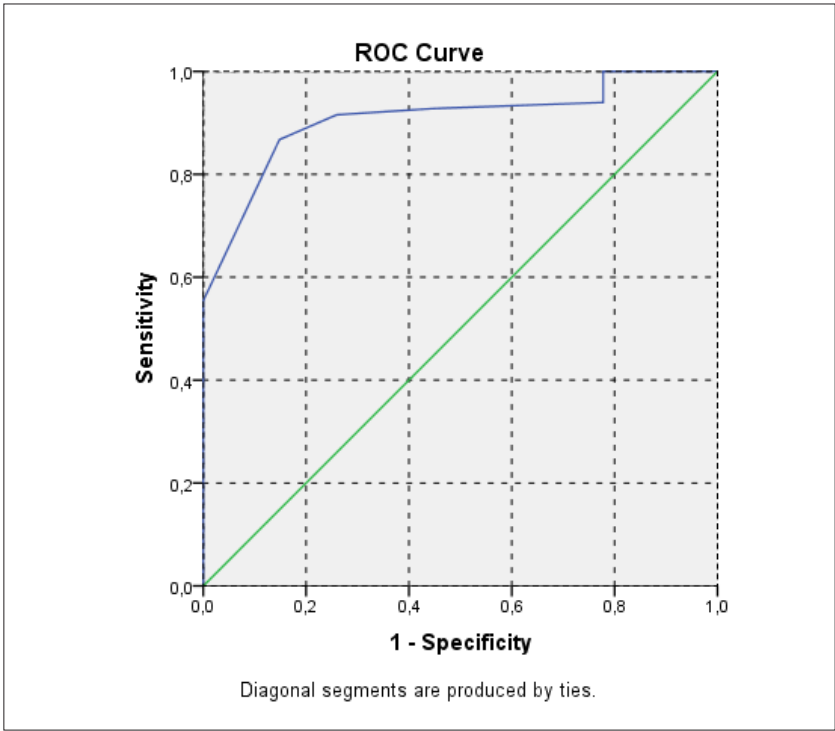
Có mối tương quan mạnh giữa kiến thức phòng ngừa LĐTĐ với với thực hành chăm sóc LĐTĐ với $r= 0,83$ ($p<0,001$)

Bảng 6. Mô hình hồi quy đa biến tuyến tính các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành chăm sóc loét do tỳ đè

Thực hành chăm sóc LĐTĐ	Hệ số hồi quy (B)	Khoảng tin cậy 95%	p
Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ	0,24	0,204 - 0,269	0,000
Học phần thực hành	0,19	0,099 - 0,466	0,2

Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ tăng thêm 1 điểm thì mức độ kỹ năng thực hành chăm sóc LĐTĐ tăng lên 0,24 lần ($p<0,001$). Tuy nhiên, học phần thực hành không ảnh hưởng đến kỹ năng thực hành chăm sóc LĐTĐ.

3.5 Điểm cắt bộ câu hỏi PUKAT 2.0



Hình 1. Đường cong Roc biểu diễn điểm cắt PUKAT 2.0 xác định đạt kỹ năng thực hành chăm sóc LĐTĐ

Điểm cắt của PUKAT 2.0 là 13,5 có thể xác định khả năng đạt kỹ năng thực hành chăm sóc LĐTĐ với độ nhạy là 86,7 % và độ đặc hiệu là 92,9%. Diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,909 (KTC 95%: 0,85–0,965).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức phòng ngừa loét do tỳ đè theo bộ câu hỏi PUKAT 2.0

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi PUKAT 2.0 để đánh giá kiến thức phòng ngừa LĐTĐ của SVĐD với hệ số tin cậy cao (Cronbach's Alpha: 0,71). Các nghiên cứu đã chứng minh bộ công cụ có thể sử dụng được trên lâm sàng có giá trị Cronbach's Alpha dao động từ 0,45 đến 0,98 [4, 7]. Công cụ đánh giá kiến thức PUKAT 2.0 giúp đánh giá nhiều cấp độ kiến thức và rất hữu ích trong việc xác định những lỗ hổng kiến thức và các lĩnh vực trọng tâm còn thiếu từ cơ sở đó bổ sung vào giảng dạy và đào tạo chuyên môn liên tục cho SV [8]. Qua khảo sát 110 SV điều dưỡng năm thứ 3 có 41,8% (46/110) đạt kiến thức tốt ($\geq 60\%$ câu đúng), 58,2% SV không đạt kiến thức tốt. Điểm kiến thức trung bình của SV ($15,49 \pm 4,23$). Tương tự như kết quả Jing Wu và cộng sự có 51,5% điều dưỡng và 48,9% SV điều dưỡng đạt được kiến thức $\geq 60\%$ theo bộ câu hỏi PUKAT ($p < 0,001$) [4]. Tác giả Kim Usher và cộng sự đã khảo sát kiến thức phòng ngừa LĐTĐ bằng bộ câu hỏi PUKAT (26 câu) trên 2949 sinh viên điều dưỡng đến từ 7 trường đại học ở Úc, ghi nhận điểm kiến thức trung bình chung là 51,1% (13,3/26), với điểm từ 2 đến 21 và không có SV nào đạt được câu trả lời đúng 100% [9]. Một nghiên cứu khác cũng sử dụng điểm cắt 60% câu trả lời đúng trên tổng số 25 câu, tương ứng là trả lời 15 câu đúng là sinh viên đạt kiến thức về LĐTĐ theo bộ công cụ PUKAT 2.0 [1]. Một nghiên cứu năm 2021 tại Ethiopia, sử dụng bộ câu hỏi PUKAT-T đánh giá 259 SV điều dưỡng ghi nhận trình độ hiểu biết về phòng ngừa LĐTĐ thấp ($10,16 \pm 2,44$) và không có sinh viên nào có thể vượt qua ngưỡng kiến thức tốt $\geq 60\%$ [10].

Kết quả phân tích đường cong Roc ghi nhận được điểm cắt PUKAT 2.0 là 13,5 (câu) có thể xác định khả năng đạt kỹ năng thực hành chăm sóc LĐTĐ với độ nhạy là 86,7% và độ đặc hiệu 92,9%. Diện tích dưới đường cong là 0,909 (KTC 95%: 0,85–0,965). Với điểm cắt 13,5 câu tương ứng là 54% số câu đúng thấp hơn so với các nghiên cứu trên [10]. Do đó, sự khác biệt về điểm cắt cũng như sử dụng các bộ công cụ khác nhau để đánh giá nên có sự khác biệt về tỷ lệ kiến thức phòng ngừa LĐTĐ ở các nghiên cứu trên. Tuy nhiên, các tác giả đều đưa ra nhận định rằng SV chưa được trang bị kiến thức tốt về phòng ngừa loét do tỳ đè và nhấn mạnh rằng việc thiếu kiến thức về phòng ngừa loét do tỳ đè có thể dẫn đến tăng tỷ lệ loét do tỳ đè trong bệnh viện. Kết quả của các nghiên cứu nêu bật sự thiếu hụt kiến thức quan trọng về phòng ngừa loét do tỳ đè và cần nâng cao kiến thức chuyên môn trong chăm sóc người bệnh [1, 10].

Qua khảo sát có 40,9% SV không hiểu rõ về nguyên nhân gây loét, SV trả lời sai nhiều nhất là câu hỏi về lực trượt: 'Người bệnh ngồi ở đầu giường được nâng cao 60° , da của NB dính vào bề mặt bên dưới và NB bị trượt xuống giường, sẽ xảy ra vấn đề gì?'. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá các yếu tố nguy cơ nhằm ngăn ngừa sự phát triển của LĐTĐ. Do đó SV điều dưỡng cần đạt được kiến thức cao trong chủ đề này ngày càng trở nên quan trọng. Vì vậy, chương trình giảng dạy cần nhấn mạnh lực trượt là 1 trong những nguyên nhân gây LĐTĐ hay gặp và dễ bỏ qua. Cần có những buổi học lý thuyết cung cấp thông tin dựa trên bằng chứng để giúp SV nâng cao kiến thức về phòng ngừa LĐTĐ kết hợp với phương pháp thực hành dựa trên mô phỏng để hỗ trợ kỹ năng lâm sàng [2, 11]. Sinh viên hiểu và biết cách đánh giá các mức độ loét khác nhau, giúp cho sinh viên có thể áp dụng đúng các biện pháp chăm sóc và dự phòng LĐTĐ. Nghiên cứu chúng tôi tìm thấy có 52,7% SV vẫn chưa đạt về nội dung đánh giá và quan sát vết loét. Tác giả Kim Usher và cộng sự [9] báo cáo có 74,4% SV không biết cách phân loại tổn thương do tỳ đè độ 3, tần suất kiểm tra da hoặc quan sát bệnh nhân có

nguy cơ (82,2%). 70,9% trả lời đúng về tần suất đánh giá tình trạng da, đây là một khía cạnh quan trọng trong việc ngăn ngừa loét do tì [1]. Tỷ lệ SV trả lời đúng về chủ đề dinh dưỡng chiếm 54,5% có thể thấy rằng SV đều biết rằng tối ưu hóa dinh dưỡng đặc biệt là protein và vitamin có thể làm giảm nguy cơ chấn thương do áp lực. SV nhận biết được về các đối tượng thừa dinh dưỡng có nguy cơ loét cao. Kết quả này tương đồng với Gulsten Dag Sucu [11], Valentina Simonetti [12]. Tuy nhiên câu số 13 là câu hỏi tình huống thì SV trả lời sai chiếm 50%. Qua câu hỏi này có thể hiểu được phần lớn SV đều nghĩ để giảm nguy cơ LĐTĐ cần phải nâng cao chế độ ăn. Tuy nhiên điều này không phù hợp với các trường hợp đặc biệt và thực phẩm bổ sung không thể thay thế với các biện pháp giảm áp lực tỳ đè [13].

Giảm áp lực (thay đổi tư thế, sử dụng nệm nước hoặc nệm hơi, đệm ghế và đệm gót chân) là yếu tố chính của các biện pháp phòng ngừa [13,14]. Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có 46,4% SV biết tác dụng và cách sử dụng nệm nước, SV biết thay đổi đặt tư thế cho NB. Tuy nhiên SV còn chưa biết rõ kỹ thuật đặt tư thế hiệu quả cho người bệnh, đặc biệt là tư thế fowler giảm thiểu áp lực tiếp xúc giữa ghế và cơ thể và cách chêm lót, chưa hiểu rõ về yếu tố nguy cơ làm tăng lực ma sát gây LĐTĐ đó là khăn trải giường, chăn... chiếm 53,6%.

Người bệnh đặc biệt: Tỷ lệ SV đạt kiến thức về chủ đề người bệnh đặc biệt, thấp nhất (30%) trong các chủ đề của bộ câu hỏi PUKAT 2.0 [13]. Đây là chủ đề mới so với các phiên bản trước đây. Nội dung về người bệnh đặc biệt (trẻ em, người bệnh trong quá trình phẫu thuật) được tìm thấy có nguy cơ LĐTĐ [14].

4.2 Kỹ năng thực hành chăm sóc loét do tỳ đè của sinh viên điều dưỡng

Chiến lược phòng ngừa và quản lý vết loét thành công đòi hỏi phải đánh giá toàn diện tình trạng da và các yếu tố nguy cơ. Việc quản lý vết loét bao gồm: thay đổi tư thế, thay băng vết loét, sử dụng các thiết bị giảm áp lực phù hợp kết hợp với dinh dưỡng. Kết quả chúng

tôi có điểm thực hành chăm sóc LĐTĐ ($6,94 \pm 1,23$) thấp hơn điểm thực hành dự phòng ($7,0 \pm 0,75$). Điều này có thể lý giải do các nguyên nhân sau:

Đánh giá tình trạng da, phân giai đoạn loét là bước đầu tiên trong phòng ngừa và chăm sóc LĐTĐ. SV có kiến thức về đánh giá nguy cơ 47,3% nhưng thực hành trên lâm sàng (bước 5 trong quy trình) chưa tốt liên quan đến diễn biến lâm sàng tình trạng của từng người bệnh [13, 15]. Chăm sóc vết loét là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc người bệnh và ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị, đặc biệt là kéo dài thời gian nằm viện, tốn kém chi phí và có thể gia tăng tỷ lệ LĐTĐ [7]. Trong bước 7 của 2 quy trình, SV làm chưa được tốt về kỹ thuật rửa vết loét. Với loét giai đoạn 1, tình trạng da chỉ có ban đỏ nên chỉ cần vệ sinh vùng da, giữ da khô thoáng giúp ngăn ngừa tiến triển LĐTĐ. Nhưng với loét từ giai đoạn 2, 3, 4 kỹ thuật rửa vết loét khó và phức tạp hơn đòi hỏi SV hiểu được sự tiến triển vết loét đồng thời biết sử dụng tốt các sản phẩm chăm sóc loét như dung dịch rửa và các loại băng vết loét tương ứng từng giai đoạn. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế: không dùng dung dịch betadin, oxy già rửa các vết loét giai đoạn 1,2 hoặc khi vết loét đang lên tổ chức hạt [6]. Nhưng qua khảo sát thực tế, SV dùng betadin pha loãng để rửa vết loét giai đoạn 2 hoặc vết loét giai đoạn 3 đang tiến triển tốt sẽ ảnh hưởng đến quá trình lành vết loét của NB. Đây là một điểm cần lưu ý khi giảng dạy vì nó sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị của NB [14, 15].

Thực hành phòng ngừa không đúng quy trình, ngoài nguyên nhân là kiến thức, còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như thiếu các thiết bị giảm áp lực (nệm nước, nệm hơi), khối lượng công việc tại một số khoa đặc biệt như hồi sức cấp cứu [13,15]. Thay đổi tư thế là rào cản thường xuyên nhất trong việc thực hành phòng ngừa và chăm sóc LĐTĐ. Phát hiện của nghiên cứu ghi nhận chỉ 22% SV được hỏi thực hiện việc thay đổi tư thế của bệnh nhân trong khoảng thời gian 15 phút, 38% thỉnh thoảng, 26% SV không thực hiện khuyến nghị thường quy này để ngăn ngừa LĐTĐ [3, 7].

4.3 Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành chăm sóc loét do tỳ đè của SVĐD

4.3.1 *Mối liên quan giữa kiến thức, thực hành chăm sóc loét do tỳ đè với đặc điểm chung*

Nghiên cứu của tác giả Franco R. Abrahams và cộng sự, 50 SV điều dưỡng có mức độ kiến thức tốt ($n=35$; 70%), thái độ ($n=39$; 78%), thực hành ($n=47$; 94%). Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các biến số nhân khẩu học và mức độ kiến thức, thái độ và thực hành, $p > 0,05$ [7]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu trên, không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, dân tộc với kiến thức phòng ngừa LĐTĐ theo bộ câu hỏi PUKAT 2.0 và thực hành chăm sóc LĐTĐ [7, 15].

Chương trình đào tạo sinh viên điều dưỡng được chia thành hai phần: lý thuyết và thực hành. Thực hành lâm sàng là một phần không thể thiếu trong đào tạo điều dưỡng và được thực hiện tại các bệnh viện. Nói cách khác, thực hành lâm sàng cho phép sinh viên đưa kiến thức lý thuyết vào thực tiễn, phát triển kỹ năng quan sát, xác định và giải quyết vấn đề và đưa ra quyết định chăm sóc. Thông qua quá trình thực hành lâm sàng, SV sẽ có thêm nhiều trải nghiệm thực tế và giúp SV nhớ các kiến thức lý thuyết tốt hơn [15]. Điểm kiến thức SV đi vòng thực tế tốt nghiệp ($16,29 \pm 4,13$) cao hơn điểm của SV đi thực tập học phần Thực tập chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực ($14,03 \pm 4,05$) ($p < 0,05$). Điểm thực hành chăm sóc LĐTĐ của SV đi vòng thực tế tốt nghiệp ($7,19 \pm 1,07$) cao hơn điểm của SV đi thực tập học phần Thực tập chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực ($6,47 \pm 1,38$), $p < 0,05$. Nhưng khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến thì không tìm thấy mối liên quan.

Tác giả Kim Usher ghi nhận điểm kiến thức của sinh viên tăng lên theo nhiều năm kinh nghiệm thực tập lâm sàng so với những sinh viên không có kinh nghiệm và tăng theo số lượng đơn vị lâm sàng khác nhau tham dự [9]. SV đi thực tế tốt nghiệp là vòng thực tập cuối cùng trước khi tốt nghiệp để trở thành điều dưỡng, còn học phần Thực tập chăm sóc người bệnh cấp cứu và chăm sóc tích cực bắt đầu

đi thực tập đầu học kỳ 2 năm thứ 3. Nên việc tiếp xúc nhiều với môi trường lâm sàng trong quá trình thực hành của nhóm SV đi thực tế tốt nghiệp nhiều hơn và làm tăng mức độ kiến thức cũng như kinh nghiệm thực hành các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản đặc biệt là kỹ năng thay băng vết thương. Trên thực tế, tầm quan trọng của trải nghiệm lâm sàng trong quá trình phát triển học tập của sinh viên được công nhận là chìa khóa cho năng lực chuyên môn [13, 15]. Lượng kiến thức được tiếp thu qua thời gian học tập ở lâm sàng và thời gian thực hành kéo dài sẽ gia tăng kinh nghiệm và nâng cao kỹ năng thực hành [3, 4, 9].

4.3.2 *Mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng thực hành chăm sóc loét do tỳ đè*

Sinh viên điều dưỡng khi tham gia thực tập tại các cơ sở thực hành sẽ tham gia vào quá trình chăm sóc người bệnh và năng lực SV có thể ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc. Kiến thức tốt và kỹ năng thực hành tốt giúp SV phát hiện sớm và có biện pháp phòng ngừa quản lý LĐTĐ. Nhiều bằng chứng cho thấy kiến thức và kỹ năng không tốt liên quan đến sự xuất hiện hoặc làm nặng thêm tình trạng loét [3, 9]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối tương quan mạnh giữa kiến thức phòng ngừa LĐTĐ với chăm sóc LĐTĐ $r = 0,83$ ($p < 0,001$). Kiến thức phòng ngừa LĐTĐ tăng thêm 1 điểm thì mức độ kỹ năng thực hành phòng ngừa LĐTĐ tăng lên 0,14 lần ($p < 0,001$). Tác giả Bollineni NJ cũng ghi nhận có mối tương quan mạnh giữa kiến thức phòng ngừa LĐTĐ với thực hành chăm sóc LĐTĐ ($r = 0,36$, $df = 83$, $p < 0,05$) [3]. Kết quả nghiên cứu của Franco R. Abrahams và cộng sự, phát hiện phần lớn (94%) sinh viên điều dưỡng đã thực hiện tốt phòng ngừa LĐTĐ [7]. Thực hành tốt là kết quả của kiến thức tốt và thái độ tích cực đối với việc phòng ngừa và quản lý LĐTĐ khẳng định điều dưỡng có kiến thức tốt về phòng ngừa LĐTĐ thì khả năng thực hành phòng ngừa cao hơn 1,7 lần so với điều dưỡng có kiến thức kém [3, 7]. Từ các kết quả trên chứng minh rằng kỹ năng thực hành chăm sóc và dự phòng LĐTĐ bị ảnh hưởng bởi trình độ kiến thức. Có nhiều bằng chứng khoa học chứng minh SV điều dưỡng có trình độ kiến

thức tốt có khả năng sử dụng nguồn kiến thức hướng dẫn về phòng ngừa loét do tỳ đè và vận dụng vào thực hành [11]. Ngược lại nếu SV có kiến thức kém về phòng ngừa LĐTĐ dẫn đến thực hành kém và không tuân thủ việc sử dụng các hướng dẫn phòng ngừa LĐTĐ và nâng cao chất lượng đào tạo đóng vai trò then chốt trong việc phát triển các phương pháp cải thiện cả kiến thức và thực hành chăm sóc LĐTĐ cho SV [4,12].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa kiến thức và kỹ năng thực hành của sinh viên điều dưỡng về phòng ngừa và chăm sóc loét tỳ đè. Mặc dù sinh viên có kiến thức tốt, nhưng kỹ năng thực hành còn hạn chế. Kết quả cũng chỉ ra một mối tương quan mạnh mẽ giữa kiến thức và thực hành: kiến thức tốt hơn sẽ dẫn đến kỹ năng thực hành tốt hơn. Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt về kiến thức hay thực hành ở các nhóm sinh viên theo giới tính, dân tộc, hay học phần đã học. Do đó, để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, các chương trình đào tạo cần chú trọng xây dựng nội dung giảng dạy lâm sàng chuyên sâu. Cần tập trung vào việc củng cố các kỹ năng thực hành cốt lõi như kỹ thuật vệ sinh tay, rửa và đánh giá vết loét, cũng như kỹ thuật thay đổi tư thế cho người bệnh. Việc này sẽ giúp thu hẹp khoảng cách giữa lý thuyết và thực tiễn, trang bị đầy đủ năng lực cho sinh viên trước khi ra trường.

Nghiên cứu này là một khảo sát cắt ngang, do đó chỉ cung cấp thông tin tại một thời điểm cụ thể và không thể thiết lập được mối quan hệ nhân quả. Vì vậy, mặc dù nghiên cứu chỉ ra mối tương quan mạnh mẽ giữa kiến thức và kỹ năng thực hành, nhưng không thể khẳng định chắc chắn rằng việc tăng kiến thức sẽ trực tiếp làm tăng kỹ năng thực hành. Ngoài ra, mẫu nghiên cứu chỉ giới hạn trong một nhóm sinh viên điều dưỡng tại một trường cao đẳng y tế. Điều này có thể làm giảm tính khái quát của kết quả. Các phát hiện của nghiên cứu có thể không đại diện đầy đủ cho tổng thể sinh viên điều dưỡng trên

toàn quốc hoặc cho đội ngũ điều dưỡng đang hành nghề tại các cơ sở y tế khác. Cuối cùng, nghiên cứu này chỉ sử dụng thang đo **PUKAT 2.0** và quy trình thực hành của Bộ Y tế để đánh giá. Mặc dù các công cụ này có độ tin cậy và giá trị nhất định, nhưng việc sử dụng thêm các phương pháp đánh giá khác (ví dụ: quan sát trực tiếp, phỏng vấn sâu) có thể cung cấp thêm những thông tin định tính chi tiết hơn về các rào cản trong quá trình học tập và thực hành của sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bénédicte M, Nele VD, Katrien V, et al. Development and psychometric validation of PUKAT 2.0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention, International Wound Journal. 2017; 1 - 11.
2. Shegaw TM, Haimanot AG, Bitew TZ, et al. Pressure ulcer prevention knowledge, practices, and their associated factors among nurses in Gurage Zone Hospitals, South Ethiopia, Original Research Article. 2022; 10: 1 - 11.
3. Bollineni NJ. Knowledge and Practices of Student Nurses of NRI College of Nursing in A lication of SSKIN towards Prevention of Pressure Ulcers in NRI Hospital, Nursing & Healthcare International Journal. 2018; 2 (4): 1 - 7.
4. Jing W, Bangjun W, Liping Z, Xiaoli J. Nurses 'knowledge on pressure ulcer prevention: An updated systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. Frontiers in PublicHealth. 2022; 10: 964680.
5. Beeckman D, Vanderwee K, Demarré L, et al. Pressure ulcer prevention: development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. Int. J. Nurs. Stud. 2010; 47 (4): 399 – 410.
6. Bộ Y tế. Quyết định Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc. 2014.
7. Franco RA, Edwin RD, Hileni NN, et al. Students' knowledge, attitude and practices towards pressure ulcer prevention and management, Health SA Gesondheid. 2023; 28: 2180.
8. Fatimah S, Dayana IBS, Norhidayah BM, & Hasnah S. Knowledge, practice and perceived barrier of pressure ulcer prevention among nurses in a public hospital in Selangor. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2020; 20 (1): 1 - 10.

9. Kim U, Cindy W, Janie B, et al. Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 81: 14 - 20.
10. Hagos B, Tewolde W, Tewolde T, Teklay Z. Practice on pressure ulcer prevention among nurses in selected public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2020; 13 (1): 207.
11. Gulden DS, Hulya FK. Knowledge and attitudes of Turkish nursing students towards pressure injury prevention, *J Tissue Viability*. 2022; 31 (1): 16 - 23.
12. Valentina S, Dania C, Maria EF, et al. Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2015; 35: 573 - 576.
13. Lexie M. Pressure injury prevention and management. *Nursing guideline, Nursing Clinical Effectiveness Committee*. 2022
14. Mojgan L, Ahmad MA, Hossein A, Afsaneh N. Iranian nurses' knowledge, attitude and behaviour on skin care, prevention and management of pressure injury: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Open*. 2019; 6: 1600 - 1605.
15. Julian FG, Graham WF, Peter V, et al. Cohort study evaluating pressure ulcer management in clinical practice in the UK following initial presentation in the community: costs and outcomes. *BMJ Open*. 2018; 8: 1 - 14.

KNOWLEDGE, PRACTICE, AND RELATED FACTORS FOR PRESSURE ULCER PREVENTION AMONG THIRD-YEAR NURSING STUDENTS AT HUE MEDICAL COLLEGE, 2024.

Pham Thi Thuy Loan¹, Nguyen Viet Chau Quyen¹, Dang Thi Trinh¹,
 Nguyen Thi Phuong Thao²

¹*Hue Medical College*

²*Hue University of Medicine and Pharmacy*

This cross-sectional study aimed to assess the knowledge and practice of pressure ulcer (PU) prevention and related factors among nursing students at Hue Medical College, 2024.. The survey was conducted on 110 nursing students from January to August 2024, using the PUKAT 2.0 knowledge assessment tool and the Ministry of Health's practice procedure. The results show that the students' average knowledge score for PU prevention was 15.49 ± 4.23 on the PUKAT 2.0 scale, while their average practice score was 6.94 ± 1.23 . The PUKAT 2.0 scale, with a cutoff score of 13.5, can identify good practical skills with a sensitivity of 86.7% and a specificity of 92.9%. The study found no statistically significant

differences in knowledge and practice scores for PU care among student groups based on gender, ethnicity, or practical course. However, there was a strong positive correlation between knowledge and practice ($r = 0.83$, $p < 0.001$). For every 1-point increase in knowledge, the level of practical skills in PU care increased by 0.24 times ($p < 0.001$). Based on these findings, we recommend that training on PU care skills for nursing students be integrated into clinical practice using a comprehensive teaching approach

Keywords: Pressure ulcer care skills; nursing students; PUKAT 2.0; related factors; Hue Medical College

THỰC TRẠNG PHÁT HIỆN, QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI CÁC TRẠM Y TẾ MÔ HÌNH ĐIỂM CỦA TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2024

Đặng Văn Hải¹, Trần Thị Thực^{2*}, Nguyễn Hoài Lê², Đỗ Thị Châm¹,
Đào Trường Nam², Bùi Văn Hồng²

¹Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Vĩnh Phúc

TÓM TẮT

Nghiên cứu được triển khai với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại các Trạm Y tế mô hình điểm của tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính tại 35 Trạm Y tế mô hình điểm của tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024. Kết quả, tỷ lệ Trạm Y tế quản lý điều trị tăng huyết áp (100%), quản lý điều trị đái tháo đường (48,6%), tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường được phát hiện lần lượt là 38,0% và 70,5%, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường quản lý điều trị tại Trạm Y tế lần lượt là 28,4% và 3,6%. Yếu tố liên quan gồm: Chưa có chính sách hỗ trợ sàng lọc, 34,3% Trạm Y tế thiếu thuốc, 100% Trạm Y tế không có máy huyết áp cho sàng lọc và 26,1% Trạm Y tế không có bệnh nhân. Kết luận, tất cả các Trạm Y tế đều thực hiện quản lý điều trị tăng huyết áp, trong khi quản lý điều trị bệnh đái tháo đường còn hạn chế, có một số yếu tố liên quan đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại Trạm Y tế. Ngành y tế tỉnh Vĩnh Phúc sớm tham mưu ban hành chính sách hỗ trợ sàng lọc, đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ, trang bị máy đo huyết áp cho sàng lọc, chuyển tuyến bệnh nhân.

Từ khóa: Quản lý điều trị, tăng huyết áp, đái tháo đường, yếu tố liên quan, trạm y tế, Vĩnh Phúc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) thuộc nhóm bệnh không lây nhiễm (BKNL) phổ biến tại Việt Nam, hiện đang gia tăng nhanh và có xu hướng trẻ hóa. Năm 2021, tại Việt Nam có khoảng 17 triệu người mắc bệnh THA, 4 triệu người mắc bệnh ĐTĐ [1]. Tăng huyết áp là nguyên nhân chính gây ra các bệnh tim mạch, tử vong do bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ lớn nhất với 35,4%, đái tháo đường chiếm 4,4% tổng số tử vong tại Việt Nam [2]. Thực trạng khoảng trống phát hiện, điều trị bệnh THA, ĐTĐ còn rất lớn, 59,8% người mắc THA và 65,1% người mắc ĐTĐ nhưng không được chẩn đoán, chỉ có 24,7% người mắc THA và 23,3% người mắc ĐTĐ được điều trị tại cơ

sở y tế, trong đó 19,2% người mắc THA và 9,7% người mắc ĐTĐ được quản lý điều trị tại Trạm Y tế (TYT) [1]. Trước tình hình gia tăng BKNL, ngày 29/01/2022 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 155/QĐ-TTg về việc phê duyệt Kế hoạch Quốc gia phòng, chống BKNL và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025 với mục tiêu làm giảm tỷ lệ mắc, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các BKNL [3]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ tại TYT, nghiên cứu thực trạng quản lý điều trị THA, ĐTĐ tại TYT xã của một số tỉnh Việt Nam năm 2021-2022 [4], nghiên cứu thực trạng và một số khó khăn trong triển khai quản lý điều trị THA, ĐTĐ tại TYT xã tại 13 tỉnh ở Việt Nam [5]. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ

*Tác giả: Trần Thị Thực

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Vĩnh Phúc

Số điện thoại: 0972 238 385

Email: thuctranvp.289@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/07/2025

Ngày phản biện: 17/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

lệ TYT quản lý điều trị ĐTD chưa cao, tồn tại một số khó khăn trong quá trình thực hiện. Để tăng cường hoạt động phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTD góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh, tàn tật và tử vong, mô hình điểm về phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTD được triển khai tại 35 TYT của tỉnh Vĩnh Phúc với nội dung thành lập Ban chỉ đạo triển khai mô hình, huy động sự tham gia của các bên liên quan, truyền thông giáo dục sức khỏe, sàng lọc phát hiện sớm, thu thập quản lý thông tin bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh, triển khai quản lý điều trị THA, ĐTD theo hướng dẫn của Bộ Y tế, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, thống kê (*Sơ đồ triển khai tại phụ lục*). Để có thông tin, số liệu trả lời câu hỏi thực trạng phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTD tại các TYT mô hình điểm như thế nào? yếu tố nào ảnh hưởng đến hoạt động phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTD tại các TYT mô hình điểm? Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan tới hoạt động phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTD tại TYT mô hình điểm của tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024. Trên cơ sở đó đưa ra những đề xuất, kiến nghị góp phần nâng cao chất lượng công tác phòng chống THA, ĐTD ở tuyến y tế cơ sở.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Trạm Y tế mô hình điểm

Trưởng Trạm Y tế.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Trưởng trạm thuộc các TYT mô hình điểm.
Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 35 Trạm Y tế được chọn là mô hình điểm của tỉnh Vĩnh Phúc, từ tháng 01 - 12/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Định lượng: 35 Trạm Y tế mô hình điểm.

Định tính: 09 Trưởng Trạm Y tế.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Định lượng: Chọn toàn bộ 35 TYT mô hình điểm.

Định tính: Chọn toàn bộ 9 huyện, thành phố có TYT mô hình điểm, tại mỗi huyện, thành phố chọn ngẫu nhiên 1 TYT mô hình điểm, tại mỗi TYT chọn Trưởng trạm.

2.6 Biến số nghiên cứu

2.6.1 Định lượng:

* Thực trạng phát hiện, quản lý điều trị THA, ĐTD tại TYT gồm:

Tỷ lệ TYT sàng lọc THA: là số TYT có triển khai đo huyết áp để phát hiện người nghi ngờ mắc THA chia cho 35 TYT mô hình điểm x 100%.

Tỷ lệ TYT sàng lọc ĐTD: là số TYT triển khai sàng lọc bằng phiếu đánh giá nguy cơ và/hoặc xét nghiệm đường máu để phát hiện người nguy cơ ĐTD chia cho 35 TYT mô hình điểm x 100%.

Tỷ lệ TYT quản lý điều trị THA, ĐTD: là số TYT có lập bệnh án ngoại trú cho bệnh nhân THA, ĐTD và bệnh nhân THA, ĐTD tái khám định kỳ, theo dõi kiểm soát mục tiêu điều trị, được kê đơn cấp thuốc từ 28-30 ngày chia cho 35 TYT mô hình điểm x 100%.

Tỷ lệ người trưởng thành được sàng lọc THA: là số người từ 18 tuổi trở lên được đo huyết áp ít nhất 01 lần/năm chia cho dân số của 35 xã triển khai mô hình điểm ở độ tuổi từ 18 tuổi trở lên x 100%.

Tỷ lệ người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc ĐTD: là số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc bằng

phiếu đánh giá nguy cơ và/hoặc xét nghiệm đường máu ít nhất 01 lần/năm chia cho dân số của 35 xã mô hình điểm ở độ tuổi từ 40 tuổi trở lên x 100%.

Tỷ lệ người được phát hiện THA: là số người được cơ sở y tế chẩn đoán mắc THA tính đến thời điểm thu thập số liệu chia cho dân số của 35 xã mô hình điểm x 12% dân số dự kiến mắc THA, kết quả x 100%.

Tỷ lệ người được phát hiện ĐTD: là số người được cơ sở y tế chẩn đoán mắc ĐTD tính đến thời điểm thu thập số liệu chia cho dân số của 35 xã mô hình điểm x 2% dân số dự kiến mắc ĐTD, kết quả x 100%.

Tỷ lệ người bệnh được quản lý điều trị THA: là số bệnh nhân được lập bệnh án ngoại trú tại TYT và tái khám định kỳ, theo dõi kiểm soát mục tiêu điều trị, được kê đơn cấp thuốc từ 28-30 ngày chia cho tổng số bệnh nhân THA được phát hiện x 100%.

Tỷ lệ người bệnh được quản lý điều trị ĐTD: là số bệnh nhân được lập bệnh án ngoại trú tại TYT và tái khám định kỳ, theo dõi kiểm soát mục tiêu điều trị, được kê đơn cấp thuốc từ 28-30 ngày chia cho tổng số bệnh nhân ĐTD được phát hiện x 100%.

* Yếu tố liên quan: thông tin về chính sách quản trị; trung bình cán bộ y tế, trung bình số bác sỹ, trung bình số y tế thôn, tổ dân phố, tỷ lệ TYT luôn có thuốc điều trị THA, ĐTD; tỷ lệ TYT có thiết bị cho khám, chữa bệnh THA, ĐTD, tỷ lệ TYT có thiết bị cho sàng lọc THA, ĐTD tại cộng đồng; tỷ lệ TYT có bệnh nhân điều trị THA, ĐTD.

2.6.2 Định tính: Một số yếu tố liên quan đến phát hiện, QLĐT THA, ĐTD tại TYT:

Chính sách quản trị: Công tác chỉ đạo, điều hành, phối hợp trong quá trình triển khai? khoảng trống trong chính sách liên quan đến sàng lọc, quản lý điều trị THA, ĐTD? Sự hỗ trợ của các tuyến cho triển khai hoạt động?

Nhân lực: Thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu về nhân lực của TYT cho triển khai

hoạt động? công tác đào tạo như thế nào?

Thuốc điều trị: Thực trạng và mức độ đáp ứng thuốc thiết yếu trong điều trị?

Trang thiết bị: Thực trạng, mức độ đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, sàng lọc?

Bệnh nhân: Thực trạng, nguồn thu dung bệnh nhân?

2.6.3 Tiêu chuẩn đánh giá:

Quản lý điều trị: đủ 2 điều kiện: (1) Có bệnh án ngoại trú tại TYT; (2) Tái khám định kỳ, theo dõi kiểm soát mục tiêu điều trị và được kê đơn cấp thuốc dài ngày.

Người trưởng thành: là người từ đủ 18 tuổi trở lên.

Đối tượng được sàng lọc THA: là người từ 18 tuổi trở lên.

Đối tượng được sàng lọc ĐTD: là người từ 40 tuổi trở lên.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

2.7.1 Định lượng

Phòng vấn cán bộ phụ trách bằng bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế sẵn, thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi thu thập thông tin. Số liệu được thu thập từ báo cáo, sổ sách, tài liệu. Điều tra viên là cán bộ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Vĩnh Phúc, được tập huấn trước khi thu thập số liệu.

2.7.2 Định tính

Phòng vấn sâu Trưởng trạm bằng công cụ hướng dẫn phỏng vấn sâu theo các chủ đề nghiên cứu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

2.8.1. Định lượng: làm sạch, nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 để xác định tần số, tỷ lệ %, trung bình.

2.8.2. Định tính: Ghi âm, gõ bằng, lưu vào tệp word và phân tích theo chủ đề về chính sách

quản trị, nhân lực, thuốc, trang thiết bị nhằm minh chứng cho kết quả định lượng.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng phê duyệt thuyết minh đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc tại Quyết định số 481/QĐ-SYT ngày 24/4/2024.

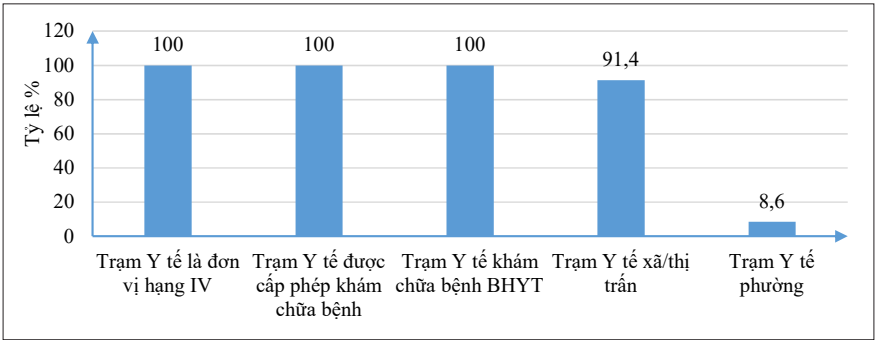
Nghiên cứu được thông báo cho các đơn vị y tế, đối tượng tham gia về mục đích, ý nghĩa.

Các đơn vị y tế tham gia tự nguyện. Số liệu thu thập phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế mô hình điểm

3.1.1. Thông tin chung của Trạm Y tế mô hình điểm

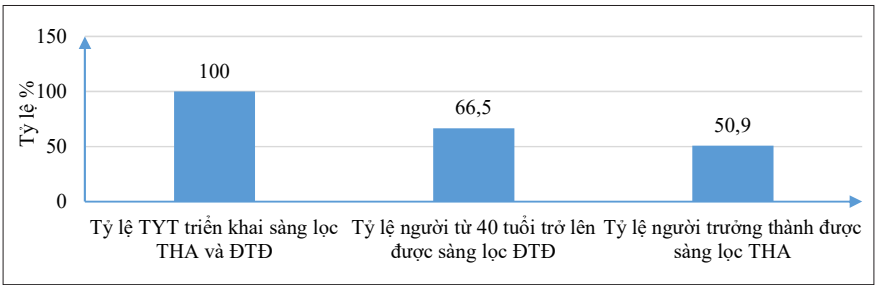


Hình 1. Thông tin chung của các Trạm Y tế mô hình điểm (n=35)

Hình 1 cho thấy, tất cả các Trạm Y tế đều là đơn vị y tế hạng IV, đều được cấp phép hoạt động khám chữa bệnh và tham gia khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong số TYT mô hình

điểm chỉ có 8,6% TYT phường, còn lại là TYT xã/thị trấn.

3.1.2 Thông tin về sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường



Hình 2. Thông tin về sàng lọc THA và ĐTĐ tại Trạm Y tế (n=35)

Hình 2 cho thấy, 100% TYT triển khai sàng lọc THA, ĐTĐ, tỷ lệ người trưởng thành được

sàng lọc THA là 50,9% và tỷ lệ người dân từ 40 tuổi trở lên sàng lọc ĐTĐ là 66,5%.

Bảng 1. Thông tin về phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại Trạm Y tế (n=35)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Trạm Y tế triển khai QLĐT bệnh THA	35	100
Trạm Y tế triển khai QLĐT bệnh ĐTD	17	48,6
Người bệnh THA được phát hiện	14.910	38,0
Người bệnh THA được QLĐT tại TYT	4.241	28,4
Người bệnh ĐTD được phát hiện	4.610	70,5
Người bệnh ĐTD được QLĐT tại TYT	168	3,6

Bảng 1 cho thấy, 100% TYT triển khai QLĐT bệnh THA, 48,6% TYT QLĐT bệnh ĐTD. Về bệnh THA, 38,0% người được phát hiện, trong đó 28,4% người được QLĐT tại TYT. Về bệnh ĐTD, 70,5% người được phát hiện, trong đó 3,6% người được QLĐT tại TYT.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD tại Trạm Y tế mô hình điểm

3.2.1 Chính sách quản trị

Bảng 2. Thông tin về quản lý điều hành và hướng dẫn, hỗ trợ từ tuyến trên (n=35)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Trạm Y tế được giao nhiệm vụ, chỉ tiêu về sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD	35	100
Trạm Y tế nhận được những văn bản hướng dẫn của cấp trên về sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD	35	100
Trạm Y tế có cán bộ được tập huấn về sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD, thống kê báo cáo BKLN	35	100
Trạm Y tế được kiểm tra, giám sát triển khai mô hình phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD	35	100
Cán bộ y tế tham gia sàng lọc được nhận kinh phí hỗ trợ	0	0

Bảng 2 cho thấy, tất cả các Trạm Y tế đều nhận được văn bản chỉ đạo, hướng dẫn, tập huấn, giám sát triển khai sàng lọc, QLĐT bệnh THA, ĐTD của tuyến trên. Tuy nhiên, toàn bộ

cán bộ tham gia sàng lọc đều không được hỗ trợ kinh phí.

3.2.2 Nhân lực y tế

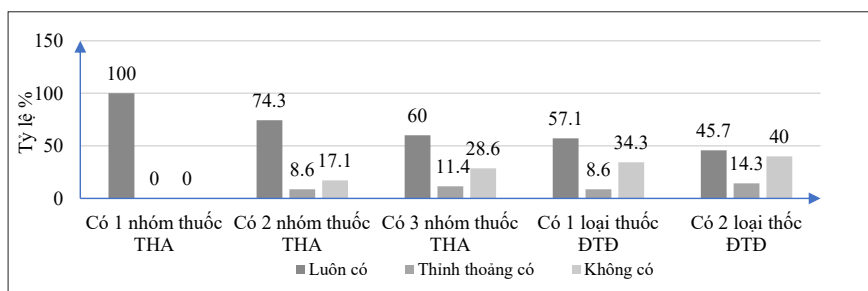
Bảng 3. Thông tin về nhân lực tại Trạm Y tế (n=35)

Nhân lực	Trung bình (min; max)	Số CB tham gia sàng lọc, QLĐT THA, ĐTD TB (min; max)	Số CB được tập huấn về sàng lọc, QLĐT THA, ĐTD TB (min; max)
Cán bộ Trạm Y tế	6,7 (5; 12)	6,4 (2; 11)	4,3 (2; 11)
Y sỹ, Bác sỹ	3,2 (1; 7)	3,0 (1; 7)	2,4 (1; 5)
Y tế thôn/tổ dân phố	11,2 (3; 23)	11,2 (3; 23)	11,2 (3; 23)

Bảng 3 cho thấy, trung bình mỗi TYT có 6,7 cán bộ, trong đó 3,2 y sĩ, bác sĩ, hầu hết đều tham gia sàng lọc, QLĐT bệnh THA, ĐTD và có tới 4,3 cán bộ được tập huấn.

mỗi TYT có 11,2 y tế thôn/tổ dân phố, tất cả đều tham gia và được tập huấn.

3.2.3 Thuốc điều trị



Hình 3. Thông tin về sẵn có thuốc điều trị THA và ĐTD tại TYT (n=35)

Hình 2 cho thấy, đối với thuốc điều trị THA, tất cả các TYT luôn có 01 nhóm, 74,3% TYT luôn có 2 nhóm và 60,0% TYT luôn có đủ 3 nhóm, bên cạnh đó còn có 17,1% TYT không có từ 2 nhóm trở lên. Đối với thuốc điều trị

ĐTD, có 57,1% TYT luôn có 01 loại, 45,7% TYT luôn có 02 loại và 34,3% TYT không có ít nhất 01 loại thuốc điều trị ĐTD.

3.2.4 Trang thiết bị

Bảng 4. Thông tin về trang thiết bị và các điều kiện khác tại Trạm Y tế (n=35)

Nội dung	Có đủ	Có, không đủ	Không có
Máy đo huyết áp hoạt động tốt	29 (82,9%)	6 (17,1%)	0
Ổng nghe hoạt động tốt	28 (80,0%)	7 (20,0%)	0
Máy đo huyết áp sàng lọc cộng đồng	0	0	35 (100%)
Cân nặng, thước đo	29 (82,9%)	3 (8,6%)	3 (8,6%)
Máy xét nghiệm đường máu mao mạch	29 (82,9%)	0	6 (17,1%)

Bảng 4 cho thấy, đa số TYT có đủ thiết bị phục vụ khám, điều trị THA, ĐTD tại TYT. Tuy nhiên không TYT nào có máy đo huyết áp

sàng lọc tại cộng đồng.

3.2.5 Mức độ thu dung bệnh nhân

Bảng 5. Thông tin về mức độ thu dung bệnh nhân của các Trạm Y tế có thuốc điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường

Nội dung	Có bệnh nhân	Không có bệnh nhân
Bệnh nhân điều trị THA (n=35)	35 (100%)	0
Bệnh nhân điều trị ĐTD (n=23)	17 (73,9%)	6 (26,1%)

Bảng 5 cho thấy, tất cả 35 TYT mô hình điểm đều có bệnh nhân điều trị THA. Trong

tổng số 23 TYT có thuốc điều trị ĐTD, có tới 26,1% TYT không có bệnh nhân điều trị.

3.2.6 Kết quả nghiên cứu định tính về một số yếu tố liên quan

* Chính sách quản trị

Hàng năm chỉ tiêu kế hoạch giao sàng lọc tăng huyết áp cho ít nhất 50% người trưởng thành, sàng lọc đái tháo đường cho ít nhất 70% người từ 40 tuổi trở lên, do đó số lượng người cần sàng lọc tương đối lớn. Tuy nhiên, hoạt động sàng lọc phát hiện BKLN chưa thuộc danh mục được bảo hiểm y tế chi trả, tại tỉnh Vĩnh Phúc chưa có chính sách hỗ trợ sàng lọc.

“Hiện nay chưa có chính sách hỗ trợ sàng lọc, mỗi lần sàng lọc ở cộng đồng số lượng lớn, triển khai trong nhiều ngày, có khi làm cả ngày nghỉ nhưng cán bộ y tế tham gia sàng lọc không được hỗ trợ kinh phí, bảo hộ đi cũng khó, chúng tôi phải nói khéo nhờ họ đi sàng lọc giúp”.

(PVS Trưởng Trạm Y tế xã HH)

* Nhân lực y tế

Nhân lực tham gia sàng lọc, quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm là yếu tố quan trọng, quyết định chất lượng và tiến độ thực hiện. Hầu hết các TYT có đủ nhân lực và được đào tạo, tập huấn để triển khai hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm.

“Ở Trạm có y bác sỹ trực tiếp khám chữa bệnh, điều trị THA, ĐTD tại Trạm, số lượng cán bộ theo định mức biên chế đủ rồi. Tổ chức sàng lọc thì toàn bộ cán bộ Trạm sẽ tham gia sàng lọc cùng với y tế thôn. Năm nay trên Trung tâm huyện và trên tỉnh tổ chức mấy lớp tập huấn về hướng dẫn khám sàng lọc, điều trị THA, ĐTD cho cán bộ, y tế thôn, được tập huấn hết rồi nên ai cũng làm được”.

(PVS Trưởng Trạm Y tế xã HS)

* Thuốc điều trị

Danh mục thuốc thiết yếu cho điều trị THA, ĐTD khá phong phú, tuy nhiên danh mục thuốc thiết yếu được phê duyệt tại TYT còn hạn chế. Theo một số nghiên cứu trước đây cho thấy khó khăn trong việc mua sắm, đầu thầu tập trung hoặc từ phía nhà cung ứng thuốc nên tình trạng

thiếu thuốc điều trị còn tồn tại khá phổ biến tại các TYT.

“Thuốc là quan trọng nhất để giữ chân bệnh nhân, nhiều nhất vẫn là nhóm thuốc chẹn kênh canxi, nhưng thỉnh thoảng lại thay đổi hoặc số lượng không đủ cấp nên bệnh nhân phải tự đi mua ... Có những bệnh nhân uống thuốc điều trị của Trạm không hợp bị tác dụng phụ nên họ mua ngoài, thuốc huyết áp cũng rẻ”.

(PVS Trưởng Trạm Y tế xã ĐT)

* Trang thiết bị

Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 28/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 quy định về danh mục trang thiết bị thiết yếu cho Trạm Y tế. Theo đó liên quan đến bệnh THA, ĐTD, TYT cần được trang bị tối thiểu 2 máy đo huyết áp, 2 máy đo đường huyết cá nhân, 02 ống nghe, 01 cân sức khỏe có thước đo chiều cao. Tuy nhiên, với số lượng 02 máy đo huyết áp chỉ đủ phục vụ công tác khám chữa bệnh tại Trạm Y tế, máy huyết áp để sàng lọc ở cộng đồng hầu hết các TYT đều không có.

“Máy huyết áp để khám bệnh ở Trạm thì có đủ, nhưng khi nào sàng lọc ở cộng đồng phải mang hết đi, có khi còn phải mượn cả huyết áp của y tế thôn, chúng tôi không có máy huyết áp dành riêng cho sàng lọc, theo tôi được biết các Trạm khác cũng như vậy”.

(PVS Trưởng Trạm Y tế phường HH)

* Mức độ thu dung bệnh nhân

Trạm Y tế không có bệnh nhân điều trị cũng là khó khăn trong quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD. Các đơn vị y tế tuyến trên không chuyển bệnh nhân về TYT hoặc tâm lý của người bệnh không tin tưởng vào TYT là một số lý do được các nghiên cứu đưa ra.

“Trung tâm cấp thuốc điều trị ĐTD về Trạm rồi nhưng chưa có bệnh nhân, trên Trung tâm chưa chuyển bệnh nhân về, chúng tôi cũng tuyên truyền cho người dân về Trạm Y tế cấp thuốc điều trị ĐTD rồi nhưng chưa có bệnh nhân điều trị”.

(PVS Trưởng Trạm Y tế xã ĐD)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế mô hình điểm

Tất cả các TYT mô hình điểm đều được cấp phép hoạt động khám chữa bệnh và đều đăng ký khám chữa bảo hiểm y tế, đây là điều kiện thuận lợi để TYT triển khai quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ là những bệnh lý mạn tính, cần theo dõi, điều trị dài ngày.

Sàng lọc thường xuyên và định kỳ tại cộng đồng góp phần phát hiện sớm người nguy cơ cao nghi ngờ mắc bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả các TYT đã tổ chức sàng lọc THA, ĐTĐ, tỷ lệ người được sàng lọc, phát hiện THA, ĐTĐ cơ bản đã đảm bảo và vượt tiến độ so với mục tiêu của Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của Thủ tướng chính phủ, ít nhất 50% người trưởng thành được đo huyết áp 01 lần/năm để phát hiện sớm THA, 50% người mắc THA được phát hiện và ít nhất 70% người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc bằng phiếu đánh giá nguy cơ và/hoặc xét nghiệm đường máu 01 lần/năm để phát hiện sớm ĐTĐ, 55% người mắc ĐTĐ được phát hiện [3]. Qua đó phản ánh sự chỉ đạo quyết liệt của ngành y tế và hiệu quả của hoạt động sàng lọc phát hiện sớm. Những giải pháp thực hiện cần nhắc để áp dụng mở rộng đối với các TYT khác.

Tỷ lệ TYT triển khai dự phòng, quản lý điều trị BKLN là một trong các chỉ tiêu của ngành y tế. Trong đó, TYT quản lý điều trị được bệnh THA và ĐTĐ là tiêu chí chính của chỉ tiêu này. Kết quả cho thấy, 100% TYT thực hiện quản lý điều trị THA và 48,6% TYT quản lý điều trị bệnh ĐTĐ. Cao hơn kết quả nghiên cứu năm 2022 tại 3 tỉnh Việt Nam, với tỷ lệ TYT triển khai quản lý điều trị THA, ĐTĐ lần lượt là 76,4% và 34,6% [4], tại 13 tỉnh Việt Nam với tỷ lệ lần lượt là 88,6% và 43,9% [5]. Sự khác biệt này có thể do thời gian, địa điểm nghiên cứu khác nhau và do mức độ quan tâm của ngành y tế đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ tại TYT.

Tỷ lệ người bệnh THA, ĐTĐ được quản lý điều trị tại TYT tương tự là 28,4% và 3,6%. Đối với quản lý điều trị bệnh THA, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả điều tra quốc gia năm 2021 là 19,2% [1] và kết quả nghiên cứu tại Cao Bằng năm 2021 là 6,9% [6]. Đối với quản lý điều trị bệnh ĐTĐ, kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả điều tra quốc gia là 9,7% [1] và tại Thừa Thiên Huế là 16,3% [7]. Điều này có thể giải thích do phạm vi nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành ở 35 TYT của tỉnh Vĩnh Phúc trong khi các nghiên cứu trên tiến hành trên phạm vi toàn quốc và toàn tỉnh.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến hoạt động phát hiện, QLĐT THA, ĐTĐ tại TYT

Năm 2024, Sở Y tế và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh đã ban hành các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn, tổ chức 25 lớp tập huấn, 02 đợt kiểm tra, giám sát hỗ trợ triển khai hoạt động phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ tại TYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy Vĩnh Phúc tất cả các TYT đều nhận được văn bản chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn, được tập huấn, giám sát hỗ trợ, nhờ đó thuận lợi cho quá trình triển khai. Nghiên cứu cũng chỉ ra khó khăn TYT gặp phải là chưa có chính sách hỗ trợ sàng lọc bệnh THA, ĐTĐ. Để triển khai các hoạt động sàng lọc tại cộng đồng với độ bao phủ lớn cần có nguồn lực nhất định, trong đó y tế thôn/tổ dân phố đóng vai trò quan trọng, nhưng hiện nay phụ cấp cho y tế thôn thấp, y tế tổ dân phố không có phụ cấp nên khó huy động tham gia. Do đó rất cần có chính sách hỗ trợ cho đối tượng này để đảm bảo duy trì hoạt động sàng lọc tại cộng đồng.

Tất cả các TYT đều có y sỹ/bác sỹ làm việc, thấp nhất là 1 người và cao nhất là 7 người, họ là những cán bộ phụ trách công tác khám chữa bệnh và được tập huấn cập nhật chuyên môn. Y tế thôn/tổ dân phố là lực lượng chủ yếu tham gia sàng lọc THA, ĐTĐ, trung bình mỗi TYT có 11,2 người, được tập huấn về dự phòng, sàng lọc THA, ĐTĐ. Như vậy đây là nguồn nhân lực dồi dào cho các TYT triển khai phát hiện và QLĐT bệnh THA, ĐTĐ. Cao hơn kết quả nghiên cứu tại huyện Sóc Sơn, 88,5% TYT

có y bác sỹ phụ trách khám bệnh [8], nghiên cứu tại Cao Bằng, trung bình có 8,48 y tế thôn bản/cộng tác viên [6]. Sự khác biệt này có thể do quy mô dân số của các địa phương khác nhau, việc quan tâm đến số lượng và chất lượng nguồn nhân lực tại TYT của ngành y tế các tỉnh khác nhau. Do đó việc quan tâm sắp xếp, đào tạo nhân lực để nâng cao chất lượng thực hiện hoạt động cần tiếp tục được duy trì và phát huy đối với các TYT khác. Hiện nay với việc sắp xếp chính quyền 2 cấp, nhân lực làm việc tại các TYT tuyến xã sau sắp xếp có thể sẽ đảm bảo việc thực hiện tốt nhiệm vụ về sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ.

Thuốc là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, tại TYT cần đảm bảo sẵn có ít nhất 3 nhóm thuốc điều trị THA, 2 loại thuốc điều trị ĐTĐ [9]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 60,0% TYT luôn có 3 nhóm thuốc điều trị THA và 45,7% TYT luôn có 2 loại thuốc điều trị ĐTĐ. Tuy nhiên, vẫn còn 17,1% TYT không có từ 2 nhóm thuốc điều trị THA và 34,3% TYT thiếu thuốc điều trị ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu tại 13 tỉnh Việt Nam cho thấy, 72,5% TYT thiếu chủng loại thuốc thiết yếu [5], nghiên cứu tại 3 tỉnh Việt Nam cũng tồn tại tình trạng các TYT thiếu thuốc điều trị [4]. Điều này có thể giải thích do khó khăn trong thực hiện các hướng dẫn mới của pháp luật về đấu thầu, mua sắm tập trung.

Cũng giống như thuốc, trang thiết bị cũng có vai trò không thể thiếu trong phát hiện, QLĐT bệnh THA, ĐTĐ, tỷ lệ TYT có đủ trang thiết bị QLĐT bệnh THA, ĐTĐ khá cao chiếm hơn 80%. Tuy nhiên, về máy đo huyết áp sàng lọc tại cộng đồng tất cả các TYT đều không có mà phải sử dụng máy đo huyết áp để khám chữa bệnh tại TYT hoặc mượn của cán bộ. Kết quả nghiên cứu tại Cao Bằng cũng cho thấy chỉ có 27,9% TYT có máy đo huyết áp cho sàng lọc tại cộng đồng [6]. Để sàng lọc định kỳ THA, ĐTĐ tại cộng đồng cán bộ y tế cần có máy đo huyết áp, cân, thước để đánh giá các chỉ số về nhân trắc học, huyết áp, nhưng hiện nay máy đo huyết áp để phục vụ cho hoạt động này còn hạn chế. Do đó để duy trì hoạt động sàng lọc cộng đồng việc đầu tư trang thiết bị là điều cần thiết.

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, bệnh nhân THA, ĐTĐ đã được kiểm soát ổn định ở tuyến trên với một phác đồ hiệu quả, đạt mục tiêu điều trị, trên cơ sở các thuốc sẵn có tại TYT chuyển về TYT tiếp tục theo dõi, điều trị. Hiện nay số lượng bệnh nhân THA, ĐTĐ được điều trị tại TYT còn rất hạn chế, có tới 26,1% TYT không có bệnh nhân điều trị ĐTĐ mặc dù đã có thuốc điều trị. Lý do có thể người dân chưa biết hoặc biết nhưng chưa tin tưởng điều trị tại TYT, cũng có thể do tâm lý điều trị tại tuyến trên được cấp nhiều thuốc hơn và công tác giữ chân bệnh nhân của các cơ sở y tế tuyến trên còn khá phổ biến. Do đó cần tăng cường công tác truyền thông, chuyển tuyến bệnh nhân về TYT theo dõi, điều trị là việc mà các cơ sở y tế tuyến trên cần tích cực triển khai góp phần giảm quá tải bệnh viện và thuận lợi cho người bệnh.

Hạn chế của nghiên cứu: Các Trạm Y tế mô hình điểm được triển khai bắt đầu từ tháng 1/2024, nghiên cứu thu thập số liệu tháng 9/2024, do đó thời gian triển khai mô hình điểm của các Trạm Y tế chưa lâu do đó chưa phản ánh hết thực trạng hoạt động sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị bệnh THA, ĐTĐ. Bên cạnh đó việc xác định yếu tố liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dựa trên xác định tỷ lệ %, giá trị trung bình và ý kiến phỏng vấn sâu mà chưa xử lý phân tích xác định giá trị khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR, 95%CI), do đó độ tin cậy thấp.

V. KẾT LUẬN

Tất cả các Trạm Y tế quản lý điều trị tăng huyết áp, tuy nhiên tỷ lệ Trạm Y tế triển khai quản lý điều trị đái tháo đường không cao (48,6%). Tỷ lệ người mắc đái tháo đường được phát hiện tương đối cao (70,5%), tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường được quản lý điều trị tại Trạm Y tế khá thấp (3,6%). Yếu tố liên quan gồm: Chưa có chính sách hỗ trợ sàng lọc, thiếu thuốc điều trị, không có máy huyết áp cho sàng lọc cộng đồng, không có bệnh nhân. Từ kết quả nghiên cứu, đề xuất ngành y tế tỉnh Vĩnh Phúc sớm tham mưu ban hành chính sách hỗ trợ sàng lọc, đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ, trang bị

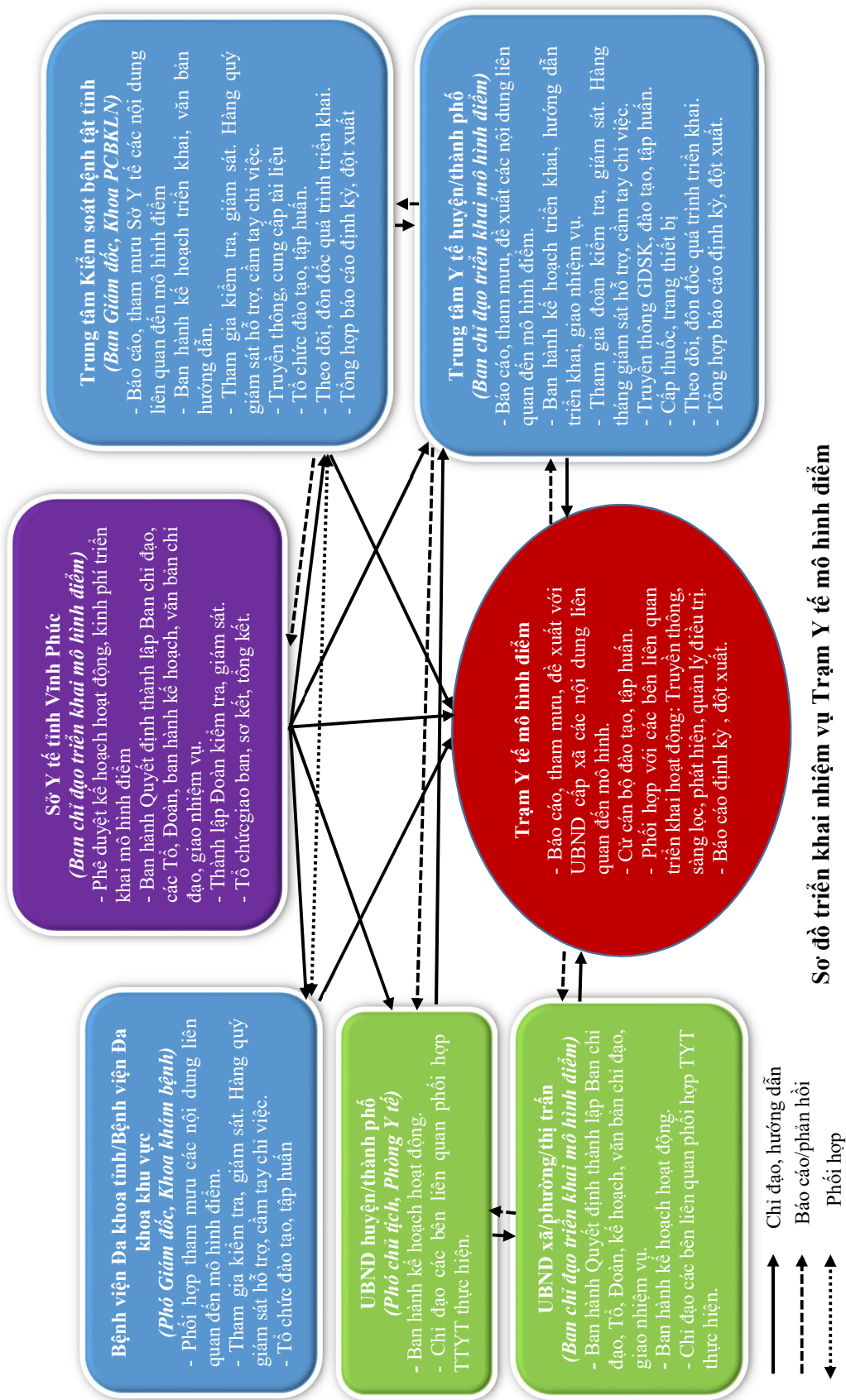
máy đo huyết áp cho sàng lọc, chuyển tuyến bệnh nhân.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, 35 Trạm Y tế đã hỗ trợ để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, WHO. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. Ấn phẩm của Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương. 2021.
2. WHO. Global Health Estimates: Leading cause of death. Truy cập ngày 20/9/2025. <https://data.who.int/countries/704>.
3. Chính phủ. Quyết định số 155/2022/QĐ-TTg về việc “Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025”. Hà Nội. 2022.
4. Lại Thị Minh Hằng, Kim Bảo Giang, Lại Đức Trường. Thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã của một số tỉnh Việt Nam năm 2021 - 2022. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2025; 9 (2-2025): 42 - 49.
5. Nguyễn Thị Thi Thơ, Trần Văn Đình, Tạ Ngọc Hà và cộng sự. Thực trạng và một số khó khăn trong triển khai quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại Trạm Y tế xã tại 13 tỉnh ở Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 532 (2): 281 - 285.
6. Tạ Ngọc Hà, Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Hiếu và cộng sự. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp tại Trạm Y tế xã, tỉnh Cao Bằng, 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 519 (2): 335 - 339.
7. Võ Đức Toàn, Nguyễn Nam Hùng, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh và cộng sự. Thực trạng quản lý bệnh đái tháo đường tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học, Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế. 2019; 9 (2): 104 - 108.
8. Dương Đức Thiện, Nguyễn Hoàng Giang, Trần Thị Mai Oanh. Đánh giá kết quả can thiệp tăng cường quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại các Trạm Y tế tuyến xã huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2017-2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 522 (1): 361-365.
9. Bộ Y tế. Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN tại Trạm Y tế xã”. Hà Nội. 2019.

PHỤ LỤC: Sơ đồ triển khai nhiệm vụ Trạm Y tế mô hình điểm



Sơ đồ triển khai nhiệm vụ Trạm Y tế mô hình điểm

CURRENT STATUS OF DETECTION, MANAGEMENT AND TREATMENT OF HYPERTENSION AND DIABETES AND SOME RELATED FACTORS AT MODEL HEALTH STATIONS IN VINH PHUC PROVINCE IN 2024

Dang Van Hai¹, Tran Thi Thuc², Nguyen Hoai Le², Do Thi Cham¹,
Dao Truong Nam², Bui Van Hong²

¹*Department of Health of Vinh Phuc province*

²*Vinh Phuc Provincial Center for Disease Control*

The study was carried out with the aim of describing the current situation and some related factors of the detection, management and treatment of hypertension and diabetes at model health stations. Cross-sectional descriptive study, combined quantitative and qualitative research methods at 35 model health stations in Vinh Phuc province in 2024. As a result, the rate of model health stations managing treatment for hypertension (100%), managing treatment for diabetes (48,6%), the rate of patients with hypertension and diabetes detected were 38,0% and 70,5% respectively, the rate of patients with hypertension and diabetes managed and treated at model health stations were 28,4% and 3,6% respectively. Related factors included: No screening support policy, 34,3% of model health stations lack

treatment drugs, 100% of model health stations does not have blood pressure machines for community screening and 26,1% of model health stations does not have patients. In conclusion, All health stations implement hypertension treatment management, while diabetes treatment management is limited. There are some related factors the detection, management and treatment of hypertension and diabetes at model health stations. The health sector of Vinh Phuc province should promptly advise on the issuance of policies to support screening, ensure adequate supply of drugs, and equip blood pressure monitors for screening and patient referral.

Keywords: Treatment management; hypertension; diabetes; related factors; commune health station; Vinh Phuc

XÂY DỰNG GIÁ TRỊ THAM CHIẾU NỒNG ĐỘ ACETON NƯỚC TIỂU NGƯỜI VIỆT NAM ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG

Tạ Thị Bình*, Phạm Thị Vân, Phan Thị Thúy Chinh, Nguyễn Văn Sơn,
Nguyễn Thị Huyền, Phạm Văn Tuấn, Phùng Thị Thảo
Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

TÓM TẮT

Aceton là hóa chất sử dụng trong một số ngành công nghiệp. Các hoạt động sống của con người cũng phát thải aceton ra không khí như khí thải giao thông, khói thuốc lá, đốt rác thải, sơn móng tay... Tiếp xúc với aceton lâu dài gây tổn thương thận, gan và thần kinh. Mục tiêu của nghiên cứu là xây dựng giá trị tham chiếu nồng độ aceton nước tiểu (UA) người Việt nam tuổi lao động. Có 1077 mẫu nước tiểu được lấy ở người dân tại 7 tỉnh/thành phố. Nồng độ UA được xác định bằng phương pháp sắc ký khí khối phổ (GC/MS), sử dụng bơm mẫu không gian hơi Headspace (HS-GC/MS). Kết quả cho thấy, nồng độ UA trung bình là $0,88 \pm 0,62$ mg/g creatinin, trung vị là 0,71 mg/g creatinin, độ tin cậy 95% của trung vị trong khoảng 0,67–0,75 mg/g creatinin. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nồng độ UA giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi (18-24 tuổi, 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45 - 60 tuổi). Bước đầu khảo sát, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của UA giữa các đối tượng có vị trí nhà ở khác nhau ($p = 0,001$). Giá trị tham chiếu nồng độ UA được xác định nhỏ hơn phân vị thứ 97,5th là 2,46 mg/g creatinin. Đây là nghiên cứu đầu tiên xây dựng giới hạn tham chiếu nồng độ aceton nước tiểu tại Việt Nam.

Từ khóa: Aceton nước tiểu, kỹ thuật HS-GC/MS, giá trị tham chiếu

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aceton là một hóa chất do con người tạo ra nhưng cũng có thể được tìm thấy tự nhiên trong môi trường. Con người sử dụng aceton để hòa tan các chất khác và sản xuất nhựa, sơn và lớp phủ, sản phẩm tẩy rửa và các sản phẩm chăm sóc cá nhân [1]. Các nguồn aceton nhân tạo khác bao gồm khí thải xe cộ, khói thuốc lá và bãi rác [2, 3]. Aceton cũng được thải ra tự nhiên bởi thực vật, cây cối, côn trùng, vi sinh vật, núi lửa phun trào và cháy rừng, và có thể được tìm thấy tự nhiên trong nhiều loại trái cây và rau quả [4]. Aceton cũng được hình thành nội sinh trong cơ thể con người như một sản phẩm phụ của quá trình trao đổi chất. Tác động của aceton đối với sức khỏe đã được đánh giá trong các nghiên cứu dịch tễ học, thử nghiệm có kiểm soát trên người và các nghiên cứu trên

động vật thí nghiệm bị phơi nhiễm với aceton, chất này sẽ đi vào máu và được vận chuyển đến tất cả các cơ quan trong cơ thể. Khi chỉ có một lượng nhỏ, gan sẽ phân hủy aceton thành carbon dioxide được đào thải qua đường không khí thở ra. Việc hít phải hoặc nuốt phải một lượng lớn aceton trong thời gian ngắn có thể gây đau đầu, lú lẫn, buồn nôn, tim đập nhanh, thay đổi về số lượng và kích thước tế bào máu, bất tỉnh hoặc hôn mê. Việc hít phải lượng vừa đến lớn aceton cũng có thể gây kích ứng mũi, họng, phổi và mắt. Tiếp xúc qua da với aceton có thể khiến da bị khô, kích ứng và nứt nẻ [1].

Aceton được chuyển hóa nội sinh bởi cơ thể con người và quá trình chuyển hóa này khác nhau ở mỗi người. Do đó, nồng độ aceton ban đầu trong cơ thể con người cũng có thể khác nhau ở mỗi người. Nồng độ aceton trong không

*Tác giả: Tạ Thị Bình

Địa chỉ: Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

Số điện thoại: 0988 525 186

Email: tabinh133@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 25/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

khí thở ra, máu và nước tiểu đã được theo dõi trong một số nghiên cứu về con người tiếp xúc với aceton tại nơi làm việc và các nghiên cứu cho thấy rằng mức aceton trong cơ thể là một chỉ báo chính xác về việc tiếp xúc với aceton [5]. Để biết một người có nhiễm aceton vượt quá mức bình thường hay không thì cần phải xét nghiệm nồng độ của nó trong máu/nước tiểu và so sánh với nồng độ chất đó trong máu/nước tiểu ở người bình thường, gọi là giá trị tham chiếu. Trên thế giới, một số nước triển khai các chương trình, dự án qui mô quốc gia nhằm giám sát sinh học trong cộng đồng tập trung vào các hóa chất môi trường như kim loại, hợp chất hữu cơ dễ bay hơi, hóa chất trừ sâu, hóa chất tiêu dùng...từ đó cung cấp nguồn dữ liệu lớn để tham chiếu. Tuy nhiên, các nghiên cứu liên quan đến nồng độ UA mới tập trung ở người lao động phơi nhiễm với aceton trong môi trường lao động, chưa có các nghiên cứu nồng độ UA trong cộng đồng. Do đó mục tiêu của nghiên cứu là xây dựng giá trị tham chiếu aceton nước tiểu (UA) người Việt nam tuổi lao động. Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam xây dựng giá trị tham chiếu UA sử dụng trong giám sát sinh học và dự phòng bệnh do ô nhiễm môi trường.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người Việt Nam trong độ tuổi lao động (từ 18 tuổi đến 60 tuổi), có sức khỏe bình thường trong thời gian 4 tuần trước khi lấy mẫu xét nghiệm. Đối tượng không mắc bệnh mạn tính, không làm việc tiếp xúc trực tiếp với hóa chất.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 5 - 12/2024 tại 07 tỉnh, đại diện cho 7 vùng kinh tế - xã hội và địa lý của Việt Nam bao gồm tỉnh Lạng Sơn (Đông Bắc bộ), tỉnh Hòa Bình (Tây Bắc bộ), thành phố Hà Nội (đồng bằng Sông Hồng), tỉnh Nghệ An (Bắc Trung bộ), tỉnh Khánh Hòa (Nam Trung bộ, Tây nguyên), thành phố Hồ Chí Minh (Đông Nam bộ, thành phố Cần Thơ (đồng bằng sông Cửu Long)

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số đối tượng là 1077 đáp ứng việc xây dựng giá trị tham chiếu theo Hướng dẫn C28-A3 năm 2008 của Liên đoàn Hóa học lâm sàng quốc tế (IFCC) và Viện Tiêu chuẩn Phòng xét nghiệm và lâm sàng (CLSI) [6], số mẫu tối thiểu bảo đảm lớn hơn 120 mẫu ở mỗi giới và mỗi nhóm tuổi. Số nam là 511 người, nữ là 577 người; nhóm tuổi từ 18-24 là 274 người; nhóm tuổi từ 25 – 34 là 266 người; nhóm tuổi từ 35 – 44 là 270 người và nhóm tuổi 45-60 tuổi là 267 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn như sau

Chọn tỉnh: Để đảm bảo mẫu nghiên cứu đại diện cho người lao động Việt Nam lứa tuổi lao động, chúng tôi chọn ngẫu nhiên mỗi vùng sinh thái 01 tỉnh.

Chọn địa bàn xã/phường: Mỗi tỉnh/thành phố chọn ngẫu nhiên 01 quận/huyện; Mỗi quận/huyện chọn chủ đích 1 phường/xã; Các phường/xã phải đảm bảo điều kiện không gần khu vực khai khoáng, luyện kim, sản xuất thuốc trừ sâu, khu công nghiệp lớn, không có làng nghề có nguy cơ phát tán hóa chất độc hại ảnh hưởng đến môi trường, không canh tác các loại cây công nghiệp.

Chọn mẫu đối tượng: Nhân viên y tế địa phương dưới sự hướng dẫn của cán bộ nghiên cứu tiến hành lập danh sách toàn bộ đối tượng từ 18 – 60 tuổi đang sinh sống tại địa bàn, đảm bảo theo tiêu chí là người khỏe mạnh, không mắc bệnh mạn tính, không làm việc tiếp xúc trực tiếp với hóa chất, không mang thai.... phân loại theo từng nhóm tuổi và theo giới. Trong mỗi nhóm tuổi, chọn ngẫu nhiên 20 nam, 20 nữ. Như vậy, mỗi tỉnh lập được danh sách tối đa là 160 đối tượng. Phối hợp với UBND xã gửi giấy mời tới đối tượng để tiến hành nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tỉ lệ % nam, nữ, tuổi, dân tộc, nơi ở. Nồng độ aceton nước tiểu được điều chỉnh theo nồng độ creatinine nước tiểu: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung bình nhân, các giá trị phân vị.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các đối tượng được mời đến trạm y tế xã để tham gia nghiên cứu. Đối tượng được phỏng vấn bằng phiếu điều tra đã thiết kế sẵn về thông tin nhân khẩu học như tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, và nơi cư trú. Cán bộ phỏng vấn được tập huấn trước để thống nhất kỹ thuật phỏng vấn.

Mẫu nước tiểu: Thu khoảng 50 mL nước tiểu giữa bãi vào ống lưu mẫu, mẫu được vận chuyển ở điều kiện 4 - 8°C, bảo quản - 20°C cho đến khi phân tích.

Kỹ thuật phân tích: Lấy 2 mL mẫu cần phân tích cho vào lọ đựng mẫu (20 mL) dùng cho bộ bơm mẫu không gian hơi, thêm 0,2 g Na_2SO_4 . Dung dịch mẫu được làm nóng trong bộ bơm mẫu không gian hơi. Chất phân tích có trong mẫu được hóa hơi ở nhiệt độ thích hợp và được đưa vào cột tách sắc ký khí bằng dòng khí mang heli. Mẫu khí được tách bằng sắc ký khí (GC) và phân tích bằng kỹ thuật khối phổ (MS) sử dụng nguồn ion hóa va chạm electron (EI) ở năng lượng tiêu chuẩn (70 eV) [7, 8]. Nồng độ aceton nước tiểu được phần mềm tự động tính dựa trên đường chuẩn và tín hiệu đo được từ hệ thống Sắc ký khí khối phổ kết hợp bơm mẫu không gian hơi (HS-GC/MS/MS Trace 1310 – TSQ 9000, Thermo Scientific). Phương pháp định lượng aceton có giới hạn phát hiện là 0,747 $\mu\text{g/L}$, độ thu hồi trung bình 97,94%.

Trong nghiên cứu dịch tễ, lấy nước tiểu tại chỗ thường được ưu tiên hơn do chỉ cần thu thập một mẫu duy nhất, giúp đơn giản quá trình lấy mẫu và ít gây gián đoạn cho sinh hoạt của người tham gia, đồng thời giảm chi phí vật tư và vận hành. Tuy nhiên, với mẫu nước tiểu tại chỗ nồng độ chất phân tích dễ bị ảnh hưởng bởi độ pha loãng nước tiểu. Do đó, nồng độ UA được điều chỉnh theo nồng độ creatinine nước tiểu. Nồng độ creatinine nước tiểu được đo bằng máy phân tích Sinh hóa tự động (Biotechnica BT3000).

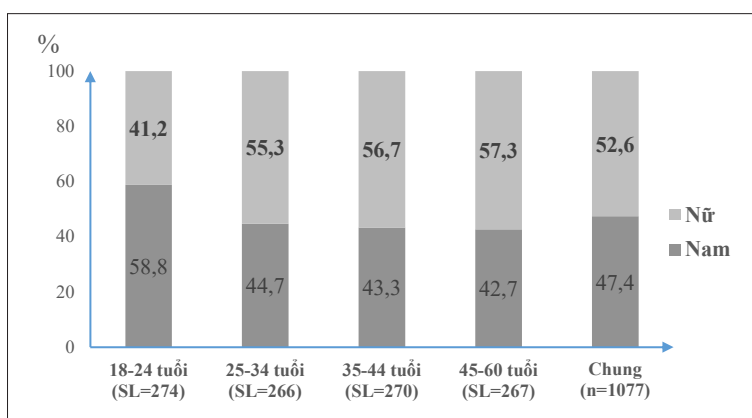
2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được lập bảng mô tả giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất – lớn nhất, khoảng tin cậy 95%CI. Các biến phân loại được mô tả tần số, tỉ lệ phần trăm (%). Sử dụng các kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test và Kruskal Wallis Test để so sánh giá trị trung bình của biến phụ thuộc có phân bố không chuẩn giữa 2 hay nhiều nhóm. Giá trị trung bình nhân, khoảng tin cậy 95% (95% CI), phân tích các khoảng phân vị 2,5th, 25th, 50th, 75th, và 97,5th được sử dụng để mô tả phân bố nồng độ aceton trong nước tiểu (mg/g creatinine), từ đó đề xuất khoảng giá trị tham chiếu [9].

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường: Giấy chứng nhận chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học số 04/GCN-HĐĐĐ ngày 29/3/2024.

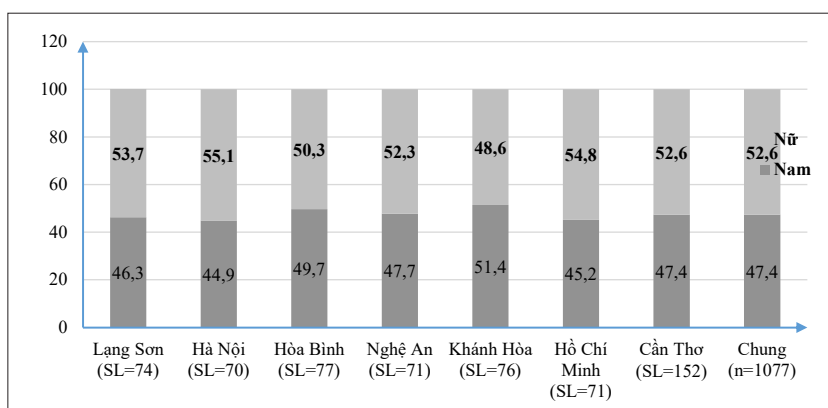
III. KẾT QUẢ



Hình 1. Phân bố giới tính theo nhóm tuổi

Số đối tượng tham gia là 1077 người, chia giới tính theo nhóm tuổi. Tổng số nữ có 566 đối tượng (52,6%) và nam có 511 đối tượng (47,4%). Điều này cho thấy sự chênh lệch giới tính không quá lớn, nghiêng về phía nữ giới.

Nhóm tuổi từ 18 đến 24 có tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 58,8%, trong khi nữ chỉ chiếm 41,2%. Tuy nhiên, ở các nhóm tuổi còn lại, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới.



Hình 2. Phân bố giới tính theo tỉnh/thành phố

Hầu hết các địa phương trong khảo sát đều có tỷ lệ nữ cao hơn nam, như tại TP. Hà Nội, nữ chiếm 55,1%; TP. Hồ Chí Minh là 54,8%; Lạng Sơn là 53,8%; và TP. Cần Thơ là 52,6%. Trong khi đó, một số tỉnh có tỷ lệ giới tính khá

cân bằng như Hòa Bình (nữ 50,3%) và Nghệ An (nữ 52,3%). Khánh Hòa là địa phương duy nhất có tỷ lệ nam cao hơn nữ (51,4% nam so với 48,6% nữ).

Bảng 1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu

Tỉnh/TP	n	TB	SD	95%CI		p
Lạng Sơn	160	35	11	33	37	>0.05
TP. Hà Nội	156	36	12	34	38	
Hòa Bình	155	35	12	33	37	
Nghệ An	149	36	12	34	38	
Khánh Hòa	148	35	12	33	37	
TP. Hồ Chí Minh	157	36	13	34	38	
TP. Cần Thơ	152	35	14	33	38	
Tổng số	1077	36	12	35	36	

Độ tuổi trung bình của toàn bộ đối tượng khảo sát là 36 ± 12 tuổi, khoảng tin cậy 95% dao động từ 35 đến 36 tuổi. Khi so sánh giữa các địa phương, tuổi trung bình dao động không đáng kể, từ 35 đến 36 tuổi. không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình giữa các tỉnh/thành phố ($p > 0,05$)

Bảng 2. Nồng độ aceton trong nước tiểu (UA) theo giới, nhóm tuổi, dân tộc và vị trí nhà (mg/g creatinine)

Đặc điểm	n	TB	SD	95% CI		Min	Max
Tổng số	1077	0,88	0,62	0,84	0,92	<LOD	4,31
Giới tính							
Nam	511	0,88	0,63	0,82	0,93	<LOD	4,31
Nữ	566	0,89	0,62	0,83	0,94	<LOD	4,05
So sánh	p=0,666						
Nhóm tuổi							
18-24	274	0,83	0,59	0,76	0,90	<LOD	3,69
25-34	266	0,90	0,64	0,83	0,98	<LOD	4,05
35-44	270	0,85	0,58	0,78	0,92	<LOD	3,95
45-60	267	0,95	0,68	0,88	1,04	<LOD	4,31
So sánh	p=0,069						
Dân tộc							
Kinh	737	0,91	0,65	0,87	0,96	<LOD	4,31
Tày	74	0,98	0,54	0,86	1,13	<LOD	2,64
Mường	127	0,64	0,53	0,55	0,73	<LOD	3,99
Thái	91	0,85	0,53	0,74	0,97	<LOD	2,40
Nùng	48	0,95	0,54	0,81	1,12	0,17	2,71
So sánh	p<0,001						
Vị trí nhà							
Mặt đường quốc lộ	186	1,06	0,72	0,95	1,16	<LOD	3,95
Mặt đường huyện	161	0,84	0,55	0,75	0,92	<LOD	2,75
Mặt ngõ	730	0,85	0,60	0,80	0,89	<LOD	4,31
So sánh	p=0,001						

TB: Nồng độ UA trung bình; SD: Độ lệch chuẩn

Tổng cộng 1077 mẫu nước tiểu được phân tích để đánh giá nồng độ aceton (UA) điều chỉnh theo nồng độ creatinine trong nước tiểu. Giá trị trung bình toàn bộ mẫu theo đơn vị mg/g creatinine là $0,88 \pm 0,62$ mg/g creatinine với khoảng tin cậy 95% từ 0,84 đến 0,92 mg/g creatinine, theo đơn vị mg/L là $0,73 \pm 0,5$ mg/L với khoảng tin cậy từ 0,70 đến 0,76 mg/L

Nữ giới có nồng độ UA trung bình tương đương nam giới ($0,89 \pm 0,62$ mg/g creatinine so với $0,88 \pm 0,63$ mg/g creatinine). Giá trị trung bình nồng độ UA có xu hướng tăng nhẹ theo độ tuổi, từ 0,83 mg/g ở nhóm 18–24 tuổi đến 0,95 mg/g ở nhóm 45–60 tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,069$). Có sự khác biệt nồng độ trung bình UA giữa các nhóm dân tộc ($p < 0,001$). Nhóm người Kinh có giá trị trung bình cao nhất ($0,91 \pm 0,65$ mg/g creatinine), tiếp theo là Tày ($0,98 \pm 0,54$ mg/g creatinine) và Nùng ($0,95 \pm 0,54$ mg/g creatinine). Nhóm người Mường có giá trị thấp nhất ($0,64 \pm 0,53$ mg/g creatinine).

Phân tích nồng độ UA theo vị trí nhà ở cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p = 0,001$). Cụ thể, người sống tại mặt đường quốc lộ có nồng độ UA trung bình cao nhất ($1,06 \pm 0,72$ mg/g creatinine), trong khi những người sống ở mặt đường huyện và mặt ngõ có giá trị trung bình thấp hơn ($0,84 \pm 0,55$ mg/g creatinine và $0,85 \pm 0,60$ mg/g creatinine, tương ứng).

Bảng 3.3 (phụ lục) thể hiện kết quả phân tích phân vị nồng độ UA của 1077 đối tượng, giá trị trung bình là 0,88 mg/g creatinine (CI 95%: 0,84–0,92), với trung vị là 0,71 mg/g creatinine và giá trị phân vị 97,5th đạt 2,46 mg/g creatinine. Giá trị trung bình nhân là 0,68 mg/g creatinine (CI 95%: 0,65–0,72). Nồng độ UA trung bình ở nam và nữ tương tự nhau với trung vị lần lượt là 0,70 và 0,73 mg/g creatinine. Nồng độ UA có xu hướng tăng theo tuổi. Trung bình aceton thấp nhất ở nhóm 18–24 tuổi (0,83 mg/g creatinine), cao nhất ở nhóm 45–60 tuổi (0,95 mg/g creatinine). Trung vị cũng tăng dần, từ 0,66 mg/g creatinine ở nhóm trẻ nhất lên đến 0,78 mg/g creatinine ở nhóm lớn tuổi nhất. Có

sự khác biệt rõ rệt về UA giữa các địa phương. Trung bình UA cao nhất ghi nhận tại TP Cần Thơ (1,17 mg/g creatinine), thấp nhất là Hòa Bình (0,67 mg/g creatinine).

IV. BÀN LUẬN

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 1077 người, trong đó nữ chiếm 52,6% (566 người) cao hơn so với nam (511 người - 47,4%) với $p > 0,05$. Độ tuổi trung bình của toàn bộ đối tượng khảo sát là 36 tuổi. Không có sự chênh lệch quá lớn về tỷ lệ nam và nữ, kết quả này đáp ứng tiêu chí của nghiên cứu đặt ra. Có sự phân bố tuổi khá đồng đều giữa các địa phương, không có chênh lệch lớn về độ tuổi trung bình, từ đó đảm bảo tính đại diện tương đối đồng nhất khi phân tích các thông số trong nghiên cứu.

Aceton có trong khí quyển do phát thải từ quá trình đốt cháy. Người có thói quen hút thuốc lá, hút thuốc bị động hoặc sử dụng các sản phẩm mỹ phẩm như nước tẩy sơn móng tay có thể hấp thụ lượng aceton cao hơn bình thường. Aceton tự nhiên có trong nhiều loại trái cây, rau hoặc nước uống thông qua ăn uống vào cơ thể. Sau khi tiếp xúc với các nguồn ngoại sinh, aceton được hấp thụ nhanh chóng qua phổi và đường tiêu hóa. Aceton cũng có thể được hấp thụ qua da. Aceton có khả năng hòa tan trong nước cao và được phân bố rộng rãi đến các mô và cơ quan trên khắp cơ thể, đặc biệt là các mô có nồng độ nước cao. Aceton không có khả năng tích tụ khi tiếp xúc nhiều lần. Aceton cũng có thể truyền qua nhau thai đến thai nhi và phân bố vào sữa mẹ [10].

Nghiên cứu của Satoh và cộng sự trên 110 công nhân nam tiếp xúc với aceton tại ba nhà máy sản xuất sợi acetate. Các mẫu nước tiểu được thu thập vào đầu ca làm việc và cuối ca làm việc. Nồng độ UA vào đầu ngày làm việc đầu tiên là $1,3 \pm 2,4$ mg/L ở những công nhân không tiếp xúc và $2,4 \pm 5,6$ mg/L ở những công nhân tiếp xúc [11]. Trong một nghiên cứu khác, nồng độ UA sau ca làm việc của 45 công nhân tiếp xúc với aceton 0–70 ppm dao động từ 0 đến 17,5 mg/L [12]. Một nhóm gồm 110 công nhân

nam tiếp xúc với aceton, các mẫu nước tiểu được thu thập trước khi làm việc và vào cuối giờ làm việc. Nồng độ UA ban đầu ở những đối tượng không tiếp xúc là 1,5 mg/L. Nồng độ aceton trong các mẫu nước tiểu trước ca làm việc cao hơn đáng kể so với nồng độ ban đầu khi phơi nhiễm aceton vào ngày hôm trước >15 ppm, nhưng không có sự khác biệt đáng kể giữa nồng độ nước tiểu ban đầu và nồng độ nước tiểu trước ca làm việc khi phơi nhiễm aceton vào ngày hôm trước <15 ppm [13]. Nồng độ UA trung bình của các nhóm đối tượng nêu trên cao hơn so với kết quả của nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ($0,73 \pm 0,5$ mg/L).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ UA ở quần thể nghiên cứu nhìn chung ở mức thấp, với trung vị là 0,71 mg/g creatinine và giá trị phân vị 97,5th là 2,46 mg/g creatinine (bảng 3.3, phụ lục). Không có sự khác biệt nồng độ UA giữa nam và nữ mặc dù nữ giới có thể thường xuyên tiếp xúc với aceton qua mỹ phẩm và sản phẩm chăm sóc cá nhân như nước tẩy sơn móng. Mức độ phơi nhiễm aceton qua đường hô hấp và thực phẩm thường không phụ thuộc mạnh vào giới tính. Theo Brown và cộng sự, không có sự khác biệt nào về thời gian bán hủy đào thải được tìm thấy giữa nam và nữ [14]. Bài tiết aceton qua nước tiểu đạt đỉnh trong khoảng từ 1 đến 3,5 giờ sau khi tiếp xúc [15]. Mặc dù xu hướng tăng nồng độ aceton theo độ tuổi được ghi nhận, nhưng khác biệt chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Nồng độ aceton nội sinh có thể dao động rất lớn do những thay đổi lối sống bình thường trong ngày [16]. Ngoài ra, nồng độ aceton nội sinh cũng có thể dao động rất lớn tùy thuộc vào độ tuổi, tình trạng dinh dưỡng và tình trạng nhịn ăn và mức độ hoạt động thể chất [17-19]. Hiệp hội chuyên gia vệ sinh công nghiệp Hoa Kỳ (American Conference of Governmental Industrial Hygienists -ACGIH) sử dụng chỉ số tiếp xúc sinh học (Biological Exposure Indices -BEIs) làm các giá trị hướng dẫn để đánh giá kết quả giám sát sinh học cho người lao động. BEIs của aceton trong nước tiểu thu cuối ca làm việc của người lao động tiếp xúc với aceton trong môi trường lao động là 25 mg/L [20].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt theo dân tộc, điều này có thể liên quan đến chế độ ăn uống, phong tục sinh hoạt hoặc mức độ tiếp xúc với các nguồn aceton khác nhau như thuốc lá, sản phẩm làm đẹp, thói quen ăn uống, giao thông... Kết quả cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa vị trí nhà ở và mức độ phơi nhiễm aceton trong cộng đồng. Những người sống tại mặt đường quốc lộ có nồng độ UA cao hơn đáng kể so với các nhóm còn lại. Điều này có thể được giải thích bởi mức độ ô nhiễm không khí cao hơn tại các khu vực sát quốc lộ, nơi mật độ giao thông lớn và lượng khí thải từ phương tiện giao thông nhiều hơn. Aceton là một trong các hợp chất bay hơi có thể sinh ra từ khí thải xe cộ, đặc biệt là từ động cơ đốt trong. Phát hiện này nhấn mạnh vai trò của vị trí địa lý và môi trường đô thị trong việc xác định nguy cơ phơi nhiễm các chất ô nhiễm hữu cơ dễ bay hơi (VOCs), trong đó có aceton. Tuy nhiên, các kết quả này cần được khẳng định bằng các nghiên cứu thuần tập và đánh giá phơi nhiễm chi tiết hơn để xác định mối liên quan giữa vị trí nhà ở và nồng độ aceton trong nước tiểu.

Phân tích theo phân vị cho phép hiểu sâu hơn về phân bố nồng độ aceton trong quần thể nghiên cứu, vượt ra ngoài trung bình đơn thuần. Phân tích này làm nổi bật sự cần thiết của việc sử dụng phân vị và trung bình nhân trong mô tả dữ liệu phơi nhiễm hóa chất, giúp đánh giá đầy đủ hơn về phân bố, mức độ bất thường và nhóm có nguy cơ cao trong cộng đồng. Đồng thời, các kết quả gợi mở các hướng nghiên cứu sâu hơn để xác định nguồn phơi nhiễm cụ thể và ảnh hưởng dài hạn tới sức khỏe. Các giá trị phân vị cao (như 97,5th > 2,46 mg/g creatinin) ở một số tỉnh cho thấy một bộ phận nhỏ đối tượng nghiên cứu có tiếp xúc với aceton nhiều hơn, điều này cần được quan tâm trong các nghiên cứu dịch tễ học tiếp theo nhằm đánh giá ảnh hưởng sức khỏe lâu dài. Dữ liệu cũng hỗ trợ việc xây dựng các mức tham chiếu sinh học cụ thể cho từng vùng hoặc nhóm dân cư. Từ kết quả khảo sát, chúng tôi đề xuất giá trị tham chiếu nồng độ UA được xác định nhỏ hơn phân vị thứ 97,5th là 2,46 mg/g creatinin. Đây là nghiên cứu đầu tiên xây dựng giới hạn tham chiếu nồng độ aceton trong nước tiểu tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ UA trung bình là $0,88 \pm 0,62$ mg/g creatinin, trung vị là 0,71 mg/g creatinin, độ tin cậy 95% của trung vị trong khoảng 0,67– 0,75 mg/g creatinin. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nồng độ UA giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi (18-24 tuổi, 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45 - 60 tuổi). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của UA giữa các đối tượng có vị trí nhà ở khác nhau ($p = 0,001$). Giá trị tham chiếu nồng độ UA được xác định nhỏ hơn phân vị thứ 97,5th là 2,46 mg/g creatinin. Đây là nghiên cứu đầu tiên xây dựng giới hạn tham chiếu nồng độ acetone trong nước tiểu tại Việt Nam

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này là một phần kết quả của Đề tài độc lập cấp Nhà nước “Nghiên cứu xây dựng bộ chỉ số sinh hóa cơ bản về độc chất học môi trường trên người Việt Nam tuổi lao động” mã số ĐTĐL.CN-39/21. Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ quý báu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ATSDR. Relevance to Public Health. Toxicological Profile for Acetone, 2022. <https://wwwn.cdc.gov/TSP/ToxProfiles/ToxProfiles.aspx?id=5&tid=1>.
2. Graedel TE, Hawkins DT, Claxton LD. Alkanic ketones. In: Atmospheric chemical compounds: sources, occurrence and bioassay. New York, NY: Academic Press, Inc. 1986; 263.
3. Manning D, Maskarinec M, Jenkins R, et al. High performance liquid chromatographic determination of selected gas phase carbonyls in tobacco smoke. J Assoc Off Anal Chem. 1983; 66 (1): 8 – 12.
4. Khalil MAK and Rasmussen. Forest Hydrocarbon Emissions: Relationships Between Fluxes and Ambient Concentrations. Journal of the Air & Waste Management Association. 1992; 42 (6): 810 - 813.
5. Leung HW and Paustenbach DJ. Application of pharmacokinetics to derive biological exposure indexes from threshold limit values. Am Ind Hyg Assoc J. 1988; 49 (9): 445 - 450.
6. Clinical Laboratory and Standards Institute. Defining, Establishing, and Verifying Reference

Intervals in the Clinical Laboratory. Wayne, PA: CLSI; Approved Guideline. 3rd ed., 2008.

7. Meng XJ, Zhang XMH, Liu YXD. Determination of acetone in urine by headspace gas chromatography-mass spectrometry. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2023; 41 (11): 849 - 851.
8. NIOSH Manual of Analytical Methods (NMAM). ACETONE and METHYL ETHYL KETONE in urine. 2014. Fifth Edition.
9. Geffré A, Friedrichs, Harr K, et al. Reference values: a review. Vet Clin Pathol, 2009; 38 (3): 288 - 298.
10. ATSDR. Chapter 3 Toxicokinetics, Susceptible populations, Biomarkers, Chemical interactions. Toxicological Profile for Acetone. 2022. <https://wwwn.cdc.gov/TSP/ToxProfiles/ToxProfiles.aspx?id=5&tid=1>.
11. Satoh T, Omae, Takebayashi K, et al. Acetone excretion into urine of workers exposed to acetone in acetate fiber plants. Int Arch Occup Environ Health. 1995; 67 (2): 131 - 134.
12. Kawai T, Yasugi T, Mizunuma K, et al. Curvilinear relation between acetone in breathing zone air and acetone in urine among workers exposed to acetone vapor. Toxicol Lett. 1992; 62 (1): 85 - 91.
13. Fujino A, Satoh T, Takebayashi T, et al. Biological monitoring of workers exposed to acetone in acetate fibre plants. British Journal of Industrial Medicine. 1992; 49 (9): 654 - 657.
14. Brown WD, Setzer JV, Dick RB, et al. Body burden profiles of single and mixed solvent exposures. J Occup Med. 1987; 29 (11): 877 - 883.
15. Wigaeus E, Holm S, and Astrand I. Exposure to acetone. Uptake and elimination in man. Scand J Work Environ Health. 1981; 7 (2): 84 - 94.
16. Wildenhoff KE. Diurnal variations in the concentrations of blood acetoacetate, 3-hydroxybutyrate and glucose in normal persons. Acta Med Scand. 1972; 191 (4): 303 - 306.
17. Jones AW. Breath-acetone concentrations in fasting healthy men: response of infrared breath-alcohol analyzers. J Anal Toxicol. 1987; 11 (2): 67 - 69.
18. Kundu S, Bruzek K, Nair JAR, et al. Breath acetone analyzer: diagnostic tool to monitor dietary fat loss. Clin Chem. 1993; 39 (1): 87 - 92.
19. Koeslag JH, Noakes TD, and Sloan AW. Post-exercise ketosis. J Physiol. 1980; 301: 79 - 90.
20. Hopf NB. TLVs® AND BEIs® Based on the Documentation of the Threshold Limit Value for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices. 2024.

PHỤ LỤC

Bảng 3.3. Phân bố nồng độ acetone trong nước tiểu theo các phân vị (mg/g creatinine)

Đặc điểm	n	TB		Geomean			2.5 th			50 th			75 th			97.5 th						
		TB	CI 95%	GM	CI 95%	Perc	CI 95%	Perc	95%CI	Perc	95%CI	Perc	95%CI	Perc	95%CI	Perc	95%CI					
Chung	1077	0,88	0,84	0,92	0,68	0,65	0,72	0,09	0,07	0,14	0,47	0,44	0,48	0,71	0,67	0,75	1,14	1,08	1,22	2,46	2,23	2,71
Giới																						
Nam	511	0,88	0,82	0,93	0,67	0,63	0,72	0,07	0,05	0,14	0,47	0,43	0,49	0,70	0,64	0,76	1,13	1,07	1,23	2,55	2,15	2,72
Nữ	566	0,89	0,83	0,94	0,69	0,65	0,74	0,12	0,07	0,17	0,47	0,43	0,49	0,73	0,67	0,77	1,16	1,06	1,25	2,43	2,19	2,89
Nhóm tuổi																						
18-24	274	0,83	0,76	0,90	0,64	0,58	0,71	0,07	0,02	0,19	0,44	0,38	0,47	0,66	0,61	0,73	1,05	0,94	1,22	2,40	2,09	2,70
25-34	266	0,90	0,83	0,98	0,71	0,65	0,78	0,12	0,07	0,20	0,48	0,44	0,54	0,73	0,67	0,80	1,15	1,07	1,28	2,56	2,14	3,99
35-44	270	0,85	0,78	0,92	0,65	0,60	0,72	0,07	0,04	0,14	0,43	0,38	0,48	0,69	0,63	0,76	1,14	1,04	1,23	2,27	2,02	2,66
45-60	267	0,95	0,88	1,04	0,74	0,67	0,81	0,09	0,06	0,18	0,49	0,46	0,55	0,78	0,68	0,87	1,25	1,08	1,37	2,79	2,24	3,36
Tỉnh/TP																						
Lạng Sơn	160	0,98	0,90	1,05	0,84	0,77	0,92	0,26	0,14	0,37	0,57	0,52	0,66	0,86	0,77	0,95	1,25	1,10	1,37	2,39	2,03	2,65
TP. Hà Nội	156	0,74	0,67	0,81	0,61	0,54	0,67	0,07	0,03	0,19	0,46	0,41	0,49	0,64	0,58	0,68	0,89	0,77	1,01	2,04	1,74	2,69
Hòa Bình	155	0,67	0,59	0,77	0,50	0,45	0,57	0,09	0,06	0,12	0,34	0,28	0,37	0,49	0,46	0,57	0,82	0,67	0,98	2,49	1,66	3,87
Nghệ An	149	0,91	0,81	1,02	0,70	0,60	0,80	0,03	0,02	0,21	0,51	0,44	0,57	0,77	0,64	0,86	1,22	1,11	1,34	2,52	2,07	3,23
Khánh Hòa	148	0,94	0,81	1,07	0,67	0,58	0,77	0,06	0,03	0,15	0,42	0,37	0,50	0,68	0,60	0,77	1,28	0,99	1,47	3,76	2,56	4,27
TP. Hồ Chí Minh	157	0,78	0,85	0,85	0,62	0,54	0,69	0,07	0,04	0,16	0,41	0,34	0,48	0,66	0,58	0,78	1,09	0,97	1,24	1,90	1,63	2,14
TP. Cần Thơ	152	1,17	1,05	1,28	0,94	0,83	1,06	0,20	0,06	0,28	0,66	0,54	0,73	1,02	0,93	1,19	1,59	1,41	1,79	2,80	2,36	3,56

Ghi chú: TB: Trung bình UA nước tiểu; Geomean : Trung bình nhân; Perc: Phân vị

ESTABLISHMENT OF REFERENCE VALUES FOR URINARY ACETONE CONCENTRATIONS IN THE VIETNAMESE WORKING-AGE POPULATION

Ta Thi Binh, Pham Thi Van, Phan Thi Thuy Chinh, Nguyen Van Son,
Nguyen Thi Huyen, Pham Van Tuan, Phung Thi Thao

National Institute of Occupation and Environmental Health

Acetone is a chemical widely used in various industrial sectors. In addition, it is released into the atmosphere through human activities such as vehicle exhaust, cigarette smoke, waste incineration, and the use of nail polish. Prolonged exposure to acetone can cause damage to the kidneys, liver, and nervous system. The objective of this study was to establish reference values for urinary acetone (UA) concentrations in the Vietnamese working-age population. A total of 1,077 urine samples were collected from individuals residing in seven provinces and cities across Vietnam. UA concentrations were measured using headspace gas chromatography coupled with tandem mass spectrometry (HS-GC-MS). Results showed that the mean urinary acetone (UA) concentration was 0.88 ± 0.62

mg/g creatinine, with a median value of 0.71 mg/g creatinine. The 95% confidence interval for the median ranged from 0.67 to 0.75 mg/g creatinine. No statistically significant differences in UA concentrations were observed between males and females or among age groups (18–24, 25–34, 35–44, and 45–60 years). Initial survey, a statistically significant difference was found in UA concentrations across residential location groups ($p = 0.001$). The reference value for UA concentration was defined as less than the 97.5th percentile, corresponding to 2.46 mg/g creatinine. This is the first study to establish reference values for urinary acetone concentrations in the Vietnamese population.

Keywords: Urinary acetone, HS-GC/MS technique, Reference values for urinary acetone

XÂY DỰNG KHOẢNG GIÁ TRỊ THAM CHIẾU HOẠT ĐỘ ENZYM ACETYLCHOLINESTERASE HỒNG CẦU (ACHE) NGƯỜI VIỆT NAM ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG

Tạ Thị Bình*, Phạm Văn Tuấn, Nguyễn Văn Sơn, Lỗ Văn Tùng, Phùng Thị Thảo, Phạm Thị Hoài An, Đỗ Thùy Linh, Phạm Thị Vân, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Văn Tiềm, Nguyễn Thị Bích Thủy
Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

TÓM TẮT

Enzym cholinesterase đóng vai trò quan trọng xúc tác quá trình thủy phân acetylcholine để giải phóng cholin và acetic acid. Phản ứng này giúp các tế bào thần kinh chuyển từ trạng thái nghỉ ngơi sang hoạt động. Hóa chất trừ sâu organophosphat và carbamat ức chế hoạt động acetylcholinesterase hồng cầu (AChE) và butyrylcholinesterases huyết tương (BChE), vì vậy xét nghiệm hoạt độ enzym được sử dụng để chẩn đoán nhiễm độc cấp tính hoặc theo dõi tiếp xúc nghề nghiệp với nhóm hóa chất này. Mục tiêu của nghiên cứu là xây dựng giá trị tham chiếu AChE người Việt Nam tuổi lao động. 1077 mẫu máu toàn phần được lấy ở người dân tại 7 tỉnh/thành phố đại diện các vùng kinh tế xã hội của Việt Nam. Hoạt độ AChE được xác định bằng kỹ thuật Ellman. Kết quả cho thấy, AChE trung bình là $0,677 \pm 0,005$ ($\times 10^{-2}$ pmol/HC), trung vị là $0,673 \times 10^{-2}$ pmol/HC với độ tin cậy 95% trong khoảng $0,658 - 0,686$ ($\times 10^{-2}$ pmol/HC). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hoạt độ AChE giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi (18-24 tuổi, 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45 - 60 tuổi). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ AChE của đối tượng có nghề nghiệp khác nhau ($p < 0,001$). Khoảng giá trị tham chiếu AChE được xác định từ phân vị 2,5th đến phân vị 97,5th là $0,376 - 1,000$ ($\times 10^{-2}$ pmol/HC).

Từ khóa: Enzym acetyl cholinesterase hồng cầu; khoảng tham chiếu; người Việt nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc trừ sâu nhóm organophosphat (OP) và carbamat (CB) là những loại thuốc trừ sâu được sử dụng rộng rãi để diệt sâu, bệnh, các côn trùng gây hại, động vật gặm nhấm để bảo vệ, tăng năng suất cây trồng. Bình thường acetylcholine được sinh ra tại các sinap thần kinh để dẫn truyền xung động thần kinh qua sinap và ngay sau đó sẽ bị acetylcholinesterase thủy phân thành cholin và acetyl. Khi bị ức chế bởi OP hoặc CB, acetylcholinesterase không thể thủy phân acetylcholine dẫn đến sự ứ đọng chất này trong cơ thể gây ra hiện tượng nhiễm độc acetylcholine nội sinh. Acetylcholin

tác động lên thụ thể nicotinic và muscarinic, cũng như hệ thần kinh trung ương [1, 2]. Ức chế acetylcholinesterase ở người có thể gây ra nhiều triệu chứng cấp tính bao gồm co đồng tử, tăng tiết, khó thở, rung máy cơ, co giật, thậm chí tử vong. Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng này phụ thuộc một phần vào mức độ ức chế acetylcholinesterase [3, 4].

Có hai chỉ điểm sinh học thường được sử dụng để xác định mức độ ức chế cholinesterase của từng cá thể là acetylcholinesterases (AChE) phân bố trong hồng cầu và butyrylcholinesterases (BChE) có ở huyết tương. Khi phơi nhiễm với OP và CB qua các

*Tác giả: Tạ Thị Bình

Địa chỉ: Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

Số điện thoại: 0988 525 186

Email: tabinh133@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 25/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

con đường như hô hấp, qua da hay tiêu hóa, các hóa chất này sẽ vào máu và ức chế hoạt độ của AChE và BChE. Hoạt động của BChE kém đặc hiệu hơn hoạt động của AChE [5]. BChE được sản xuất trong gan, AChE có trong mô thần kinh và hồng cầu (RBC) đánh giá mức độ giảm hoạt tính của hai enzyme này trong máu được sử dụng để xác định độc tính OP và CB. Thuốc trừ sâu OP và CB ức chế hoạt động AChE chậm hơn so với BChE. Hoạt động của AChE được cho là có mối tương quan mạnh hơn với các đặc điểm lâm sàng của ngộ độc OP. Trong lâm sàng, các triệu chứng thường biểu hiện khi hơn 50% enzym AChE bị ức chế, mặc dù ngưỡng này có thể thay đổi tùy theo các hợp chất OP hoặc CB cụ thể [6]. Người lao động tiếp xúc với OP và CB lý tưởng nhất nên được xác định AChE trước khi tuyển dụng hoặc trước khi tiếp xúc (mức nền). Kết quả này được sử dụng để đánh giá mức AChE sau thời gian tiếp xúc để xác định mức độ phơi nhiễm với hóa chất OP và CB. Mức này có thể thay đổi rất nhiều tùy theo từng người. Khi không có sẵn mức AChE nền của người lao động thì cần xác định AChE sau 2 – 3 tháng ngừng tiếp xúc với hóa chất [7]. Trong cộng đồng, để đánh giá hoạt độ enzym của từng cá thể có bị ức chế hay không và mức độ bị ức chế ra sao cần so sánh với giá trị AChE bản thân người đó trước khi tiếp xúc hoặc sử dụng giá trị tham chiếu người bình thường. Tại Việt Nam, Thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Bộ Y tế ban hành về Quy định về Bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm xã hội, trong đó hướng dẫn chẩn đoán nhiễm độc mạn tính với hóa chất trừ sâu loại organophosphate và carbamate là giới hạn tiếp xúc tối thiểu khi hoạt tính enzym ChE huyết tương giảm trên 30% so với trước khi tiếp xúc hoặc hằng số sinh học ở người bình thường; Hoạt tính enzym AChE hồng cầu giảm trên 50% so với hoạt tính AChE hồng cầu trước khi tiếp xúc hoặc hằng số sinh học ở người bình thường [8]. Chính vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu là xây dựng giá trị tham chiếu AChE người Việt Nam tuổi lao động nhằm cung cấp cơ sở đánh giá nguy cơ ảnh hưởng của hóa chất trừ sâu nhóm OP và CB đến sức khỏe người tiếp xúc.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người Việt Nam trong độ tuổi lao động (từ 18 tuổi đến 60 tuổi), có sức khỏe bình thường trong thời gian 4 tuần trước khi lấy mẫu xét nghiệm. Đối tượng không mắc bệnh mạn tính, không làm việc tiếp xúc trực tiếp với hóa chất.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 5 - 9/2024 tại 07 tỉnh, đại diện cho 7 vùng kinh tế - xã hội của Việt Nam bao gồm tỉnh Lạng Sơn (Đông Bắc bộ), tỉnh Hòa Bình (Tây Bắc bộ), thành phố Hà Nội (đồng bằng Sông Hồng), tỉnh Nghệ An (Bắc Trung bộ), tỉnh Khánh Hòa (Nam Trung bộ, Tây nguyên), thành phố Hồ Chí Minh (Đông Nam bộ), thành phố Cần Thơ (đồng bằng sông Cửu Long)

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu

Tổng số đối tượng là 1077 đáp ứng việc xây dựng giá trị tham chiếu theo Hướng dẫn C28-A3 năm 2008 của Liên đoàn Hóa học lâm sàng quốc tế (IFCC) và Viện Tiêu chuẩn Phòng xét nghiệm lâm sàng (CLSI) [9], số mẫu tối thiểu bảo đảm lớn hơn 120 mẫu ở mỗi giới và mỗi nhóm tuổi. Số nam là 511 người, nữ là 577 người; nhóm tuổi từ 18-24 là 274 người; nhóm tuổi từ 25 – 34 là 266 người; nhóm tuổi từ 35 – 44 là 270 người và nhóm tuổi 45-60 tuổi là 267 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn như sau:

Chọn tỉnh: Để đảm bảo mẫu nghiên cứu đại diện cho người lao động Việt Nam lứa tuổi lao động, chúng tôi chọn ngẫu nhiên mỗi vùng sinh thái 01 tỉnh.

Chọn địa bàn xã/phường: Mỗi tỉnh/thành phố chọn ngẫu nhiên 01 quận/huyện;

Mỗi quận/huyện chọn chủ đích 1 phường/xã; Các phường/xã phải đảm bảo điều kiện không gần khu vực khai khoáng, luyện kim, sản xuất thuốc trừ sâu, khu công nghiệp lớn, không có làng nghề có nguy cơ phát tán hóa chất độc hại ảnh hưởng đến môi trường, không cạnh tác các loại cây công nghiệp.

Chọn mẫu đối tượng: Nhân viên y tế địa phương dưới sự hướng dẫn của cán bộ nghiên cứu tiến hành lập danh sách toàn bộ đối tượng từ 18 – 60 tuổi đang sinh sống tại địa bàn, đảm bảo theo tiêu chí là người khỏe mạnh, không mắc bệnh mạn tính, không làm việc tiếp xúc trực tiếp với hóa chất, không mang thai.... phân loại theo từng nhóm tuổi và theo giới. Trong mỗi nhóm tuổi, chọn ngẫu nhiên 20 nam 20 nữ. Như vậy, mỗi tỉnh lập được danh sách tối đa là 160 đối tượng. Phối hợp với UBND xã gửi giấy mời tới đối tượng để tiến hành nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tỉ lệ % nam, nữ, tuổi, nơi ở, nghề nghiệp. Hoạt tính enzyme cholinesterase: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung bình nhân, các giá trị phân vị.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các đối tượng được mời đến trạm y tế xã để tham gia nghiên cứu. Đối tượng được phỏng vấn bằng phiếu điều tra đã thiết kế sẵn về thông tin nhân khẩu học như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, và nơi cư trú. Cán bộ phỏng vấn được tập huấn trước để thống nhất kỹ thuật phỏng vấn.

Mẫu máu toàn phần: Lấy khoảng 2 mL máu tĩnh mạch, chống đông bằng EDTA, để xét nghiệm công thức máu và hoạt tính enzym cholinesterase ngay tại địa điểm nghiên cứu.

Kỹ thuật xác định AChE: Hoạt tính enzyme AChE được phân tích bằng phương pháp

Ellman [10]. Nguyên lý của phương pháp dựa trên phản ứng giữa thiocholine với thuốc thử Dithiobisnitrobenzoic acid (DTNB) tạo ra sản phẩm 5-thio2-nitrobenzoic acid có màu vàng, được đo bằng thiết bị quang phổ tử ngoại khả kiến (UVVIS). Pha loãng máu toàn phần 600 lần bằng đệm phosphat 0,1 M pH 8, lắc đều mẫu. Hút chính xác 3 mL mẫu đã pha loãng, thêm 10 μ L quinidin sulfat 0,1 % và 25 μ L thuốc thử DTNB, lắc đều. Tiếp tục thêm 20 μ L cơ chất AChI (Acetylthiocholine iodide) 0,075 M. Để yên 6 phút sau đó đo độ hấp thụ quang (DO) ở bước sóng 412 nm bằng thiết bị UVVIS. Điều kiện phản ứng ở nhiệt độ phòng là 25°C, thời gian phản ứng 6 phút, cơ chất 20 μ L AChI 0,075 M. Đơn vị tính AChE là số pmol cơ chất bị phân hủy/hồng cầu (HC). Số lượng hồng cầu của từng đối tượng được đo bằng máy huyết học 18 thông số (Swelab Basic Alpha)

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, sau đó số liệu sang phần mềm SPSS 20.0.

Các chỉ số thống kê gồm số lượng (n), trung bình (TB), độ lệch chuẩn (SD), CI 95%, nhỏ nhất (Min), lớn nhất (Max), tỷ lệ %, trung bình nhân (geometric mean), các giá trị ở phân vị thứ 2,5, 25, 50, 75, 97,5. Các test kiểm định thống kê bao gồm T-test, Tukey test (so sánh giá trị trung bình), Chi - square (so sánh 2 tỷ lệ %). Khoảng tham chiếu bao gồm 95% số liệu được phân bố ở trung tâm của các dữ liệu thu được, phân bố từ phân vị thứ 2,5 đến phân vị thứ 97,5 [11].

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường. Giấy chứng nhận chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học số 04/GCN-HĐĐĐ ngày 29/3/2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố giới tính theo nhóm tuổi và tỉnh/thành phố

	Giới tính	Nam		Nữ		Tổng	p
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	18-24	161	58,8	113	41,2	274	>0,05
	25-34	119	44,7	147	55,3	266	
	35-44	117	43,3	153	56,7	270	
	45-60	114	42,7	153	57,3	267	
Tỉnh	Lạng Sơn	74	46,3	86	53,8	160	>0,05
	TP. Hà Nội	70	44,9	86	55,1	156	
	Hòa Bình	77	49,7	78	50,3	155	
	Nghệ An	71	47,7	78	52,3	149	
	Khánh Hòa	76	51,4	72	48,6	148	
	TP. Hồ Chí Minh	71	45,2	86	54,8	157	
	TP. Cần Thơ	72	47,4	80	52,6	152	
Tổng số		511	47,4	566	52,6	1077	>0,05

Số đối tượng tham gia là 1077 người, chia giới tính theo nhóm tuổi và địa phương. Tổng số nữ có 566 đối tượng (52,6%) và nam có 511 đối tượng (47,4%). Điều này cho thấy sự chênh lệch giới tính không quá lớn, nghiêng về phía nữ giới tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm tuổi từ 18 đến 24 có tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 58,8%, trong khi nữ chỉ chiếm 41,2%. Tuy nhiên, ở các nhóm tuổi còn lại, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới ($p > 0,05$).

Hầu hết các địa phương trong khảo sát đều có tỷ lệ nữ cao hơn nam, như tại TP. Hà Nội, nữ chiếm 55,1%; TP. Hồ Chí Minh là 54,8%; Lạng Sơn là 53,8%; và TP. Cần Thơ là 52,6%. Trong khi đó, một số tỉnh có tỷ lệ giới tính khá cân bằng như Hòa Bình (nữ 50,3%) và Nghệ An (nữ 52,3%). Khánh Hòa là địa phương duy nhất có tỷ lệ nam cao hơn nữ (51,4% nam so với 48,6% nữ). So sánh tỷ lệ giữa nam và nữ của các tỉnh không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 2. Hoạt độ AChE theo giới, nhóm tuổi và tỉnh/thành phố ($\times 10^{-2}$ pmol/HC)

Đặc điểm	n	TB	SD	SE	95% CI		Min	Max
Tổng số	1077	0,677	0,155	0,005	0,668	0,686	0,207	1,268
Theo giới								
Nam	511	0,682	0,160	0,007	0,668	0,696	0,211	1,268
Nữ	566	0,672	0,149	0,006	0,660	0,685	0,207	1,263
P (T-test)				$p > 0,05$				
Theo nhóm tuổi								
18-24	274	0,666	0,134	0,008	0,650	0,682	0,207	1,118
25-34	266	0,676	0,167	0,010	0,655	0,696	0,211	1,263
35-44	270	0,685	0,162	0,010	0,665	0,704	0,331	1,268
45-60	267	0,682	0,154	0,009	0,663	0,700	0,286	1,117

Bảng 2. Hoạt độ AChE theo giới, nhóm tuổi và tỉnh/thành phố ($\times 10^{-2}$ pmol/HC) (tiếp)

Đặc điểm	n	TB	SD	SE	95% CI		Min	Max
P (T-test)	p>0,05							
Theo tỉnh/tp								
Lạng Sơn (1)	160	0,665	0,177	0,014	0,638	0,693	0,344	1,088
Hà Nội (2)	156	0,675	0,134	0,011	0,654	0,696	0,358	1,229
Hòa Bình (3)	155	0,667	0,141	0,011	0,644	0,689	0,314	1,117
Nghệ An (4)	149	0,576	0,172	0,014	0,548	0,604	0,207	1,050
Khánh Hòa (5)	148	0,744	0,125	0,010	0,723	0,764	0,363	1,106
TP, HCM (6)	157	0,722	0,149	0,012	0,698	0,745	0,461	1,268
Cần Thơ (7)	152	0,689	0,123	0,010	0,669	0,709	0,356	1,097
P (Tukey test)	p(1,4)<0,001; p(1,5)<0,001; p(1,6)<0,05							
	p(2,4)<0,001; p(2,5)<0,01							
	p(3,4)<0,001; p(3,5)<0,001; p(3,6)<0,05							
	p (4,5)<0,001; p(4,6)<0,001; p(4,7)<0,001;							
	p(5,7)<0,05							

TB: Trung bình hoạt độ AChE; SD: Độ lệch chuẩn; SE: Sai số chuẩn; 95%CI: Khoảng tin cậy 95%.

Bảng 2 mô tả hoạt độ enzym acetylcholinesterase (AChE) trong số mẫu khảo sát gồm 1077 người, được phân tích theo giới tính, nhóm tuổi và địa phương. Hoạt độ AChE trung bình của toàn bộ mẫu là $0,677 \times 10^{-2}$ pmol/HC, với độ lệch chuẩn là $0,155 \times 10^{-2}$ pmol/HC.

Hoạt độ AChE trung bình ở nam giới là $0,682 \times 10^{-2}$ pmol/HC, cao hơn một chút so với nữ ($0,672 \times 10^{-2}$ pmol/HC). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hoạt độ AChE trung bình theo độ tuổi tương

đương giữa các nhóm tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Hoạt độ AChE có sự khác biệt đáng kể giữa các địa phương, cả về giá trị trung bình và ý nghĩa thống kê. Tỉnh Nghệ An có hoạt độ AChE trung bình thấp nhất ($0,576 \times 10^{-2}$ pmol/HC), Khánh Hòa và TP. Hồ Chí Minh có mức cao nhất lần lượt là $0,744 \times 10^{-2}$ pmol/HC và $0,722 \times 10^{-2}$ pmol/HC. So sánh hoạt độ AChE trung bình của đối tượng theo từng cặp địa phương cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ như liệt kê tại Bảng 2.

Bảng 3. Phân bố hoạt độ AChE ($\times 10^{-2}$ pmol/HC) theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	TB	SD	Min	Max	p
Nội trợ	106	0,676	0,151	0,207	1,082	<0,001
Nông dân	224	0,617	0,174	0,211	1,096	
Công nhân	93	0,702	0,153	0,358	1,097	
NV VP/CC/VC	188	0,707	0,164	0,362	1,263	
Khác	466	0,689	0,134	0,343	1,268	

TB: Trung bình hoạt độ AChE; SD: Độ lệch chuẩn; NV VP/CC/VC: Nhân viên văn phòng/công chức/viên chức.

Bảng số liệu thể hiện hoạt độ enzym acetylcholinesterase (AChE) trung bình của các đối tượng nghiên cứu theo nhóm nghề nghiệp. Nhóm có hoạt độ AChE trung bình thấp nhất là nông dân với $0,617 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Nhóm nhân viên văn phòng, công chức, viên chức là nhóm có hoạt độ AChE cao nhất với $0,707 \times 10^{-2}$ pmol/HC, tiếp đến là công nhân $0,702 \times 10^{-2}$ pmol/HC và nhóm nghề khác $0,689 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ AChE giữa các nhóm nghề nghiệp ($p < 0,001$).

Kết quả bảng 4 (phục lục) cho thấy: Hoạt độ enzym AChE trong toàn bộ mẫu khảo sát ($n = 1077$) có giá trị trung bình hình học (Geometric Mean – GM) là $0,658 \times 10^{-2}$ pmol/HC, với khoảng tin cậy 95% dao động từ $0,649$ đến $0,668 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Các phân vị cho thấy mức phân bố khá đều: P2,5: $0,376 \times 10^{-2}$ pmol/HC, P25: $0,580 \times 10^{-2}$ pmol/HC, P50 (trung vị): $0,673 \times 10^{-2}$ pmol/HC, P75: $0,779 \times 10^{-2}$ pmol/HC, P97,5: $1,000 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Điều này cho thấy đa số đối tượng có hoạt độ AChE nằm trong khoảng từ $0,58$ đến $0,78 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Nam giới có GM cao hơn một chút ($0,662 \times 10^{-2}$ pmol/HC) so với nữ giới ($0,655 \times 10^{-2}$ pmol/HC), sự khác biệt này là nhỏ, và khoảng tin cậy giữa hai giới có sự chồng lấn, cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về hoạt độ AChE giữa nam và nữ. Giá trị tham chiếu AChE được xác định từ phân vị thứ 2,5 đến phân vị thứ 97,5 là $0,376 - 1,000$ ($\times 10^{-2}$ pmol/HC).

IV. BÀN LUẬN

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 1077 người, trong đó nữ chiếm 52,6% (566 người) và nam chiếm 47,4% (511 người). Như vậy, tỷ lệ nữ cao hơn không nhiều so với tỷ lệ nam trong toàn bộ mẫu ($p > 0,05$). Nhóm tuổi 18–24 là nhóm tuổi duy nhất có tỷ lệ nam cao hơn nữ, các nhóm tuổi còn lại đều có tỷ lệ nữ cao hơn nam. Phân bố giới tính theo tỉnh/thành phố, nhìn chung sự chênh lệch giữa nam và nữ không quá lớn ở hầu hết các địa phương ($p > 0,05$). Như vậy, kết quả bảng 1 cho thấy, không có sự chênh lệch quá lớn về tỷ lệ nam và

nữ, kết quả này đáp ứng tiêu chí của nghiên cứu đặt ra. Sự phân bố nhóm tuổi khá đồng đều giữa các địa phương đảm bảo tính đại diện tương đối đồng nhất khi phân tích các thông số trong nghiên cứu.

AChE nằm trong các mô thần kinh và xương, cũng như trên màng hồng cầu. Đặc điểm chính của thuốc trừ sâu organophosphat là khả năng ức chế hydrolase este carboxyl, chủ yếu tập trung vào ức chế AChE [6]. Chính vì vậy, đánh giá hoạt độ của AChE hồng cầu gián tiếp đánh giá hoạt độ AChE ở mô thần kinh, nơi AChE thực hiện chức năng thủy phân acetylcholin, nên việc ức chế nó dẫn đến sự tích tụ acetylcholin trong khớp thần kinh, dẫn đến kích thích quá mức cả thụ thể nicotinic và muscarinic. Các triệu chứng bên ngoài của ngộ độc OP hoặc CB có thể khó nhận biết, khó phân biệt, đặc biệt với nhiễm độc mạn tính, vì vậy điều quan trọng là phải giám sát sinh học để phát hiện tình trạng giảm hoạt tính AChE của một cá nhân thông qua phép đo khách quan [12]. Để xác định xem phơi nhiễm với OP hoặc CB đã xảy ra hay chưa, phép đo sự thay đổi tương đối hoạt độ AChE được thực hiện bằng cách so sánh hoạt độ AChE trước khi tiếp xúc với OP hoặc CB với một phép đo khác được thực hiện sau khi cá nhân đó tiếp xúc, điều này khó thực hiện. Theo thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Bộ Y tế ban hành về Quy định về Bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm xã hội, trong đó hướng dẫn chẩn đoán cận lâm sàng nhiễm độc mạn tính organophosphat và carbamat quy định hoạt tính AChE hồng cầu giảm trên 50% so với hoạt tính ChE hồng cầu trước khi tiếp xúc hoặc hằng số sinh học ở người bình thường [8].

Nghiên cứu đã khảo sát giá trị tham khảo AChE người bình thường trên các đối tượng từ 7 tỉnh/thành phố đại diện cho các vùng kinh tế - xã hội của Việt Nam, tỷ lệ nam nữ gần như tương đương và đồng đều giữa các nhóm tuổi trong độ tuổi lao động. Hoạt độ AChE trung bình của 1077 đối tượng là $0,677 \times 10^{-2}$ pmol/HC, nằm trong khoảng giá trị từ $0,207$ đến $1,268 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nam và nữ. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy độ tuổi lao động có thể không phải là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến hoạt độ AChE trong quần thể nghiên cứu. Hoạt độ AChE có sự khác biệt đáng kể giữa các địa phương về giá trị trung bình. Tỉnh Nghệ An có hoạt độ AChE trung bình thấp nhất là $0,576 \times 10^{-2}$ pmol/HC, tỉnh Khánh Hòa và TP, Hồ Chí Minh có hoạt độ AChE cao nhất lần lượt là $0,744 \times 10^{-2}$ pmol/HC và $0,722 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Nghệ An có hoạt độ AChE thấp nhất, điều này có thể do yếu tố môi trường hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến chỉ số này, tỉnh Khánh Hòa và TP, Hồ Chí Minh là hai khu vực có hoạt độ AChE cao hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhiều tỉnh khác. Vị trí địa lý có liên quan đến số lượng hồng cầu, người sống ở vùng cao thường có số lượng hồng cầu cao hơn người sống ở vùng đồng bằng do thích nghi với môi trường mà AChE được tìm thấy ở màng tế bào hồng cầu nên có ảnh hưởng nhất định [13]. Theo Dominika Dingova và cộng sự (2016), phân tích hoạt độ AChE và BChE liên quan đến chỉ số khối cơ thể (BMI) cho thấy, hoạt độ AChE thấp hơn và có xu hướng giảm ở người bệnh Alzheimer có BMI thấp [14]. Chế độ ăn uống cũng ảnh hưởng đến hoạt độ AChE, nghiên cứu của Rosilene R và cộng sự trên chuột thực nghiệm cho thấy, thói quen ăn nhiều đường, nhiều chất béo làm giảm hoạt động AChE [15]. Các nghiên cứu gần đây cũng chứng minh một số loại hóa chất khác cũng ức chế AChE bao gồm kim loại nặng, các loại thuốc trừ sâu khác, hydrocacbon thơm đa vòng, chất tẩy rửa và các thành phần của hỗn hợp phức tạp các chất gây ô nhiễm đã và đang được báo cáo ở người và các động vật thí nghiệm [16]. Những kết quả này cho thấy cần tiếp tục tìm hiểu nguyên nhân của sự khác biệt địa lý, có thể liên quan đến yếu tố điều kiện sống hoặc chế độ dinh dưỡng đặc thù của từng vùng.

So sánh hoạt độ AChE giữa các nhóm nghề nghiệp, nhóm có hoạt độ AChE trung bình thấp nhất là nông dân với $0,617 \times 10^{-2}$ pmol/HC, các đối tượng là nông dân tham gia nghiên cứu không tiếp xúc với hóa chất bảo vệ thực vật

4 tuần trước khi lấy mẫu. Trong khi đó, nhân viên văn phòng, công chức, viên chức là nhóm có hoạt độ AChE cao là $0,707 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ AChE giữa các nhóm nghề nghiệp. Nói cách khác, nghề nghiệp là một yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt đến mức hoạt độ AChE trong cơ thể. Sự khác biệt này có thể liên quan đối tượng là nông dân tuy được yêu cầu ngừng tiếp xúc với hóa chất bảo vệ thực vật, nhưng do sinh sống trong môi trường nông nghiệp đã ảnh hưởng phần nào đến hoạt độ AChE. Trong khi đó, các nhóm làm việc trong môi trường văn phòng hoặc công nghiệp như công nhân, nhân viên văn phòng lại có hoạt độ AChE cao hơn, có thể do ít yếu tố nguy cơ hoặc có điều kiện lao động an toàn hơn.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có rất nhiều hình thức tiếp xúc với thuốc trừ sâu trong cộng đồng không liên quan đến nghề nghiệp khi mà OP và CB được sử dụng để diệt côn trùng ở những nơi công cộng như nhà vệ sinh, nhà hàng, khách sạn, trường học, văn phòng kinh doanh, tòa nhà chung cư, cửa hàng tạp hóa, bệnh viện... [17-19]. Nhân viên văn phòng thỉnh thoảng tiếp xúc với thuốc trừ sâu do người diệt côn trùng sử dụng tại văn phòng mặc dù không cố ý tuy nhiên không thể so sánh được với tần suất phơi nhiễm của người lao động nông nghiệp hoặc nhân viên ngành hóa chất [20, 21]. Tiếp xúc gần với thuốc trừ sâu cũng có thể dẫn đến việc nuốt phải hóa chất này khi tiêu thụ thực phẩm bị ô nhiễm, bao gồm trái cây, rau quả và nước và các loại đồ uống khác do vậy, chế độ ăn uống là nguồn tiếp xúc đáng kể với OP và CB [22, 23].

Trong nhiễm độc cấp tính, enzym BChE trong huyết thanh được sản xuất trong gan bị ức chế bởi organophosphate rất nhanh và cũng nhanh chóng được phục hồi về mức bình thường [7]. Nhưng hoạt động AChE trong hồng cầu thường mất vài giờ đến vài ngày để hoạt động của AChE giảm xuống, và khoảng 60 đến 90 ngày để mức ChE trở lại bình thường. Khi một organophosphate liên kết với enzyme AChE, nó sẽ trải qua quá trình phân cắt, tạo thành một liên kết ổn định nhưng có thể đảo

ngược và làm cho AChE không hoạt động. Mặc dù quá trình tái tạo có thể xảy ra, nhưng nó diễn ra chậm hơn quá trình ức chế và có thể mất nhiều giờ đến nhiều ngày để khôi phục hoàn toàn chức năng của AChE. Trong trạng thái không hoạt động của mình, enzyme có khả năng trải qua quá trình lão hóa, trong đó liên kết thuận nghịch ban đầu trở nên không thể đảo ngược và quá trình tái tạo enzyme không còn có thể xảy ra nữa [24]. Trong tiếp xúc mạn tính, người tiếp xúc với thuốc trừ sâu OP lý tưởng nhất là phải có phép đo ChE trước khi tuyển dụng hoặc trước khi tiếp xúc (mức nền). Trong nhiều trường hợp khi không biết giá trị nền, có thể sử dụng giá trị tham chiếu người bình thường, các giá trị này có phạm vi rất rộng. Có người có mức AChE cơ bản cao hơn so với những người khác. Những người lao động tiếp xúc lâu dài với OP có hoạt động AChE của hồng cầu thấp mạn tính, tạo ra mức nền thấp giả tạo [7].

Hoạt độ AChE trong toàn bộ mẫu khảo sát ($n = 1077$) có giá trị trung bình nhân (Geometric Mean – GM) là $0,658 \times 10^{-2}$ pmol/HC, với khoảng tin cậy 95% dao động từ 0,649 đến $0,668 \times 10^{-2}$ pmol/HC. Các phân vị cho thấy mức phân bố khá đều. Nam giới có GM cao hơn so với nữ giới, tuy nhiên, sự khác biệt này không đáng kể. Hoạt độ AChE trong cộng đồng được phân bố tương đối ổn định theo giới và tuổi, nhưng có sự khác biệt đáng kể theo địa phương. Để xác định giá trị tham chiếu AChE, đảm bảo tính đại diện trong quần thể nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn từ phân vị thứ 2,5 đến phân vị thứ 97,5 là $0,376 - 1,000 \times 10^{-2}$ pmol/HC, loại bỏ các giá trị nhỏ hơn phân vị thứ 2,5 và lớn hơn phân vị thứ 97,5. AChE hồng cầu là một chỉ số sinh lý của cơ thể, chỉ số này thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có yếu tố di truyền, tình trạng sức khỏe, chế độ dinh dưỡng và môi trường sống. Nghiên cứu của chúng tôi đề xuất khoảng giá trị tham chiếu AChE trên người bình thường phù hợp với người Việt nam lứa tuổi lao động làm cơ sở chẩn đoán, dự phòng nguy cơ nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật nhóm OP và CB.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt độ AChE trung bình là $0,677 \pm 0,005 (x10^{-2} \text{ pmol/HC})$, trung vị là $0,673 \times 10^{-2} \text{ pmol/HC}$ với độ tin cậy 95% trong khoảng $0,658 - 0,686 (x10^{-2} \text{ pmol/HC})$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hoạt độ AChE giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi (18-24 tuổi, 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45 - 60 tuổi). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ AChE của đối tượng có nghề nghiệp khác nhau ($p < 0,001$). Giá trị tham chiếu AChE được xác định từ phân vị thứ 2,5 đến phân vị thứ 97,5 là $0,376 - 1,000 (x10^{-2} \text{ pmol/HC})$

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này là một phần kết quả của Đề tài độc lập cấp Nhà nước “Nghiên cứu xây dựng bộ chỉ số sinh hóa cơ bản về độc chất học môi trường trên người Việt Nam tuổi lao động” mã số ĐTĐL.CN-39/21. Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ quý báu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aroniadou-Anderjaska V, Figueiredo TH, Aplan JP, et al. Targeting the glutamatergic system to counteract organophosphate poisoning: A novel therapeutic strategy. *Neurobiol Dis.* 2020; 133: 104406.
2. Nigg HN and Knaak JB. Blood cholinesterases as human biomarkers of organophosphorus pesticide exposure. *Rev Environ Contam Toxicol.* 2000; 163: 29 - 111.
3. Rusyniak DE and Nañagas KA. Organophosphate poisoning. *Semin Neurol.* 2004; 24 (2): 197 - 204.
4. Eddleston M. The pathophysiology of organophosphorus pesticide self-poisoning is not so simple. *Neth J Med.* 2008; 66 (4): 146 - 148.
5. Furman J. Cholinesterase Monitoring of Pesticide Handlers in Agriculture. Final Report. 2007.
6. Erika LR, Angela CR, Mari BB. Organophosphate Toxicity. *StatPearls.* 2023.
7. Jaga K. and Dharmani C. Sources of exposure to and public health implications of organophosphate pesticides. *Rev Panam Salud Publica.* 2003; 14 (3): 171 - 185.
8. Bộ Y tế. Thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 Quy định về Bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm xã hội. 2016.

9. Clinical Laboratory and Standards Institute. Defining, Establishing, and Verifying Reference Intervals in the Clinical Laboratory. Wayne, PA: CLSI; Approved Guideline. 3rd ed. 2008.
10. Ellman, George LC, Diane AK, et al. A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity. *Biochemical Pharmacology*. 1961; 7 (2): 88 - 95.
11. Geffré A, Friedrichs K, Harr K, et al. Reference values: a review. *Vet Clin Pathol*. 2009; 38 (3): 288 - 298.
12. Strelitz J, Engel LS, and Keifer MC. Blood acetylcholinesterase and butyrylcholinesterase as biomarkers of cholinesterase depression among pesticide handlers. *Occup Environ Med*. 2014; 71 (12): 842 - 847.
13. Daniels G. Functions of red cell surface proteins. *Vox Sang*. 2007; 93 (4): 331 - 340.
14. Dingova D, Fazekas T, Okuliarova P, et al. Low Plasma Cholinesterase Activities are Associated with Deficits in Spatial Orientation, Reduced Ability to Perform Basic Activities of Daily Living, and Low Body Mass Index in Patients with Progressed Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2016; 51 (3): 801 - 813.
15. Kaizer, Rosilene RS, Adriane CM, et al. Diet-Induced Changes in AChE Activity after Long-Term Exposure. *Neurochemical Research*. 2004; 29 (12): 2251 - 2255.
16. Lionetto MG, Caricato R, Calisi A, et al. Acetylcholinesterase as a biomarker in environmental and occupational medicine: new insights and future perspectives. *Biomed Res Int*. 2013; 2013: 321213.
17. Muldoon SR and Hodgson MJ. Risk factors for nonoccupational organophosphate pesticide poisoning. *J Occup Med*. 1992; 34 (1): 38-41.
18. Maddy KT and Edmisto S. Selected incidents of illnesses and injuries related to exposure to pesticides reported by physicians in California in 1986. *Vet Hum Toxicol*. 1988; 30 (3): 246 - 254.
19. Miller JR. The control of mosquito-borne diseases in New York City. *J Urban Health*. 2001; 78 (2): 359 - 366.
20. Lessenger JE. The pesticide-exposed worker: an approach to the office evaluation. *J Am Board Fam Pract*. 1993; 6 (1): 33 - 41.
21. Burns CJ, Cartmill JB, Powers BS, et al. Update of the morbidity experience of employees potentially exposed to chlorpyrifos. *Occup Environ Med*. 1998; 55 (1): 65 - 70.
22. Fenske RA, Kedan G, Lu C, et al. Assessment of organophosphorous pesticide exposures in the diets of preschool children in Washington State. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2002; 12 (1): 21 - 28.
23. MacIntosh DL, Kabiru CW, and Ryan PB. Longitudinal investigation of dietary exposure to selected pesticides. *Environ Health Perspect*. 2001; 109 (2): 145 - 150.
24. Eyer P. The role of oximes in the management of organophosphorus pesticide poisoning. *Toxicol Rev*. 2003; 22 (3): 165-90.

PHỤ LỤC:

Bảng 4.Phân bố hoạt độ AChE theo các phân vị ($\times 10^{-2}$ pmol/HC)

Đặc điểm	n	Geomean			2.5th		25th		50th		75th		97.5th						
		GM	CI 95%	Perc	CI 95%	Perc	95%CI	Perc	95%CI	Perc	95%CI	Perc	95%CI						
Chung	1077	0,658	0,649	0,668	0,376	0,360	0,392	0,580	0,567	0,589	0,673	0,658	0,686	0,779	0,765	0,789	1,000	0,963	1,041
Giới																			
Nam	511	0,662	0,647	0,676	0,373	0,344	0,396	0,577	0,558	0,597	0,682	0,663	0,697	0,785	0,765	0,809	1,024	0,983	1,078
Nữ	566	0,655	0,643	0,668	0,378	0,361	0,408	0,580	0,564	0,594	0,664	0,652	0,685	0,772	0,748	0,786	0,967	0,928	1,050
Nhóm tuổi																			
18-24	274	0,652	0,636	0,669	0,399	0,349	0,440	0,589	0,574	0,605	0,661	0,642	0,684	0,741	0,725	0,769	0,973	0,891	1,035
25-34	266	0,654	0,632	0,675	0,368	0,345	0,391	0,567	0,535	0,594	0,673	0,653	0,695	0,779	0,752	0,805	1,060	0,960	1,096
35-44	270	0,665	0,645	0,684	0,379	0,345	0,399	0,581	0,550	0,610	0,675	0,653	0,699	0,801	0,763	0,826	0,989	0,954	1,050
45-60	267	0,663	0,645	0,682	0,370	0,319	0,409	0,572	0,555	0,603	0,687	0,653	0,710	0,785	0,756	0,810	1,007	0,923	1,096
Tỉnh/TP																			
Lạng Sơn	160	0,641	0,614	0,669	0,366	0,348	0,388	0,533	0,480	0,573	0,655	0,635	0,698	0,790	0,742	0,844	1,002	0,954	1,079
TP Hà Nội	156	0,662	0,642	0,681	0,408	0,373	0,482	0,584	0,566	0,604	0,650	0,634	0,692	0,761	0,735	0,798	0,939	0,890	1,071
Hòa Bình	155	0,652	0,630	0,673	0,430	0,362	0,455	0,573	0,554	0,595	0,652	0,629	0,680	0,749	0,723	0,801	1,019	0,904	1,103
Nghệ An	149	0,551	0,525	0,579	0,294	0,209	0,340	0,461	0,417	0,488	0,541	0,527	0,581	0,679	0,644	0,719	0,980	0,884	1,042
Khánh Hòa	148	0,733	0,710	0,754	0,459	0,394	0,555	0,661	0,643	0,689	0,731	0,712	0,760	0,832	0,809	0,859	0,989	0,921	1,106
TP HCM	157	0,708	0,688	0,732	0,464	0,462	0,521	0,623	0,604	0,650	0,702	0,678	0,724	0,794	0,757	0,820	1,123	1,012	1,265
TP Cần Thơ	152	0,678	0,657	0,699	0,405	0,369	0,488	0,611	0,591	0,635	0,687	0,658	0,720	0,771	0,742	0,781	0,943	0,895	1,046

ESTABLISHING REFERENCE VALUES FOR ERYTHROCYTE CHOLINESTERASE (ACHE) ENZYME ACTIVITY IN VIETNAMESE WORKING-AGE POPULATION

Ta Thi Binh, Pham Van Tuan, Nguyen Van Son, Lo Van Tung, Phung Thi Thao, Pham Thi Hoai An, Do Thuy Linh, Pham Thi Van, Nguyen Thi Huyen, Nguyen Van Tiem, Nguyen Thi Bich Thuy

National Institute of Occupation and Environmental Health

Cholinesterase enzymes play a critical role in catalyzing the hydrolysis of acetylcholine, resulting in the release of choline and acetic acid. This reaction facilitates the transition of neurons from a resting to an active state. Organophosphate and carbamate pesticides inhibit the activity of erythrocyte acetylcholinesterase (AChE) and plasma butyrylcholinesterase (BChE). Therefore, enzymatic activity assays are utilized for diagnosing acute poisoning and monitoring occupational exposure to these chemical groups. The objective of this study was to establish reference values for erythrocyte AChE activity in the Vietnamese working-age population. A total of 1,077 whole blood samples were collected from individuals residing in seven provinces/cities representative of Vietnam's

socio-economic regions. AChE activity was measured using the Ellman method. The results showed that the mean AChE activity was $0.677 \pm 0.005 \times 10^{-14}$ mol/RBC, with a median value of 0.673×10^{-14} mol/RBC. The 95% confidence interval ranged from 0.658 to 0.686×10^{-14} mol/RBC. No statistically significant differences in AChE activity were observed between males and females, or across age groups (18–24, 25–34, 35–44, and 45–60 years). However, a statistically significant difference in AChE activity was found among individuals with different occupations ($p < 0.001$). The reference interval for AChE activity, defined as the 2.5th to 97.5th percentile, was determined to be $0.376\text{--}1.000 \times 10^{-14}$ mol/RBC.

Keywords: Erythrocyte acetylcholinesterase, reference range, Vietnamese

NĂNG LỰC SỐ VỀ VẮC XIN SỐT XUẤT HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Thu Hường*, Hoàng Thị Khánh Ly, Nguyễn Việt Thành,
Luu Thị Thu Kiều

Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 439 sinh viên hệ chính quy đang học tại Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng năm 2024 nhằm mô tả năng lực số (NLS) về vắc xin sốt xuất huyết (VXSXH) và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy sinh viên có điểm NLS trung bình và độ lệch chuẩn là $23,53 \pm 5,58$. Tỷ lệ sinh viên có năng lực số tốt về vắc xin sốt xuất huyết (NLS từ 20 điểm trở lên) chiếm 366/439 (83,4%). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố có liên quan thống kê đến NLS bao gồm tôn giáo (aOR = 0,08; KTC 95%: 0,01 - 0,58; p = 0,012) và tiền sử đã từng mắc sốt xuất huyết (aOR = 0,48; KTC 95%: 0,24 - 0,95; p = 0,035). Cần nhắc đưa học phần về tích hợp “năng lực số về vắc xin” trong “an toàn tiêm chủng” trong chương trình đào tạo cũng như có các can thiệp giáo dục để củng cố khả năng sàng lọc, xác thực thông tin y tế số, đặc biệt đối với những nhóm sinh viên có NLS thấp.

Từ khóa: Sốt xuất huyết; năng lực số về vắc xin; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng; sinh viên; yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năng lực số về vắc xin (NLS) tên tiếng Anh là Digital vaccine literacy (DVL) đề cập đến việc hiểu, tin tưởng, đánh giá và áp dụng thông tin liên quan đến vắc xin trên nền tảng trực tuyến. NLS ảnh hưởng đến cả động lực và kỹ năng liên quan đến việc tìm kiếm thông tin trực tuyến để đưa ra quyết định rõ ràng, minh bạch về việc có nên tiêm vắc xin hay không [1].

Trong bối cảnh dịch diễn biến phức tạp, “do dự tiêm chủng” vẫn là vấn đề lớn cần giải quyết thì thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm nổi lên như một yếu tố chính làm suy giảm niềm tin của cộng đồng với vắc xin. Đồng thời, sự phát triển của công nghệ số làm thay đổi cách thức tiếp cận và truyền tải thông tin y tế, tạo ra cơ hội những cung đặt ra thách thức

trong đảm bảo nguồn thông tin chính xác, tin cậy về vắc xin [2]. Do đó, nâng cao NLS là cần thiết để tiếp nhận thông tin chính xác và phòng bệnh chủ động.

Năng lực số về vắc xin là yêu cầu cần thiết đối với sinh viên y khoa, đặc biệt là sinh viên Y học dự phòng và Y tế công cộng, những người trực tiếp tham gia công tác phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe cộng đồng [3]. Tháng 5/2024, VXSXH mới được cấp phép và tháng 9/2024 đã có mặt tại một số trung tâm tiêm chủng tại Việt Nam [4]. Đánh giá về NLS có vai trò cần thiết trong bối cảnh VXSXH mới được đưa vào sử dụng, từ đó cũng giúp xây dựng chương trình đào tạo ngành Y học dự phòng và Y tế công cộng phù hợp [5].

Tại Việt Nam, hiện chưa có những nghiên cứu nhằm đánh giá năng lực số về VXSXH, đặc

*Tác giả: Nguyễn Thị Thu Hường

Địa chỉ: Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

Số điện thoại: 0389 931 810

Email: ntth@hmu.edu

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 28/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

biệt là với đối tượng là các sinh viên y khoa. Do đó nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhằm mô tả thực trạng năng lực số về vắc xin sốt xuất huyết và một số yếu tố liên quan của sinh viên Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là sinh viên đang học tại Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Chúng tôi lựa chọn những sinh viên từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu ngành bác sĩ Y học Dự phòng và năm thứ nhất đến năm thứ tư của các ngành cử nhân bao gồm: Y tế Công cộng, Dinh dưỡng, Tâm lý học.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những đối tượng không có mặt, không tham gia và không hoàn thành bộ câu hỏi và sinh viên không biết đến vắc xin sốt xuất huyết được loại trừ ra khỏi nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2024 đến tháng 06/2025 tại trường Đại học Y Hà Nội.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức tính ước lượng cho một giá trị trung bình:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu mà nghiên cứu cần thực hiện; là giá trị Z thu được =1,96 từ bảng Z ứng với giá trị =0,05 là sai số tuyệt đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (giá

trị được chọn là 0,30); s là độ lệch chuẩn trong ước tính năng lực số về vắc xin tham khảo từ nghiên cứu trước, được lấy từ nghiên cứu “Đo lường năng lực số về vắc xin: Phát triển và đánh giá tâm lý thang đo năng lực số về vắc xin” năm 2022 của Ilaria Montagni và cộng sự nghiên cứu trên 848 người dân ở Pháp ta có giá trị là $19,5 \pm 2,8$. Thay vào công thức ta có cỡ mẫu $n = 335$ [1].

Dự trừ 10% các phiếu bị lỗi nên thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu $n = 369$

Thực tế chúng tôi thu được tổng 630 phiếu, sau khi làm sạch và loại trừ những phiếu không đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, chúng tôi thu được 439 phiếu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các sinh viên ngành bác sĩ Y học dự phòng, cử nhân Y tế công cộng, cử nhân Dinh dưỡng và cử nhân Tâm lý học tham gia nghiên cứu, khảo sát trên toàn bộ sinh viên đang theo học tại Viện Đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng.

2.6 Công cụ và biến số nghiên cứu

Thang đo DVL (Digital vaccine literacy) để đánh giá NLS về VXSXH. Thang đo gồm 07 tiểu mục bao gồm 03 yếu tố (hiểu và tin tưởng thông tin chính thức; hiểu và tin tưởng thông tin trên phương tiện truyền thông xã hội; đánh giá thông tin vắc xin trực tuyến về mặt đánh giá thông tin và ứng dụng của thông tin đó để ra quyết định). Tổng điểm của thang đo DVL được tính bằng tổng của tất cả các câu trả lời cho các mục. Điểm của thang đo dao động từ 07 đến 28 điểm. Điểm ≥ 20 được quy đổi là NLS về vắc xin tốt, ngược lại điểm <20 là NLS về vắc xin chưa tốt [1].

Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, nơi sinh, ngành học

Tình trạng sức khỏe bản thân: tiền sử mắc SXH của bản thân và gia đình

Thực trạng bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu thu thập số liệu trực tiếp qua gửi đường link khảo sát trực tuyến cho đối tượng tự điền. Chúng tôi sử dụng phần mềm Kobotoolbox để tạo một biểu mẫu theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn. Trong biểu mẫu bao gồm các phần: giới thiệu và mời đối tượng tham gia nghiên cứu, xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu, bộ câu hỏi kèm theo giải thích chi tiết ở mỗi phần, số điện thoại và hòm thư điện tử của nhóm điều tra viên để giải thích thắc mắc khi cần thiết.

2.8 Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập qua phần mềm Kobotolbox, được làm sạch và được xử lý bằng phần mềm STATA. Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và biến nghiên cứu gồm có các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số tuyệt đối (số lượng) và tần số tương đối (tỷ lệ

phần trăm) và các biến định lượng (điểm NLS về VXSXH qua thang đo DVL) được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD), trung vị và khoảng tứ phân vị. Thống kê suy luận được sử dụng qua phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan tới NLS về VXSXH.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý thông qua Hội đồng khoa học đề tài cơ sở của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng theo Quyết định số 1591/QĐ-ĐHYHN ngày 07 tháng 05 năm 2025. Tất cả đối tượng đều được cung cấp thông tin rõ ràng về mục tiêu và nội dung của nghiên cứu. Đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có quyền dừng hoặc rút khỏi nghiên cứu. Không có tác động can thiệp nào tới đối tượng.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tổng		128	29,2	311	70,8	439	100
Tuổi	(TB $\pm$ ĐLC)	20,04 $\pm$ 1,71		19,88 $\pm$ 1,81		19,93 $\pm$ 1,78	
Dân tộc	Kinh	118	92,2	283	91,0	401	91,3
	Khác	10	7,8	28	9,0	38	8,7
Tôn giáo	Không	122	95,3	291	93,6	413	94,1
	Có	6	4,7	20	6,4	26	5,9
Nơi sinh	Thành thị	58	45,3	103	33,1	161	36,7
	Nông thôn	70	54,7	208	66,9	278	63,3
Ngành học	Y học dự phòng	78	60,9	136	43,7	214	48,7
	Y tế công cộng	24	18,8	57	18,3	81	18,5
	Dinh dưỡng	14	10,9	82	26,4	96	21,9
	Tâm lý học	12	9,4	36	11,6	48	10,9

TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn

Sinh viên tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (70,8%) cao gấp 2,4 lần nam giới (29,2%). Phần lớn là người Kinh (91,4%), đa số không

theo tôn giáo nào (94,1%) và sinh viên đến từ nông thôn chiếm ưu thế với 63,3%.

Bảng 2. Thực trạng mắc bệnh sốt xuất huyết

Đặc điểm		Nam		Nữ		Tổng		Giá trị p*
		n	%	n	%	n	%	
Tổng		128	29,2	311	70,8	439	100	
Tiền sử mắc bệnh SXH	Đã từng	37	28,9	46	14,8	83	18,9	0,001*
	Chưa từng	91	71,1	265	85,2	356	81,1	
Tiền sử gia đình mắc SXH	Có	47	36,7	72	23,2	119	27,1	0,004*
	Không	81	63,3	239	76,8	320	72,9	

*Kiểm định Khi Bình phương; SXH: sốt xuất huyết

Có 18,9% sinh viên tham gia nghiên cứu đã từng mắc SXH. Ngoài ra 27,1% sinh viên có tiền sử gia đình mắc sốt xuất huyết. Nam giới có tiền sử bản thân và gia đình mắc sốt xuất huyết cao hơn so với nữ giới. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Thực trạng Bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ

Đặc điểm		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tổng		128	29,2	311	70,8	439	100
Loại hình thẻ bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	112	87,5	277	89,1	389	88,6
	Bảo hiểm thương mại	3	2,3	1	0,3	4	0,9
	Cả hai loại thẻ	12	9,4	29	9,3	41	9,3
	Không có thẻ bảo hiểm	1	0,8	4	1,3	5	1,1
Sử dụng dịch vụ KCB bằng thẻ BHYT	Có sử dụng	92	71,9	190	61,1	282	64,2
	Chưa sử dụng	36	28,1	121	38,9	157	35,8
Số lần sử dụng dịch vụ trong năm	1-2 lần	78	85,7	161	88,9	239	87,9
	Từ 3 lần trở lên	13	13,3	20	11,1	33	12,1
Điều trị sốt xuất huyết	Điều trị tại CSYT	16	43,2	27	58,7	43	51,8
	Điều trị tại nhà	21	56,8	19	41,3	40	48,2

CSYT: Cơ sở y tế; BHYT: Bảo hiểm y tế; KCB: Khám chữa bệnh

Có 98,9% sinh viên có ít nhất 1 loại thẻ BHYT. Trong đó có 64,2% có sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh. Tần suất sử dụng thẻ phổ biến từ 1-2 lần/năm với 87,9%. Trong số 83 sinh viên đã từng mắc sốt xuất huyết, có 51,8% là điều trị tại CSYT và 48,2% là điều trị tại nhà.

Bảng 4. Thực trạng năng lực số về vắc xin sốt xuất huyết

Thang điểm năng lực số về vắc xin SXH	Không đồng ý n (%)	Khá không đồng ý n (%)	Khá đồng ý n (%)	Đồng ý n (%)
Thông tin về vắc xin SXH trên các diễn đàn và mạng xã hội là dễ hiểu	45 (10,2)	13 (3)	101 (23,0)	280 (63,8)
Thông tin về vắc xin SXH trên trang web chính phủ là dễ hiểu	44 (10,0)	06 (1,4)	84 (19,1)	305 (69,5)
Có khả năng nhận biết thông tin sai lệch về vắc xin SXH	47 (10,7)	27 (6,2)	113 (25,7)	252 (57,4)
Tin tưởng vào thông tin trên trang web của chính phủ về vắc xin SXH	67 (15,3)	03 (0,7)	60 (13,7)	309 (70,4)
Thông tin về vắc xin SXH trên mạng xã hội là đáng tin cậy.	45 (10,2)	52 (11,9)	133 (30,3)	209 (47,6)
Đánh giá, so sánh nhiều nguồn thông tin về vắc xin SXH để xác minh tính chính xác	51 (11,6)	09 (2,1)	87 (19,8)	292 (66,5)
Thông tin trên mạng có thể ảnh hưởng đến quyết định tiêm vắc xin SXH	45 (10,2)	13 (3,0)	108 (24,6)	273 (62,2)
Điểm năng lực số về vắc xin SXH	Trung bình 23,53 Tốt (≥ 20)	Độ lệch chuẩn 5,58	Trung vị 25	IQR 21-28
Phân loại năng lực số về vắc xin SXH theo điểm cắt	Chưa tốt (< 20)		366 73	83,37 16,63

*SXH: Sốt xuất huyết

Bảng 4 cho thấy với mức phân loại DVL là 20 điểm có 83,4% sinh viên có NLS về VX SXH tốt. Giá trị trung bình là $23,53 \pm 5,58$, trung vị là 25. Ngoài ra có 57,4% sinh viên cho biết họ có khả năng nhận biết thông tin sai lệch, 70,4% tin tưởng vào thông tin trên trang

web của chính phủ, 47,6% cho rằng thông tin trên mạng xã hội là đáng tin cậy và 66,5% có thói quen đánh giá, so sánh nhiều nguồn để xác minh. Ngoài ra, 62,2% cho rằng thông tin trên mạng có thể ảnh hưởng đến quyết định tiêm VX SXH.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến năng lực số về vắc xin sốt xuất huyết

Yếu tố	aOR	95% CI	Giá trị p
Giới tính			
Nam		1	
Nữ	1,33	[0,76; 2,33]	0,321
Tuổi	1,04	[0,89; 1,22]	0,585
Dân tộc			
Kinh		1	
Thiểu số	0,68	[0,28; 1,62]	0,380

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến năng lực số về vắc xin sốt xuất huyết (tiếp)

Yếu tố		aOR	95% CI	Giá trị p
Tôn giáo	Không		1	
	Phật giáo	0,08	[0,01; 0,58]	0,012
	Thiên chúa giáo	1,44	[0,30; 6,87]	0,648
Ngành học	Hệ Cử nhân		1	
	Hệ Bác sĩ	0,63	[0,36; 1,10]	0,107
Nơi sinh	Thành thị		1	
	Nông thôn	1,05	[0,58; 1,88]	0,882
Đã bị SXH chưa	Chưa bị		1	
	Đã bị	0,48	[0,24; 0,95]	0,035
Gia đình có bị SXH	Không có		1	
	Có	1,23	[0,67; 2,26]	0,508
Số lượng thiết bị sử dụng để truy cập Internet	1 thiết bị		1	
	2 thiết bị	1,63	[0,88; 3,02]	0,119
	≥ 3 thiết bị	1,65	[0,77; 3,55]	0,196
Mức độ sử dụng Internet	Ít hơn/bằng 1 lần/ngày		1	
	Nhiều hơn 1 lần/ngày	0,56	[0,22; 1,67]	0,239
Thời gian sử dụng Internet	Ít hơn/bằng 4 giờ/ngày		1	
	Nhiều hơn 4 giờ/ngày	1,28	[0,76; 2,17]	0,352
Số lượng nguồn thông tin thường sử dụng để tìm kiếm thông tin	1 nguồn tham khảo		1	
	2 nguồn tham khảo	1,14	[0,60; 2,13]	0,686
	≥3 nguồn tham khảo	0,95	[0,48; 1,86]	0,875

*SXH: Sốt xuất huyết

Bảng 5 cho thấy trong số các yếu tố được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến, chỉ có tôn giáo ($p = 0,012$) và tiền sử từng mắc SXH ($p = 0,035$) cho thấy mối liên quan với điểm NLS về VXSXH.

IV. BÀN LUẬN

Đa số sinh viên đồng ý và rất đồng ý rằng thông tin về VXSXH trên các diễn đàn và mạng xã hội là dễ hiểu (63,8%) và trang web chính phủ là dễ hiểu (69,5%). Tỷ lệ sinh viên cho rằng bản thân có khả năng nhận biết thông tin sai lệch về VXSXH là 57,4%, tin tưởng vào thông tin trên trang web của chính phủ về VXSXH là 70,4% và cho rằng thông tin về VXSXH trên mạng xã hội là đáng tin cậy (47,6%). Sinh viên

biết đánh giá và so sánh nhiều nguồn thông tin để xác minh tính chính xác (66,5%) và tỷ lệ 62,2% sinh viên đồng ý thông tin trên mạng có thể ảnh hưởng đến quyết định tiêm VXSXH.

Nghiên cứu này cho thấy điểm NLS về VXSXH trung bình của sinh viên là $23,52 \pm 5,58$ với 83,4% đạt NLS về vắc xin tốt (≥ 20 điểm) và 16,6% chưa tốt. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Montagni et al. tại UAE, với điểm trung bình chỉ $19,5 \pm 2,8$. Tương tự, Barqawi et al. ghi nhận 71,5% người tham gia có NLS cao ($\geq 20/28$ điểm). Điều này có thể được lý giải bởi đối tượng nghiên cứu là sinh viên y Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng– nhóm có nền tảng kiến thức y khoa cơ bản, thường xuyên tiếp cận thông tin y tế số và có kỹ năng tra cứu, đánh giá thông tin tốt

hơn so với dân số chung. Bên cạnh đó, bối cảnh học tập tại trường y, đặc biệt trong giai đoạn hậu COVID-19, cũng thúc đẩy sinh viên chủ động cập nhật kiến thức qua các nền tảng kỹ thuật số, từ đó nâng cao NLS [1, 6].

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với NLS về VXSXH là so với nhóm không theo tôn giáo, nhóm theo Phật giáo có aOR = 0,08; KTC 95%: 0,01 - 0,58; p = 0,012, tức là khả năng có năng lực số thấp hơn, còn nhóm Thiên chúa giáo có khả năng cao hơn. Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong mức độ tiếp cận và niềm tin vào thông tin y tế số giữa các nhóm tôn giáo, hoặc gián tiếp phản ánh môi trường sống ảnh hưởng đến NLS về VXSXH. Tuy nhiên, trong cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 26 đối tượng trả lời theo tôn giáo chiếm 5,9%, nên có chênh lệch khá lớn so với nhóm không theo tôn giáo (94,1%). Do vậy, việc kết luận có ảnh hưởng của tôn giáo đến NLS về VXSXH cần xem xét kỹ hơn trong các nghiên cứu tương lai với cỡ mẫu lớn hơn.

Ngoài ra, sinh viên từng mắc sốt xuất huyết có khả năng đạt NLS về VXSXH thấp hơn so với nhóm chưa mắc (aOR = 0,48; KTC 95%: 0,24 - 0,95). Điều này cho thấy với người chưa từng mắc SXH thì đã có hiểu biết và năng lực số tốt hơn, nên có thể họ có các biện pháp phòng chống và chủ động tiêm phòng vắc xin tốt hơn so với nhóm đã đề bị mắc SXH. Kết quả của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Wahab et al. tại Indonesia, khi tiền sử mắc SXH làm tăng khả năng hiểu biết về vắc xin gần 6 lần (aOR = 5,84; KTC 95%: 2,06 - 16,54) [7]. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về chủ đề NLS về VXSXH, do vậy cũng chưa thấy có mối liên quan giữa tiền sử mắc SXH với NLS về VXSXH. Một số các nghiên cứu chủ đề tương tự về kiến thức, thái độ, thực hành về SXH ở Việt Nam cũng chưa cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức về bệnh SXH với tiền sử mắc [8, 9]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy những người đã từng mắc SXH có điểm kiến thức (p=0,017) và thực hành về SXH tốt hơn (p<0,001) [10]. Do đó, chủ đề này cần được nghiên cứu thêm và đánh giá trong các

nghiên cứu mở rộng trong tương lai. Chương trình đào tạo cho sinh viên ngành Y học dự phòng và Y tế công cộng cần bổ sung học phần đào tạo về NLS về VXSXH nói riêng và các vắc xin phòng bệnh nói chung. Điều này là vô cùng cần thiết nhằm trang bị cho sinh viên y khoa các kỹ năng cần thiết để ứng dụng trong học tập, thực hành nghề nghiệp và công tác phòng bệnh sau khi ra trường.

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế, do thiết kế mô tả cắt ngang, cỡ mẫu trong nghiên cứu chọn thuận tiện và hiện chỉ đánh giá cho một đơn vị đào tạo, nên việc xác định các yếu tố liên quan đến NLS về VXSXH còn hạn chế. Ngoài ra, vấn đề nghiên cứu mới tại Việt Nam nên chưa có nhiều các nghiên cứu tham chiếu để so sánh kết quả, chúng tôi chỉ so sánh được với các nghiên cứu chủ đề tương tự, gần với chủ đề của chúng tôi như các nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh SXH, chưa có nghiên cứu về vắc xin do mới được đưa vào sử dụng trong gần 1 năm nay.

V. KẾT LUẬN

Điểm DVL trung bình của nhóm sinh viên tham gia nghiên cứu là $23,52 \pm 5,58$. Trong đó 83,4% sinh viên đạt NLS về vắc xin tốt (≥ 20 điểm). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố có liên quan thống kê đến NLS về VXSXH là tôn giáo (aOR = 0,08; [KTC 95%: 0,01–0,58]; p = 0,012) và tiền sử từng mắc SXH (aOR = 0,48; [KTC 95%: 0,24–0,95]; p = 0,035), gợi ý rằng yếu tố tôn giáo và trải nghiệm cá nhân đã từng mắc SXH có thể liên quan đến hành vi tìm kiếm thông tin về vắc xin. Học phần đào tạo về NLS về VXSXH và mở rộng hơn là các vắc xin phòng bệnh nói chung hướng tới chủ đề “An toàn tiêm chủng” trong chương trình đào tạo của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng nhằm cập nhật và hệ thống hóa kiến thức về vắc xin cho sinh viên. Ngoài ra, nhà trường cũng cần khuyến khích sinh viên chủ động rèn luyện năng lực số và kỹ năng đánh giá thông tin sức khỏe, đồng thời thúc đẩy nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến NLS để có thể xây dựng chương

trình can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao năng lực y tế toàn dân trong kỷ nguyên chuyển đổi số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Montagni I, Pouymayou A, Pereira E, et al. Measuring Digital Vaccine Literacy: Development and Psychometric Assessment of the Digital Vaccine Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*. 2022; 24 (12): e39220. <https://doi.org/10.2196/39220>
2. Thomas TM, & Pollard AJ. Vaccine communication in a digital society. *Nature Materials*. 2020; 19 (4): 476 – 476. <https://doi.org/10.1038/s41563-020-0626-7>.
3. Gautier S, Hammarlin MM, Paulik E, et al. New pedagogical tools for vaccine education: preparing future healthcare workers for the next pandemic. *BMC Medical Education*. 2024; 24 (1): 1314. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06274-5>.
4. Bộ Y tế. Vắc xin phòng bệnh Sốt xuất huyết: Vũ khí mới trong dự phòng Sốt xuất huyết tại Việt Nam - Hoạt động của lãnh đạo bộ - Công thông tin Bộ Y tế. 2024.
5. Ishikawa H, Miyawaki R, Kato M, et al. Digital health literacy and trust in health information sources: A comparative study of university students in Japan, the United States, and India. *SSM - Population Health*. 2025; 31: 101844. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101844>.
6. Kuday AD, Erdoğan Ö. Turkish Validity and Reliability Study of the Digital Vaccine Literacy Scale. *Acıbadem Üiversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2025; 16 (1): 63 – 71. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1501992>.
7. Wahab A, Laksanawati IS, Padmawati RS, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding dengue vaccine: a baseline study of community members and health providers in Indonesia. *Clinical and Experimental Pediatrics*. 2025; 68 (3): 228 – 237. <https://doi.org/10.3345/cep.2024.00962>.
8. Nguyen TT, Do DC, Le XL, et al. Risk factors of dengue fever in an urban area in Vietnam: a case-control study. *BMC Public Health*. 2021; 21 (1): 664. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10687-y>.
9. Nguyễn Thị Nguyệt, Cấn Thị Ngọc Linh, & Đào Anh Sơn. Kiến thức và thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue của sinh viên năm thứ tư trường Đại học Y Dược-Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2023 - 2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025; 66 (1). <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1925>.
10. Trung QV. Knowledge, attitudes and practices related to Dengue fever: Evidence from a Vietnamese province. *Eurasian Journal of Analytical Chemistry*. 2018; 13 (3): 231 – 241.

DIGITAL LITERACY ON DENGUE VACCINE AND RELATED FACTORS AMONG STUDENTS OF THE SCHOOL OF PREVENTIVE MEDICINE AND PUBLIC HEALTH IN 2024

Nguyen Thi Thu Huong, Hoang Thi Khanh Ly, Nguyen Viet Thanh,
Luu Thi Thu Kieu

Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University

A cross-sectional study was conducted among 439 undergraduate students currently enrolled at the School of Preventive Medicine and Public Health to describe digital vaccine literacy (DVL) and some related factors regarding the dengue vaccine in 2024. Results show that the mean DVL score among students was 23.53 ± 5.58 . The proportion of students with good digital vaccine literacy (DVL ≥ 20 points) accounted for 366/439 (83.4%). Multivariable logistic regression analysis showed two statistically significant factors associated with DVL: religion (aOR = 0.08;

[95% CI: 0.01 - 0.58]; $p = 0.012$), history of dengue infection (aOR = 0.48; [95% CI: 0.24 - 0.95]; $p = 0.035$). In conclusion, consideration should be given to integrating 'Digital Vaccine Literacy' into the 'Vaccine Safety' module of the curriculum, along with implementing educational interventions are necessary to enhance digital health information filtering and verification skills, particularly among students of low DVL.

Key words: Dengue; Digital vaccine literacy; the School of Preventive Medicine and Public Health; student; associated factors

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI TRUNG TÂM Y TẾ SẦM SƠN, THANH HÓA NĂM 2024

Dương Thúy Anh¹, Hoàng Bình Yên², Nguyễn Quỳnh Mai³, Lê Dương Minh Anh⁴

¹*Cơ quan Thường trú của Liên Hiệp Quốc về Phòng, chống HIV/AIDS*

²*Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thanh Hóa*

³*Cục Phòng Bệnh, Bộ Y tế*

⁴*Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu đánh giá về chất lượng dịch vụ điều trị Methadone bằng cảm nhận của khách hàng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm y tế Sầm Sơn, Thanh Hóa năm 2024. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính, được thực hiện trên 106 khách hàng đã sử dụng dịch vụ điều trị Methadone từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024. Chất lượng dịch vụ được đánh giá bằng thang đo SERVPERF. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm đánh giá trung bình đạt 4.24 ± 0.041 trên thang đo Likert có giá trị tối đa 5 điểm. Khía cạnh sự đảm bảo đạt điểm cao nhất (điểm trung bình 4.45), điểm trung bình các khía cạnh tin cậy, hữu hình, đáp ứng, cảm thông lần lượt là 4.36; 4.16; 4.12 và 4.10 điểm. Đồng thời, người bệnh đánh giá tốt chất lượng dịch vụ điều trị Methadone tại cơ sở nghiên cứu. Do đó, cơ sở cần tiếp tục duy trì các biện pháp tăng cường chất lượng dịch vụ.

Từ khóa: Chất lượng dịch vụ, SERVPERF, điều trị Methadone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ y tế đóng vai trò trung tâm trong duy trì hiệu quả các chương trình chăm sóc sức khỏe, đặc biệt đối với các dịch vụ điều trị mãn tính hoặc dài hạn. Trong bối cảnh các dịch vụ y tế công ngày càng cạnh tranh về tính hiệu quả, đáp ứng và sự hài lòng của khách hàng, khái niệm “chất lượng dịch vụ” đã trở thành một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá thành công của tổ chức y tế. Các mô hình lý thuyết như SERVQUAL [1] và SERVPERF [2] đã được áp dụng rộng rãi trong nghiên cứu quốc tế để đo lường chất lượng dịch vụ y tế, trong đó SERVPERF được cho là phản ánh tốt hơn trải nghiệm và cảm nhận thực tế của người sử dụng dịch vụ [2]. Tại Việt Nam đã có 08 nghiên cứu về điều trị Methadone chủ yếu dùng thang hài lòng riêng hoặc đo chất lượng

cuộc sống hoặc ưu tiên lựa chọn, mà không phải dùng SERVPERF để đánh giá.

Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone đã được triển khai từ năm 2008 tại Việt Nam và là một trong những biện pháp can thiệp hiệu quả nhằm giảm tác hại của việc sử dụng ma túy [3]. Điều trị Methadone mang lại nhiều lợi ích: giảm hành vi sử dụng heroin, nguy cơ lây nhiễm HIV và viêm gan, đồng thời cải thiện sức khỏe thể chất, tinh thần, tăng khả năng lao động và hòa nhập xã hội của người bệnh [4]. Báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS đến cuối năm 2024, cả nước có gần 41.000 bệnh nhân đang được điều trị Methadone tại 354 cơ sở điều trị.

Tuy nhiên, đặc thù của điều trị Methadone là điều trị lâu dài, bệnh nhân phải đến cơ sở uống thuốc hàng ngày, do đó chất lượng dịch

*Tác giả: Dương Thúy Anh

Địa chỉ: Cơ quan Thường trú của LHQ về Phòng, chống HIV/AIDS

Số điện thoại: 0989 088 818

Email: anhthuyduongvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

vụ là yếu tố then chốt quyết định sự tuân thủ, mức độ hài lòng và gắn bó của người bệnh. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy: những cơ sở có dịch vụ thân thiện, môi trường sạch sẽ, nhân viên y tế chuyên nghiệp, có sự cảm thông và hỗ trợ kịp thời sẽ có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn [5] the public sector has largely been responsible for delivering methadone maintenance treatment (MMT. Nghiên cứu meta phân tích cho thấy tỷ lệ bỏ ngang trong các liệu pháp tâm xã hội cho nghiện trung bình khoảng 30 % và bỏ ngang được coi là một dự báo mạnh của tái nghiện. Ngoài ra, các nghiên cứu về quyền lợi bệnh nhân – nhà cung cấp chỉ ra rằng các yếu tố chất lượng dịch vụ (cách thức tổ chức, tính phù hợp, tương tác) có thể dẫn đến bỏ ngang khi không đáp ứng kỳ vọng [6, 7]. Ở Việt Nam, vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ Methadone dưới góc nhìn của người sử dụng dịch vụ. Nhiều cơ sở y tế thường tập trung vào chỉ tiêu điều trị, hiệu quả lâm sàng mà chưa chú trọng đến cảm nhận, kỳ vọng và sự hài lòng của người bệnh. Nắm được cảm nhận của khách hàng sẽ giúp cơ sở điều chỉnh, cải tiến dịch vụ theo hướng bền vững và lấy người bệnh làm trung tâm.

Trung tâm Y tế Sầm Sơn là một trong những cơ sở điều trị Methadone trọng điểm của tỉnh Thanh Hóa, quản lý số lượng lớn bệnh nhân (khoảng hơn 485 người đã tham gia tiếp cận điều trị đến tháng 10 năm 2024). Khách hàng tại đây có đặc thù nghề nghiệp (trên 56% làm nghề đánh cá, đi biển dài ngày), dẫn đến nhu cầu, thói quen sử dụng dịch vụ và sự hài lòng có thể khác với các nhóm dân cư khác. Việc chọn nghiên cứu tại Sầm Sơn không chỉ giúp phản ánh thực trạng chất lượng dịch vụ ở một cơ sở cụ thể mà còn có ý nghĩa thực tiễn trong việc điều chỉnh mô hình cung ứng Methadone cho nhóm lao động nghề cá – một nhóm có nguy cơ cao nhưng ít được nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là khách hàng đã sử dụng dịch vụ điều trị Methadone và một số nhân viên y

tế được chọn vào nghiên cứu để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến từ góc nhìn của nhà cung cấp dịch vụ từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

106 khách hàng đã sử dụng dịch vụ điều trị Methadone trong tháng, nếu đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chọn để phỏng vấn. 03 nhân viên y tế tham gia chính trong ba khâu cơ bản gồm tiếp đón, điều trị, cấp phát thuốc Methadone được lựa chọn để phỏng vấn định tính.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

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

Trong đó $p=0.5$ do chưa có thông số về tỷ lệ tại cơ sở nghiên cứu nên chọn $p=0.5$ để tính cỡ mẫu lớn, $d=0,1 \rightarrow$ mẫu nghiên cứu ước tính là 97, với tỷ lệ bỏ cuộc 10% $\rightarrow$ mẫu cần là 105 người.

Tiêu chí lựa chọn: Bệnh nhân đã tham gia điều trị tại trung tâm từ 6 tháng trở lên và không phải người nhà của NVYT. Nghiên cứu đã chọn toàn bộ các khách hàng sử dụng dịch vụ Methadone trong tháng thỏa mãn tiêu chí lựa chọn để tiếp cận, giải thích mục tiêu nghiên cứu nếu đồng ý tham gia sẽ ký phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu và trả lời phỏng vấn. Trong tổng số bệnh nhân tham gia điều trị trong tháng có 106 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính lựa chọn phỏng vấn sâu 8 bệnh nhân và 3 nhân viên y tế (gồm cán bộ tiếp đón, điều trị, và cấp phát thuốc). Bệnh

nhân được chọn bằng phương pháp chọn lọc chủ đích nhằm đảm bảo sự đa dạng về độ tuổi, giới tính, thời gian điều trị.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đánh giá cảm nhận khách hàng theo thang đo SERVPERF (22 biến và 5 khía cạnh): 1) Phương tiện hữu hình (04 tiểu mục: cơ sở vật chất, trang thiết bị, trang phục của nhân viên); 2) Sự tin cậy (05 tiểu mục: khả năng thực hiện dịch vụ đáng tin cậy và chính xác); 3) Sự đáp ứng (04 tiểu mục: sự sẵn sàng, kịp thời của nhân viên); 4) Sự đảm bảo (04 tiểu mục: trình độ chuyên môn và thái độ phục vụ lịch sự, tạo niềm tin); 5) Sự cảm thông (05 tiểu mục: quan tâm, ân cần đến từng khách hàng). Thang đo SERVPERF là một thang đo chuẩn hóa, đã được kiểm định tính giá trị trong đánh giá chất lượng dịch vụ từ góc nhìn người bệnh [8].

Nghiên cứu định tính tập trung vào yếu tố nhân sự, chính sách và trang thiết bị, cơ sở vật chất có ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ từ quan điểm cung cấp dịch vụ.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024 tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn. Khách hàng kết thúc sử dụng dịch vụ Methadone được tiếp cận, giải thích mục tiêu nghiên cứu, ký phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu và trả lời phỏng vấn. Tổng số 8 khách hàng sử dụng dịch vụ Methadone và 3 cán bộ y tế được chọn có chủ đích tham gia phỏng vấn sâu bán cấu trúc để tìm hiểu các yếu tố về nhân sự, chính sách và cơ sở vật chất ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ. Các biểu mẫu được thử nghiệm trước khi triển khai, điều tra viên được tập huấn, dữ liệu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối; nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc đạo đức, đảm bảo tính tự nguyện và quyền rút lui của người tham gia

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tiến hành làm sạch, mã hoá, nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kỹ thuật thống kê mô tả được sử dụng để tính các giá trị tần số, tần suất, trung bình, độ lệch chuẩn. Thông tin định tính được giải bằng, mã hoá, lập bảng ma trận và phân tích theo chủ đề. Các nội dung phù hợp được trích dẫn đáp ứng với mục tiêu nghiên cứu.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo quy định hiện hành. Người tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung, lợi ích và những bất lợi có thể có của nghiên cứu trước khi đồng ý tham gia. Việc tham gia hoàn toàn tự nguyện, người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi trong quá trình điều trị. Tất cả thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và báo cáo tổng hợp, không ghi nhận tên hoặc thông tin định danh. Nghiên cứu đã được xem xét và phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng tại Hà Nội theo quyết định số 290/2023/YTCC-HD3 ngày 29/05/2023 trước khi triển khai.

III.KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 cho thấy nghiên cứu khảo sát trên 106 người đã tham gia điều trị Methadone, nhóm > 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), nhóm từ 20 – 40 tuổi chiếm 46,6% và nhóm < 20 tuổi thấp nhất chiếm 3,2%. Toàn bộ khách hàng là nam giới (100%).

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<20	7	6,7
	20 – 40	45	42,0
	>40	54	51,3
Giới tính	Nam	106	100,0
	Nữ	0	0,0
Trình độ học vấn	Tiểu học	12	11,4
	THCS	39	36,4
	THPT	20	19,3
	Trung cấp, cao đẳng	29	27,3
	Đại học, Sau Đại học	6	5,7

3.2 Cảm nhận của khách hàng về từng khía cạnh chất lượng cung cấp dịch vụ điều trị Methadone tại Cơ sở điều trị

Kết quả đánh giá của khách hàng về chất lượng điều trị Methadone tại Cơ sở điều trị theo

thang đo SERVPERF đạt $4,24 \pm 0,041$ điểm. Các khía cạnh có số điểm trung bình từ cao đến thấp lần lượt là: Sự đảm bảo: $4,45 \pm 0,043$ điểm; Sự tin cậy: $4,36 \pm 0,041$ điểm; Phương tiện hữu hình: $4,16 \pm 0,047$ điểm; Sự đáp ứng: $4,12 \pm 0,054$ điểm; Sự cảm thông: $4,10 \pm 0,049$ điểm.

Bảng 2. Đánh giá chất lượng về khía cạnh phương tiện hữu hình

Nội dung	Rất kém n (%)	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Tốt n (%)	Rất tốt n (%)	Điểm TB $\pm$ SD
Cơ sở vật chất sạch, đẹp	0 (0)	0 (0%)	18 (17,0)	70 (65,9)	18 (17,0)	$4,00 \pm 0,587$
Trang thiết bị hiện đại	0 (0)	0 (0%)	7 (6,8)	70 (65,9)	29 (27,3)	$4,20 \pm 0,550$
Tài liệu truyền thông đầy đủ	0 (0)	0 (0%)	19 (18,2)	67 (63,6)	19 (18,2)	$4,00 \pm 0,606$
Trang phục NVYT gọn gàng	0 (0)	0 (0%)	2 (2,3)	57 (53,4)	47 (44,3)	$4,42 \pm 0,541$

Kết quả bảng 2 cho thấy, khía cạnh phương tiện hữu hình đạt $4,16 \pm 0,047$ điểm. Tiêu mục TAN4 “Trang phục NVYT gọn gàng, sạch sẽ” có ĐTB cao nhất là $4,42 \pm 0,541$, TAN1 “Cơ sở

vật chất sạch, đẹp” và TAN3 “Tài liệu truyền thông đầy đủ” có số ĐTB bằng nhau là 4,00 điểm. Tiêu mục TAN2 “Trang thiết bị hiện đại” đạt $4,20 \pm 0,550$ điểm.

Bảng 3. Đánh giá chất lượng về khía cạnh phương tiện hữu hình

Nội dung	Rất kém n (%)	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Tốt n (%)	Rất tốt n (%)	Điểm TB ± SD
Thực hiện dịch vụ đúng cam kết	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	71 (67,0)	33 (30,7)	4,28 ± 0,053
Kết quả đúng hẹn, chính xác	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	71 (67,0)	33 (30,7)	4,28 ± 0,053
Thực hiện công việc đúng giờ	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (8,0)	72 (68,2)	25 (23,9)	4,16 ± 0,058
NV tư vấn tận tình, rõ ràng	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	43 (40,9)	60 (56,8)	4,55 ± 0,058
Dịch vụ an toàn	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	47 (44,3)	58 (54,5)	4,53 ± 0,056

Kết quả tại bảng 3 cho thấy, tiểu mục REL4 “NVYT tư vấn tận tình, rõ ràng” đạt ĐTB cao nhất là $4,55 \pm 0,058$, phản ánh hàng đánh giá tốt. Mục REL5 “Dịch vụ an toàn” cũng được tin tưởng và đánh giá cao với số điểm trung bình $4,53 \pm 0,056$. Tiểu mục thấp nhất là REL3 “Thực hiện công việc đúng hẹn, đúng giờ” đạt $4,16 \pm 0,058$ điểm, trong khi hai tiểu mục “Thực hiện dịch vụ đúng cam kết” và “Kết quả đúng hẹn, chính xác” đều đạt 4,28 điểm.

Bảng 4. Điểm trung bình chất lượng về khía cạnh sự đáp ứng

Nội dung	Rất kém n (%)	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Tốt n (%)	Rất tốt n (%)	Điểm TB ± SD
Thông tin khách hàng cần luôn được giải quyết	0	0	8 (9,1)	57 (64,8)	23 (26,1)	4,17 ± 0,061
Giải quyết nhanh chóng	0	0	14 (15,9)	56 (63,6)	18 (20,5)	4,05 ± 0,064
Liên lạc, trao đổi dễ dàng với NVYT	0	0	9 (10,2)	55 (62,5)	24 (27,3)	4,17 ± 0,063
Kết quả điều trị cập nhật thường xuyên	0	0	11 (12,5)	56 (63,6)	21 (23,9)	4,11 ± 0,063

Ở Bảng 4, ĐTB khía cạnh sự đáp ứng đạt $4,12 \pm 0,054$ điểm, trong đó hai tiểu mục cao nhất, cùng 4,17 điểm, là “Thông tin khách hàng cần luôn được giải quyết” và “Liên lạc, trao đổi dễ dàng với NVYT”.

Bảng 5. Điểm trung bình chất lượng về khía cạnh sự đảm bảo

Nội dung	Rất kém n (%)	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Tốt n (%)	Rất tốt n (%)	Điểm TB ± SD
NVYT có trình độ, kinh nghiệm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	37 35,2)	69 64,8)	4,65 ± 0,051
NVYT thân thiện, cởi mở	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,4)	61 58,0)	41 38,6)	4,35 ± 0,058
NVYT trả lời rõ ràng những thắc mắc	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	72 68,2)	31 29,5)	4,27 ± 0,053
Người bệnh cảm thấy an tâm	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	47 44,3)	58 54,5)	4,53 ± 0,056

Bảng 5 cho thấy khía cạnh sự đảm bảo được khách hàng đánh giá cao, với điểm trung bình $4,45 \pm 0,043$ điểm trên thang Likert 5 điểm.

Bảng 6. Điểm trung bình về khía cạnh sự cảm thông

Nội dung	Rất kém n (%)	Kém n (%)	Trung binh n (%)	Tốt n (%)	Rất tốt n (%)	Điểm TB $\pm$ SD
NVYT luôn thể hiện sự quan tâm	0 (0)	0 (0)	4 (3,4)	80 (75,0)	22 (21,6)	$4,18 \pm 0,050$
Khách hàng luôn nhận được sự tôn trọng	0 (0)	0 (0)	2 (2,3)	69 (64,8)	35 (33,0)	$4,31 \pm 0,054$
Thấu hiểu, thông cảm những khó khăn của KH	0 (0)	0 (0)	13 (12,5)	65 (61,4)	28 (26,1)	$4,14 \pm 0,065$
BV có những dịch vụ hỗ trợ	0 (0)	4 (3,4)	30 (28,4)	59 (55,7)	13 (12,5)	$3,77 \pm 0,075$
Thời gian thuận tiện, phù hợp	0 (0)	0 (0)	12 (11,4)	70 (65,9)	24 (22,7)	$4,11 \pm 0,061$

Bảng 6 cho thấy khía cạnh sự cảm thông có ĐTB đạt $4,10 \pm 0,049$ điểm. Trong 5 tiêu mục, 4 tiêu mục có điểm 4,0 trở lên, duy nhất EMP4 “Bệnh viện có những dịch vụ hỗ trợ” thấp hơn, $3,77 \pm 0,075$ điểm. Tiêu mục cao nhất EMP2 “Khách hàng luôn nhận được sự tôn trọng” đạt $4,31 \pm 0,054$. Các tiêu mục còn lại lần lượt : “Thời gian thuận tiện, phù hợp” đạt $4,11 \pm 0,061$ điểm; “Thấu hiểu, thông cảm những khó khăn của khách hàng” đạt $4,14 \pm 0,065$ điểm; “NVYT luôn thể hiện sự quan tâm” đạt $4,18 \pm 0,050$ điểm.

3.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ Methadone

Phân tích định tính từ phỏng vấn và thảo luận nhóm với nhân viên y tế cho thấy nhiều yếu tố tác động đến cảm nhận của khách hàng về chất lượng dịch vụ điều trị Methadone tại cơ sở như sau:

Nhân sự

Đội ngũ nhân viên y tế có chuyên môn vững vàng, nhiều kinh nghiệm trong quản lý và điều trị nghiện. Nhân viên hiện tốt quy trình cấp phát và theo dõi điều trị Methadone, tư vấn tâm lý, hỗ trợ tạo động lực điều trị và duy trì thái độ thân thiện, tôn trọng, tạo môi trường tin cậy cho người bệnh.

Chính sách và quy trình

Cơ sở tuân thủ hướng dẫn quốc gia về điều trị Methadone nhưng chưa xây dựng mục tiêu theo từng giai đoạn, kế hoạch đánh giá định kỳ và sự linh hoạt trong thời gian phục vụ hoặc cấp phát liều, có thể ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, đặc biệt với bệnh nhân có việc làm hoặc sinh sống xa cơ sở.

Cơ sở vật chất và môi trường điều trị

Phòng cấp phát thuốc và khu vực chờ đảm bảo vệ sinh, an toàn và thuận tiện. Tuy nhiên, khách hàng mong muốn không gian chờ rộng hơn, thêm chỗ ngồi và khu vực tư vấn riêng tư để trao đổi các vấn đề cá nhân vì môi trường ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý, đặc biệt với bệnh nhân mới tham gia chương trình.

Trang thiết bị và phương tiện hỗ trợ

Thiết bị bảo quản và cấp phát Methadone đạt chuẩn, tài liệu truyền thông đầy đủ. Tuy nhiên cần bổ sung phương tiện hỗ trợ đã dạng hơn như video hướng dẫn hoặc ứng dụng nhắc lịch uống thuốc, để hỗ trợ người bệnh.

Hỗ trợ tâm lý – xã hội

Sự tư vấn, hỗ trợ từ nhân viên công tác xã

hội, gia đình và cộng đồng rất quan trọng nhất là khi bệnh nhân đối mặt với kỳ thị xã hội, áp lực tài chính hoặc vấn đề việc làm, khiến nguy cơ bỏ điều trị tăng cao. Việc kết hợp giữa điều trị y tế và hỗ trợ xã hội giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ duy trì điều trị lâu dài.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị Methadone đã được chứng minh là một biện pháp hiệu quả trong việc giảm tác hại của ma túy, cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần cho người bệnh trên phạm vi toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Việc tuân thủ điều trị hàng ngày và kéo dài đòi hỏi người bệnh phải có cam kết cao về thời gian và tâm lý. Trong bối cảnh đó, chất lượng dịch vụ đóng vai trò then chốt, quyết định sự gắn bó của bệnh nhân với chương trình, từ đó giảm thiểu nguy cơ bỏ điều trị và tái nghiện.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá một cách toàn diện chất lượng dịch vụ Methadone tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn, từ góc độ cảm nhận của chính người bệnh. Kết quả cho thấy, cơ sở điều trị đã đạt được hiệu quả tích cực trong việc cung ứng dịch vụ, với điểm trung bình tổng thể đạt 4,24/5 điểm. Kết quả này không chỉ khẳng định nỗ lực của cơ sở mà còn cung cấp những dữ liệu quan trọng để định hướng các hoạt động cải tiến trong tương lai.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm chất lượng dịch vụ trung bình cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu quốc tế, ví dụ như nghiên cứu của Al-Damen (2017) tại Jordan ($3,06 \pm 0,82$) [9]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự đầu tư và quan tâm ngày càng lớn của ngành y tế Việt Nam đối với chương trình Methadone, đặc biệt là trong việc đào tạo đội ngũ nhân viên và xây dựng thái độ phục vụ chuyên nghiệp. Đáng chú ý, yếu tố hữu hình (cơ sở vật chất, trang thiết bị) đạt điểm cao nhất, tương tự như nghiên cứu của Kitapci tại Thổ Nhĩ Kỳ. Tuy nhiên, kết quả này lại trái ngược với một số nghiên cứu trong nước của Lý Kim Ngân, Lê Thị Thu Trang [10] và Nguyễn

Đăng Minh [11], vốn chỉ ra rằng yếu tố hữu hình thường là điểm yếu. Sự khác biệt này cho thấy sự đầu tư đồng bộ và hiệu quả tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn, tạo ra một môi trường sạch sẽ, chuyên nghiệp và thân thiện, góp phần củng cố niềm tin cho người bệnh ngay từ ban đầu. Đặc biệt, trong số 10 tiêu mục được đánh giá cao hơn điểm trung bình chung, có tới 6 yếu tố liên quan trực tiếp đến thái độ và năng lực của nhân viên y tế. Điều này khẳng định rằng, nỗ lực đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của ngành y tế đã mang lại hiệu quả rõ rệt. Phản hồi định tính cũng củng cố kết quả của định lượng khi bệnh nhân bày tỏ sự hài lòng với sự tận tâm, không phán xét của đội ngũ y tế, điều này cũng có thêm cho điểm số cao của yếu tố đồng cảm và đảm bảo.

Kết quả nghiên cứu này không chỉ dừng lại ở việc đánh giá mà còn mang lại những gợi ý chính sách quan trọng cho việc quản lý và phát triển chương trình Methadone tại Việt Nam như (1) Tăng cường tư vấn tâm lý: Tiêu mục về tư vấn tâm lý đạt điểm trung bình thấp nhất (3,77 điểm), cho thấy đây là một “khoảng trống” cần được lấp đầy. Ngành y tế cần chú trọng đào tạo chuyên sâu về kỹ năng tư vấn cho nhân viên y tế và khuyến khích lồng ghép các buổi tư vấn tâm lý vào quy trình điều trị thường xuyên. Hỗ trợ tâm lý toàn diện sẽ giúp người bệnh giải quyết các vấn đề liên quan đến tái hòa nhập cộng đồng, ổn định tâm thần và duy trì điều trị lâu dài; (2) Linh hoạt hóa quy trình cấp phát thuốc: Hạn chế lớn nhất mà nhiều người bệnh gặp phải là việc phải đi lại hàng ngày. Để tạo điều kiện thuận lợi hơn, các nhà quản lý chương trình nên nghiên cứu và thí điểm mô hình cấp phát thuốc nhiều ngày cho những bệnh nhân có sự tuân thủ tốt. Điều này sẽ giúp giảm gánh nặng về thời gian và chi phí đi lại, tăng tính bền vững của chương trình.

Mặc dù đã cung cấp một số thông tin hữu ích, nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế nhất định. Việc chỉ thực hiện tại một cơ sở điều trị ở Thanh Hóa và có cỡ mẫu định tính nhỏ khiến kết quả chưa đủ tính đại diện để khái quát hóa cho toàn bộ chương trình Methadone trên cả nước. Để khắc phục những hạn chế này, các

nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng phạm vi khảo sát tới nhiều cơ sở điều trị ở các vùng miền khác nhau. Đồng thời, nên kết hợp cả khảo sát định lượng với cỡ mẫu lớn và phỏng vấn định tính chuyên sâu hơn, bao gồm cả góc nhìn từ nhân viên y tế và người quản lý chương trình, để có một bức tranh toàn diện và khách quan hơn về chất lượng dịch vụ Methadone tại Việt Nam.

Điều trị Methadone là biện pháp hiệu quả được áp dụng rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam nhằm giảm tác hại của ma túy, đặc biệt là giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và cải thiện sức khỏe thể chất, tinh thần cho người bệnh. Điều trị Methadone cần được sử dụng hàng ngày và kéo dài, do đó đòi hỏi người bệnh có sự cam kết cao về thời gian và tuân thủ điều trị. Trong quá trình này, chất lượng dịch vụ đóng vai trò then chốt, giúp duy trì sự gắn bó của bệnh nhân với chương trình, giảm nguy cơ bỏ điều trị và tái nghiện.

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế Sầm Sơn nhằm đánh giá toàn diện chất lượng dịch vụ Methadone từ góc nhìn và cảm nhận của khách hàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ngoài hiệu quả điều trị chuyên môn, cơ sở điều trị đã thực hiện khá tốt việc cung ứng các dịch vụ hỗ trợ trong suốt quá trình điều trị. Điều này thể hiện qua kết quả đánh giá trung bình đạt 4,24 điểm trên thang đo Likert tối đa 5 điểm; cả 5 khía cạnh đều có điểm trung bình trên 4,0. Trong tổng số 22 tiêu mục quan sát, có 21 tiêu mục đạt trên 4,0 điểm, chỉ duy nhất 1 tiêu mục có điểm trung bình dưới 4,0 (đạt 3,77 điểm).

Điểm chất lượng dịch vụ trung bình chung trong nghiên cứu này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, ví dụ nghiên cứu của Al-Damen (2017) tại Jordan ($3,06 \pm 0,82$) [8]. Nghiên cứu của Kitapci tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho thấy yếu tố hữu hình có điểm cao nhất, tương tự kết quả của chúng tôi. Các nghiên cứu khác trong nước của Lý Kim Ngân, Lê Thị Thu Trang [9] và Nguyễn Đăng Minh [10] đều cho thấy yếu tố hữu hình thường có điểm thấp hơn so với các yếu tố khác.

Đáng chú ý, trong số 10 tiêu mục được đánh giá cao hơn điểm trung bình chung (4,24 điểm),

có tới 6 yếu tố liên quan trực tiếp đến nhân viên y tế. Điều này cho thấy cơ sở điều trị đã chú trọng nâng cao chất lượng đội ngũ, thực hiện tốt chủ trương của ngành Y tế về đổi mới phong cách, thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

Các kết quả của nghiên cứu giúp gợi ý thêm cho việc cải thiện quản lý chương trình methadone tại Việt Nam như cải thiện cơ sở vật chất, tăng tư vấn tâm lý và đặc biệt là nghiên cứu hình thức cấp phát thuốc nhiều ngày để hạn chế đi lại, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh trong tiếp cận điều trị.

Do nghiên cứu mới được thực hiện ở một cơ sở điều trị Methadone tại Thanh Hóa, cỡ mẫu định tính nhỏ và chưa đủ tính đại diện nên kết quả chưa có tính khái quát cho các cơ sở điều trị Methadon khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh đánh giá tốt chất lượng dịch vụ điều trị Methadone tại cơ sở điều trị. Trong các yếu tố cấu thành nên chất lượng dịch vụ, yếu tố thuộc về NVYT được đánh giá cao từ người bệnh. Cơ sở cần tiếp tục duy trì các biện pháp tăng cường chất lượng dịch vụ trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Research Gate. SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality - January 1988. Truy cập ngày 05/8/2025. https://www.researchgate.net/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality.
2. Cronin JJ, Taylor AS. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. Journal of Marketing. 1992; 56 (3): 55 - 68.
3. United Nations in Vietnam. Vietnam approves to roll-out Methadone Multi-day Take-home Doses to Further Strengthen Opioid Substitution Therapy - February 2021. Truy cập ngày 20/8/2025. <https://vietnam.un.org/en/111454-vietnam-approves-roll-out-methadone-multi-day-take-home-doses-further-strengthen-opioid>.

4. Nong T, Hodgkin D, Nguyen BD, et al. Does a take-home dose program result in better patient adherence to methadone? Evidence from Vietnam. *Harm Reduct J.* 2025; 22 (1): 131.
5. Le TA, Tran LMH, Nguyen LH, et al. Satisfaction Amongst Drug-dependent Population with Methadone Maintenance Treatment Services, A Comparison between Public and Private Clinics: Implications for Private Sector Engagement in the Delivery of Methadone Maintenance Programs Across Vietnam. *AIDS Behav.* 2024; 28 (12): 4127 – 4135.
6. Lappan SN, Brown AW & Hendricks PS. “Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*”. 2019.
7. Palmer RS. Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Addictive Behaviors*, PMC open access. 2009.
8. Akdere M, Top M, Tekingündüz S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence.* 2018; 1 - 11.
9. Al-Damen R. Health Care Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction “Case of Al-Bashir Hospital”. *International Journal of Business and Management.* 2017; 12 (9): 136.
10. Lý Kim Ngân, Lê Thị Thu Trang. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú về chất lượng dịch vụ tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ.* 2014; (31): 8 – 16.
11. Tạp chí Công thương. Giải pháp quản trị yếu tố hữu hình giúp nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh - Nghiên cứu tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - Tháng 3/2020. Truy cập ngày 20/8/2025.

PERCEPTIONS OF SERVICE QUALITY AMONG CLIENTS RECEIVING METHADONE TREATMENT AT SAM SON HEALTH CENTER

Duong Thuy Anh¹, Hoang Binh Yen², Nguyen Quynh Mai³, Le Duong Minh Anh⁴

¹*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

²*Thanh Hoa Provincial Center for Disease Control*

³*Viet Nam Administration of Disease Prevention, Ministry of Health*

⁴*Hanoi Medical University*

The objective of this study is to evaluate the quality of Methadone treatment under clients' perceptions and analyze several influencing factors at Sam Son Health Center, Thanh Hoa Province, in 2024. This was a cross-sectional descriptive study combining quantitative and qualitative approaches was conducted at Sam Son Health Center from October 2024 to November 2024. The study sample included 106 clients who had used Methadone treatment services. Service quality was assessed using the SERVPERF scale on a 5-point Likert scale. The research results showed that the overall

mean score was 4.24 ± 0.041 out of a maximum of 5 points. Among the components of the scale, “Assurance” scored the highest (mean score 4.45), followed by “Reliability” (4.36), “Tangibles” (4.16), “Responsiveness” (4.12), and “Empathy” (4.10). Patients generally rated the quality of Methadone treatment at Sam Son Health Center positively. Therefore, the facility should continue to maintain and strengthen measures to further improve service quality.

Keywords: Service quality; SERVPERF; methadone treatment

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC LÁ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NHÂN KHẨU CỦA NGƯỜI DÂN 15 TUỔI TRỞ LÊN TẠI THỊ XÃ BẾN CÁT, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2022

Trương Thanh Yên Châu¹, Trần Thị Quỳnh Trang², Ngô Thị Thanh Trúc²,
Nguyễn Bình Phương³, Trần Minh Hoàng^{4*}

¹*Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một, thành phố Hồ Chí Minh*

²*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương*

³*Trường Đại học Thủ Dầu Một, thành phố Hồ Chí Minh*

⁴*Sở An toàn thực phẩm, thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Thông tin về thực trạng sử dụng thuốc lá ở thị xã Bến Cát là cần thiết nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các can thiệp phòng chống tác hại thuốc lá tại đây. Nghiên cứu mô tả trên 900 người dân từ 15 tuổi trở lên, 450 nam và 450 nữ, được chọn mẫu ngẫu nhiên theo nhiều giai đoạn, tại thị xã Bến Cát tỉnh Bình Dương trong năm 2022 nhằm mô tả thực trạng sử dụng thuốc lá và mối liên quan với một số yếu tố nhân khẩu. Kết quả cho thấy: có 15,8% người dân sử dụng thuốc lá hằng ngày, trong đó 31,3% là nam giới và 0,2% là nữ thấp hơn tỷ lệ chung của toàn quốc; xu hướng sử dụng thuốc lá ở nam giới tăng dần theo độ tuổi và trình độ học vấn nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); nhóm sinh viên/học sinh có xu hướng sử dụng ít hơn 0,097 lần nhóm làm việc văn phòng ($p < 0,05$). Ngành y tế thị xã Bến Cát cần tập trung các nhóm giải pháp truyền thông giảm tình trạng sử dụng thuốc lá hằng ngày cho nam giới, khuyến cáo phòng ngừa sử dụng thuốc ở sinh viên và học sinh.

Từ khóa: Bến Cát; hằng ngày; người 15 tuổi trở lên; sử dụng thuốc lá; yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều tra Quốc gia năm 2020 về tác hại thuốc lá cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc lá (SDTL) hằng ngày là 17,2%, tính riêng cho nam giới là 33,6% và nữ giới là 1,3% trong toàn quốc [1]. Nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2024 cho thấy tỷ lệ SDTL lần lượt nam và nữ là 27,7% and 2,0% và hơn 56% là bắt đầu SDTL trước 18 tuổi [2]. Tỷ lệ SDTL toàn cầu năm 2022 là 20,9%, 34,4% nam giới và 7,4% nữ giới [3], thuốc lá giết chết hơn 8 triệu người mỗi năm và 50% người chết vì không từ bỏ thuốc lá [4]. Nguy cơ làm cho người SDTL mắc các loại bệnh đến từ

thuốc lá sẽ gia tăng khi gia tăng cường độ dùng hằng ngày và liều lượng dùng [5, 6].

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng thuốc lá và mối liên quan với một số yếu tố nhân khẩu của người dân 15 tuổi trở lên tại thị xã Bến Cát, tỉnh Bình Dương năm 2022, nằm trong chuỗi điều tra PGATS năm 2022 do Quỹ phòng, chống tác hại thuốc lá triển khai thực hiện ở 03 địa bàn thành phố, thị xã và huyện của tỉnh Bình Dương. Kết quả nghiên cứu là căn cứ khoa học tốt để Ngành Y tế thị xã Bến Cát tham khảo xây dựng các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá phù hợp với thực tiễn của địa phương sau điều tra.

*Tác giả: Trần Minh Hoàng

Địa chỉ: Sở An toàn thực phẩm thành phố Hồ Chí Minh

Số điện thoại: 0976 729 759

Email: mhoang019@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 15 tuổi trở lên và đang sinh sống ở thành phố Bến Cát từ 06 tháng trở lên.

Tiêu chí loại trừ: Những người không đồng ý tham gia cung cấp thông tin nghiên cứu và không có khả năng trả lời.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thị xã Bến Cát, tỉnh Bình Dương từ tháng 8 đến tháng 9 năm 2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Được xác định bằng công thức ước lượng một tỷ lệ ước tính cho cả nam giới và nữ giới.

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 95\%$; Sai số chuẩn $d = 0,045$; Tham khảo tỷ lệ SDTL hằng ngày của Việt Nam năm 2020 ở nam giới là 33,6% và nữ giới là 1,3% [1] và lấy thêm 5% mẫu để phòng mất mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu được tính ở nam giới là 450 người và ở nữ giới là 26 người. Để mẫu đại diện hơn cho cả hai giới thì lấy cỡ mẫu của nam giới làm chuẩn, thu thập 450 nam và 450 nữ, tổng cộng là 900 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Bốc thăm chọn 03 trong 08 xã của thị xã Bến Cát. Từ 03 xã đã chọn, lập danh sách khu-ấp và tiếp tục chọn ngẫu nhiên 15 khu-ấp từ 03 xã trên. Sau cùng, lập danh sách toàn bộ những người từ 15 tuổi trở lên đang cư trú trong 05 khu-ấp đã được chọn, bốc thăm ngẫu nhiên chọn ra 60 người/khu-ấp, trong đó chia đều là 30 nam và 30 nữ.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm SDTL bao gồm: “Đang sử dụng hằng ngày” nghĩa là mỗi ngày đều có dùng với số lượng nhất định, “thỉnh thoảng sử dụng” và “không SDTL”. Các sản phẩm thuốc lá được hiểu bao gồm thuốc lá điếu, thuốc lá cuộn tay (thuốc rê, tẩu, lảo), nhai cùng với trà, người hoặc ngậm thuốc lá, hoặc thuốc lá thế hệ mới.

Các đặc điểm xã hội học gồm: nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, dân tộc, hôn nhân.

Các đặc điểm SDTL hằng ngày: Tuổi SDTL lần đầu, số năm SDTL hằng ngày, số lần (điếu) sử dụng hằng ngày.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên thực hiện thu thập dữ liệu trực tiếp bằng phiếu phỏng vấn cá nhân tại nhà của đối tượng. Việc giám sát dữ liệu được thực hiện hằng ngày bởi đội ngũ chuyên gia độc lập của Quỹ phòng, chống tác hại của thuốc lá Việt Nam để đảm bảo tính đầy đủ và chính xác của thông tin.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng tần số n , tỷ lệ %, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, nhỏ nhất và lớn nhất để mô tả các biến số; sử dụng kiểm định Pearson để phân tích tương quan giữa các biến số định lượng xét xu hướng; sử dụng kiểm định Khi bình phương để phân tích đơn biến với các chỉ số OR, khoảng tin cậy 95% (KTC95%) và giá trị p để xác định mức độ khác biệt có ý nghĩa thống kê hay không; sử dụng phân tích hồi quy logistics đa biến gồm các biến nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, dân tộc, hôn nhân để hiệu chỉnh và loại các biến số gây nhiễu hoặc biến số tương tác ra khỏi mô hình. Dùng phần mềm Stata 18.0 có bản quyền.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Tính đạo đức của nghiên cứu được thông qua bằng Quyết định số 242/2022/YTCC-HD3 ngày 15/6/2022 của Trường Đại học Y tế công cộng.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm dân số học (n = 900)

	Đặc điểm	n	%
Tuổi (năm)	15-24 tuổi	161	17,9
	25-44 tuổi	373	41,4
	45-64 tuổi	287	31,9
	≥65 tuổi	79	8,8
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp tiểu học	106	11,8
	Tiểu học	232	25,8
	Trung học cơ sở	248	27,6
	Trung học phổ thông	196	21,8
	Đại học trở lên	118	13,0
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	188	20,9
	Tự do	373	41,4
	Sinh viên/học sinh	93	10,3
	Hưu trí/già	141	15,7
	Thất nghiệp/không làm việc	105	11,7
Tôn giáo	Không có	760	84,4
	Có	140	15,6
Dân tộc	Kinh	891	99,0
	Khác	9	1,0
Hôn nhân	Chưa lập gia đình	220	24,4
	Đã lập gia đình	659	73,2
	Ly thân, ly hôn, góa	21	2,3

Kết quả bảng 1 cho thấy người nhóm 15-24 tuổi chiếm 17,9%; người chưa tốt nghiệp tiểu học chiếm 11,8%; người là nhân viên văn phòng chiếm 20,9%; tỷ lệ người không theo tôn giáo chiếm 84,4%; người Kinh chiếm 99% và đối tượng đã lập gia đình là 73,2%.

Bảng 2. Tương quan giữa đặc điểm sử dụng thuốc lá theo giới tính (n = 900)

Đặc điểm	Chung		Nam		Nữ	
	n	%	n	%	n	%
Sử dụng hằng ngày	142	15,8	141	31,3	1	0,2
Thỉnh thoảng	26	2,9	25	5,6	1	0,2
Hiện không sử dụng	732	81,3	284	63,1	448	99,6

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ SDDL hằng ngày chung là 15,8%, nam giới có 31,3%.

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc lá hằng ngày (n=900)

Đặc điểm	Trung bình (trung vị)	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất; Lớn nhất	Pearson Correlation (p value)
Tuổi SDTL lần đầu	18,8 (18)	4,6	8; 48	1
Nam	18,8 (18)	4,6	8; 48	
Nữ	17 (17)	0	17; 17	
Số năm SDTL hằng ngày	27,1 (26)	14	1; 69	-0,057 (0,464)
Nam	27,0 (26)	14,0	1; 69	
Nữ	42 (42)	0	42; 42	
Số lần (điều) dùng hằng ngày	13,6 [10]	7,2	1; 40	-0,158 (0,068)
Nam	13,6 [10]	7,1	1; 40	
Nữ	10 [10]	0	10; 10	

*SDTL: Sử dụng thuốc lá

Tuổi trung bình SDTL lần đầu ở cả hai giới là 18,8%; Số năm trung bình SDTL là 27,1 năm; Số điều trung bình hằng ngày là 13,6 điều. Phân tích tương quan cho thấy tuổi SDTL lần đầu không ảnh hưởng đến số năm SDTL hằng ngày ($p = 0,464$) và số lần (điều) dùng hằng ngày ($p = 0,068$).

Bảng 4. Mối liên quan về sử dụng thuốc lá hằng ngày theo đặc điểm xã hội ở nam giới (n=450)

Đặc điểm	SDTL hằng ngày n (%)	OR (KTC95%)	p value	OR hiệu chỉnh* (KTC95%)	p value
Tuổi	15-24 tuổi	1		1	
	25-44 tuổi	4,04 (1,96-8,31)	<0,05	1,23 (0,46-3,28)	0,68
	45-64 tuổi	6,83 (3,26-14,3)	<0,05	1,57 (0,56-4,45)	0,39
	≥65 tuổi	3,09 (1,04-9,17)	<0,05	0,83 (0,2-3,4)	0,79
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp tiểu học	1		1	
	Tiểu học	2,2 (0,99-4,7)	0,052	2,08 (0,92-4,71)	0,078
	Trung học cơ sở	1,05 (0,49-2,27)	0,89	1,37 (0,61-3,08)	0,44
	Trung học phổ thông	0,76 (0,34-1,7)	0,5	1,25 (0,51-3,02)	0,63
	Đại học trở lên	0,22 (0,069-0,68)	0,009	0,29 (0,08-1,02)	0,055
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	1		1	
	Tự do	2,45 (1,44-4,17)	0,001	1,46 (0,8-2,66)	0,207

Bảng 4. Mối liên quan về sử dụng thuốc lá hàng ngày theo đặc điểm xã hội ở nam giới (n=450) (tiếp)

	Đặc điểm	SDTL hàng ngày n (%)	OR (KTC95%)	p value	OR hiệu chỉnh* (KTC95%)	p value
	Sinh viên/học sinh	1 (1,8)	0,062 (0,008-0,47)	0,007	0,097 (0,01-0,85)	0,035
	Khác	18 (31,6)	1,56 (0,76-3,23)	0,227	0,97 (0,41-2,27)	0,94
Tôn giáo	Không có	122 (31,8)	1		1	
	Có	19 (28,8)	0,86 (0,48-1,54)	0,63	0,29 (0,085-1,02)	0,054
Dân tộc	Kinh	138 (31,0)	1		1	
	Khác	3 (60,0)	3,33 (0,55-20,2)	0,18**	0,72 (0,38-1,35)	0,31
Hôn nhân	Ở một mình	20 (14,2)	1		1	
	Có gia đình	121 (39,2)	3,89 (2,3-6,58)	<0,05	2,27 (0,33-15,6)	0,403

*Phân tích hồi quy logistics đa biến: -2 Log Likelihood = 480,383 và R Square = 0,161; Hosmer and Lemeshow Test = 0,988;
 **Fisher's Exact Test.

Bảng 4 qua phân tích đơn biến cho thấy tuổi cao, học vấn thấp, nghề tự do, tình trạng đã có gia đình liên quan tới tỷ lệ hút thuốc lá hàng ngày cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, qua hiệu chỉnh theo tuổi trong mô hình logistic đa biến, không còn thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp hay hôn nhân với hút thuốc lá hàng ngày ($p > 0,05$) mà chỉ thấy SDTL hàng ngày của nam giới có liên quan đến nghề nghiệp, cụ thể ở nhóm sinh viên/học sinh có xu hướng SDTL hàng ngày chỉ bằng 0,097 lần (0,01-0,85) so với nhóm nhân viên văn phòng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm dân số học

Kết quả cho thấy nhóm 25-44 tuổi chiếm 41,4% và 45-64 tuổi chiếm 31,9% thể hiện đúng cơ cấu dân số của tỉnh Bình Dương theo tuổi và phù hợp với phân bố của điều tra quốc gia năm 2020 với 42,9% ở nhóm 25-44 tuổi và 28,8% ở nhóm 45-64 tuổi [1]. Nhóm trình độ học vấn phân bố 27,6% ở nhóm tốt nghiệp trung học cơ sở, 25,8% tốt nghiệp tiểu học và 21,8% tốt

ng nghiệp trung học phổ thông, phân bố này tương đối phù hợp với điều tra của tỉnh Bình Phước với , tốt nghiệp tiểu học là 19,5%, 35,8% tốt nghiệp trung học cơ sở, 17,7% tốt nghiệp phổ thông trung học [7]. Có 41,4% người có nghề nghiệp tự do, phân bố này phù hợp với nhóm tuổi và trình độ học vấn ở trên, phân bố nhóm nhân viên văn phòng chiếm 20,9%, sinh viên/học sinh chiếm 10,3% là phù hợp với thời gian thu thập dữ liệu tiến hành chủ yếu vào giờ hành chính. Kết quả trên so với điều tra Quốc gia năm 2020 với tỷ lệ người có nghề tự do là 59,4% [1].

15,6% người có theo tôn giáo. Có 99% là người Kinh, khác biệt so với kết quả điều tra của tỉnh Bình Phước năm 2020 là 90%, còn lại là các dân tộc khác (10%) [7]. Có 73,2% đã lập gia đình, tỷ lệ này cao hơn báo cáo năm 2022 của tỉnh Bình Dương với tỷ lệ có vợ/chồng là 62,7% [8] và tương đương với điều tra tương tự năm 2020 của Quốc gia là 73,9% [1].

4.2 Đặc điểm sử dụng thuốc lá

Tỷ lệ SDTL hàng ngày chung ở cả hai giới là 15,8%, phân theo giới tính thì nam giới SDTL là 31,3%, phụ nữ có tỷ lệ rất thấp với

0,2% (1/450 người). Kết quả này thấp hơn điều tra Quốc gia 2020 với 17,2% SDTL hằng ngày, tỷ lệ nam giới là 33,6% và nữ giới là 1,3% [1]. Tỷ lệ này thấp hơn ở Bình Phước năm 2020 với 20,8% SDTL hằng ngày [7]. Đánh giá của tỉnh Cà Mau năm 2021 cho thấy tỷ lệ SDTL hằng ngày chung cả hai giới là 23,4%, nam giới là 46,1% và nữ là 0,8% [9], tỷ lệ cùng năm ở Tiền Giang cho thấy chung là 17,5%, nam giới là 34,5% và nữ là 0,6% [10]. Như vậy, so với tỷ lệ toàn quốc và các nơi khác thì dường như tỷ lệ SDTL ở cả hai giới tại thị xã Bến Cát là tương đối thấp, đặc biệt là nữ giới SDTL hằng ngày là rất thấp.

Tuổi SDTL lần đầu cho thấy bắt đầu khá sớm 18,8 tuổi sau độ tuổi tốt nghiệp phổ thông trung học với độ tuổi bắt đầu sử dụng nhỏ nhất là 8 tuổi, ở nam giới có kết quả tương tự, không tính được phụ nữ do tỷ lệ SDTL quá thấp (0,2%). So với điều tra của thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 thì độ tuổi bắt đầu tương đương với 18,7 tuổi (ở nam giới tương tự và nữ giới là 19,7 tuổi) [11]. Tuổi trung bình bắt đầu SDTL ở Tiền Giang là 23,5 tuổi [10].

Số năm trung bình SDTL hằng ngày là 27,1 năm là khá dài. Người sử dụng lâu nhất lên đến 69 năm. Phân tích tương quan cho thấy số năm trung bình không có liên quan với tuổi bắt đầu SDTL ($p=0,464$). Như vậy, tại Bến Cát thì việc người dân SDTL sớm hay muộn không ảnh hưởng đến số năm SDTL hằng ngày.

Số lần (điều) SDTL trung bình hằng ngày là 13,6 điều (trung vị là 10 điều), số điều lớn nhất mà một người sử dụng hằng ngày là 40 điều (tương đương với 2 bao thuốc lá). Phân tích tương quan cho thấy số lần SDTL hằng ngày không có mối liên quan đến tuổi SDTL lần đầu ($p=0,068$). Kết quả trên cao hơn điều tra của Trà Vinh năm 2021 với số lần (điều) trung bình hằng ngày SDTL là 2,7 điều, rơi vào 10-14 điều/ngày là 6,7%, 81,6% là dưới 5 điều/ngày [10].

4.3 Mối liên quan về sử dụng thuốc lá hằng ngày ở nam giới theo đặc điểm nhân khẩu

Người SDLT phổ biến ở nhóm tuổi 25-44 (16,9%) và 45-64 tuổi (21,6%) hơn so với các

nhóm ngoài tuổi đang làm việc, tương đồng với điều tra quốc gia với tỷ lệ là 18,7% nhóm 25-44 tuổi và 20,8% ở nhóm 45-64 tuổi [1], tương tự như điều tra ở Tiền Giang khi SDTL cao dần ở 2 nhóm trong độ tuổi lao động (16,3% và 23,9%) và giảm ở nhóm ngoài độ tuổi lao động (5,6% nhóm 15-24 tuổi và 18,7% ở nhóm 65 tuổi trở lên) [10]. Tuy nhiên, phân tích hồi quy đa biến cho thấy khác biệt SDTL ở 4 nhóm tuổi không có ý nghĩa với $p>0,05$.

Có tính xu hướng về tỷ lệ SDTL giảm dần ở những người có học vấn cao hơn người chưa tốt nghiệp tiểu học, tiểu học (30,8% và 49,1%) xuống 30,9% ở trung học cơ sở, 25,2% trung học phổ thông và từ đại học trở lên là 8,8%, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả xu hướng tương tự với điều tra Quốc gia 2020 có tỷ lệ 21,4% ở học vấn tiểu học, sau là 18,1% , 15,6% và 10,5% lần lượt ở các nhóm cao dần lên [1].

Phân tích cho thấy việc SDTL hằng ngày của nam giới trong nhóm sinh viên/học sinh có xu hướng SDTL hằng ngày chỉ bằng 0,097 lần (0,01-0,85) so với nhóm nhân viên văn phòng. Có thể do đặc thù lứa tuổi hoặc do áp lực công việc mà người làm văn phòng sẽ có khuynh hướng tìm đến thuốc lá nhiều hơn.

Các yếu tố dân tộc, tôn giáo, hôn nhân không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về việc SDTL hằng ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hill và cộng sự ở Hoa Kỳ khi khía cạnh tôn giáo không liên quan đến việc hút thuốc hàng ngày [12], hay nghiên cứu của Ramsey Jr và cộng sự tại Hoa Kỳ cũng cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc giữa các nhóm hôn nhân, nhưng khi kiểm soát nhiều biến đồng thời (age, gender, income, education...) thì một số sự khác biệt mất ý nghĩa thống kê — tức là trạng thái hôn nhân không phải lúc nào cũng là yếu tố độc lập mạnh ảnh hưởng đến hút thuốc hàng ngày [13].

Hạn chế: Thiết kế không kết luận được nhân quả, có thể mắc sai sót nhớ lại trong quá trình lấy mẫu. Cách chọn mẫu có thể giảm tính đại diện cho thị xã Bến Cát. Thời gian tiến hành điều tra chủ yếu trong giờ hành chính nên sẽ

khó phân bố đồng đều hơn giữa các nhóm. Tỷ lệ SDTL hằng ngày ở nữ giới quá nhỏ, do đó không phân tích hồi quy đa biến.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng thuốc lá hằng ngày của người dân từ 15 tuổi trở lên của thị xã Bến Cát là 15,8%, nam giới là chủ yếu với 31,3%, phụ nữ chỉ 0,2%, thấp hơn đáng kể so với toàn quốc và một số địa phương khác. Phân tích cho thấy độ tuổi, học vấn dân tộc, tôn giáo, hôn nhân không có mối liên quan đến việc sử dụng thuốc lá ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm sinh viên/học sinh có xu hướng sử dụng ít hơn 0,097 lần nhóm làm việc văn phòng ($p < 0,05$). Ngành Y tế thị xã Bến Cát tiếp tục triển khai các biện pháp truyền thông giảm sử dụng thuốc lá hằng ngày chủ yếu cho nam giới, khuyến cáo trong sinh viên/học sinh tác hại cũng như tự chủ trong việc tiếp cận thuốc lá khi ra trường và có việc làm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội. Điều tra về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (PGATS) năm 2020. Quỹ phòng, chống tác hại thuốc lá – Bộ Y tế. 2020.
2. Deng SLH, Zuo W, Liu Z, et al. Smoking prevalence among adults in China Mainland and their age of smoking initiation during adolescence: a national crosssectional study. *BMJ Open*. 2024; 14 (e082717).
3. World Health Organization. Tobacco: 31 July 2023; 2022. https://www.who.int/health-topics/tobacco?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1.

4. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. 2024.
5. Scala M, Bosetti C, Bagnardi V, et al. Dose-response Relationships Between Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Epidemiol*. 2023; 33 (12): 640 - 648.
6. Inoue-Choi M, Christensen CH, Rostron BL, et al. Cosgrove CM, Reyes-Guzman C, Apelberg B, et al. Dose-Response Association of Low-Intensity and Nondaily Smoking With Mortality in the United States. *JAMA Network Open*. 2020; 3 (6): e206436-e.
7. Chi cục dân số - kế hoạch hóa gia đình tỉnh Bình Phước. Thực trạng sử dụng thuốc lá và thực hiện luật phòng chống tác hại thuốc lá tại tỉnh Bình Phước năm 2020. 2020.
8. Cục Thống kê tỉnh Bình Dương. Niên giám thông kê tỉnh Bình Dương năm 2022. 2022.
9. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau. Thực trạng sử dụng thuốc lá và thực hiện luật phòng chống tác hại thuốc lá tại tỉnh Cà Mau năm 2020. 2020.
10. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Trà Vinh. Thực trạng sử dụng thuốc lá và thực hiện luật phòng chống tác hại thuốc lá tại tỉnh Trà Vinh năm 2021. 2021.
11. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe thành phố Hồ Chí Minh, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Thực trạng sử dụng thuốc lá và thực hiện luật phòng chống tác hại thuốc lá tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. 2021.
12. Hill TD, Bostean G, Upenieks L, et al. (Un)holy Smokes? Religion and Traditional and E-Cigarette Use in the United States. *Journal of Religion and Health*. 2024; 63 (2): 1334 - 1359.
13. Ramsey MW, Chen-Sankey JC, Reese-Smith J, et al. Association between marital status and cigarette smoking: Variation by race and ethnicity. *Prev Med*. 2019; 119: 48 - 51.

STATUS OF TOBACCO USE AND SOME RELATED TO DEMOGRAPHY FACTORS AMONG PEOPLE AGED 15 AND OVER IN BEN CAT TOWN, BINH DUONG PROVINCE IN 2022

Truong Thanh Yen Chau¹, Tran Thi Quynh Trang², Ngo Thi Thanh Truc²,
Nguyen Binh Phuong³, Tran Minh Hoang⁴

¹*Thu Dau Mot City Medical Center, Ho Chi Minh City*

²*Binh Duong Province Center for Disease Control*

³*Thu Dau Mot University, Ho Chi Minh City*

⁴*Department of Food Safety, Ho Chi Minh City*

Information on the current situation of tobacco use in Ben Cat Town is necessary to provide a scientific basis for tobacco harm prevention and control interventions in this area. A descriptive study was carried out to describe the status of tobacco use and some related to demography factors among people aged 15 and over in Ben Cat town, Binh Duong province in 2022. Total 900 residents, 450 man and 450 women. aged 15 years and older in Ben Cat Town, Binh Duong Province were multistage-randomly selected, The results showed that 15.8% of residents used tobacco daily, with 31.3% being men and 0.2%

women, a prevalence lower than the national average. The trend of tobacco use among men increased with age and educational level, but the association was not statistically significant ($p > 0.05$). Students had a 0.097 times lower likelihood of tobacco use compared to office workers ($p < 0.05$). The health sector of Ben Cat Town should prioritize communication strategies to reduce daily tobacco use among men and issue prevention recommendations to discourage trial use among students.

Keywords: Ben Cat; daily; people 15 years and older; related factors; tobacco use

TỶ LỆ ĐƯỢC TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV/NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI 7 TỈNH KHU VỰC PHÍA NAM NĂM 2023

Nguyễn Duy Phúc, Khuru Văn Nghĩa, Trang Nguyệt Minh, Lê Quang Thủ,
Nguyễn Vũ Nhật Thành, Phạm Thị Minh Hằng, Nguyễn Vũ Trung, Trần Phúc Hậu,
Nguyễn Vũ Thượng*

Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là nhóm có nguy cơ nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và nhiễm HIV cao nhất. Tỷ lệ nhiễm giang mai ở MSM tại khu vực phía Nam (KVPN) tăng từ 2,4% (2015) đến 11,2% (2022). Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ MSM được tư vấn xét nghiệm kết hợp nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và HIV (TVXN STI/HIV) và mô tả một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 7 tỉnh khu vực phía Nam năm 2023. Điều tra mô tả cắt ngang tại 7 tỉnh/thành phố KVPN trên 2.601 MSM năm 2023 theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát. Phân tích hồi quy Poisson đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ TVXN STI/HIV. Kết quả cho thấy tỷ lệ MSM từng được TVXN STI/HIV là 52,3%. TVXN STI/HIV cao hơn ở trên nhóm MSM: quen biết trên 15 MSM (PRhc = 1,11, KTC 95%: 1,04 - 1,19); hiện đang sống và làm việc tại tỉnh (PRhc = 1,11, KTC 95%: 1,01 - 1,22); không đi khỏi tỉnh liên tục trên 1 tháng (PRhc = 1,18, KTC 95%: 1,08 - 1,29), đã từng mua/bán dâm (PRhc = 1,09, KTC 95%: 1,01 - 1,17), có dùng ứng dụng hẹn hò (PRhc = 1,11, KTC 95%: 1,05 - 1,18); và dùng PrEP trong 3 tháng qua (PRhc = 3,60, KTC 95%: 3,32 - 3,90). Cần đẩy mạnh tiếp cận MSM có mạng lưới nhỏ; không dùng ứng dụng hẹn hò; di biến động; chưa tham gia PrEP để gia tăng sử dụng dịch vụ TVXN STI/HIV ở các nhóm này.

Từ khóa: MSM, tư vấn xét nghiệm STI, HIV, khu vực phía Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV vẫn đang là vấn đề sức khỏe trên toàn cầu. Khu vực phía Nam (KVPN) hiện đang có số người nhiễm HIV cao nhất của cả nước. Tính đến tháng 9 năm 2024, số HIV còn sống tại khu vực phía Nam là 156.676 người, chiếm 64% so với cả nước [1]. Dịch HIV tại KVPN nói riêng và tại Việt Nam nói chung đang trong giai đoạn tập trung trong nhóm nguy cơ cao, trong đó MSM là nhóm có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao nhất [1]. Tỷ trọng người nhiễm HIV là MSM có xu hướng tăng từ năm 2018 (36%) đến năm 2024 (52%) [2].

Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) làm tăng nguy cơ mắc và lây truyền HIV [3]. Quần thể MSM có nguy cơ nhiễm HIV và STI cao hơn các quần thể khác do có nhiều hành vi nguy cơ [4]. Hơn nữa, quần thể MSM phải đối mặt với sự kỳ thị của xã hội, dẫn đến che giấu tình trạng HIV/STI của bản thân, từ đó làm gia tăng tỷ lệ nhiễm các bệnh này [5]. Tỷ lệ hiện mắc STI ở MSM qua nghiên cứu tại Ấn Độ là 22%, Thái Lan là 22,5% [5, 6]. Tỷ lệ hiện mắc các STI ở MSM tại Hà Nội khá cao, lần lượt là 34% với lậu, 19% với chlamydia và 13% với giang mai [7]. Tại KVPN, tỷ lệ hiện nhiễm giang mai

*Tác giả: Nguyễn Vũ Thượng

Địa chỉ: Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

Số điện thoại: 0905 469 519

Email: thuoungnv@pasteurhcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

ở MSM có xu hướng tăng nhanh, từ 2,4% (2015) đến 11,2% (2022) [1].

Xét nghiệm HIV nói riêng và STI nói chung là cửa ngõ dẫn đến các dịch vụ phòng ngừa, điều trị, chăm sóc và các hỗ trợ khác [4]. Tuy nhiên các tỷ lệ từng xét nghiệm (XN) HIV và STI ở MSM còn hạn chế. Tại Thái Lan, tỷ lệ MSM từng XN HIV và STI lần lượt là 41,5% và 26,4% [8]. Tại KVPN, tỷ lệ MSM từng XN HIV trong 12 tháng qua cũng chỉ đạt hơn 50%, tỷ lệ được khám STI/3 tháng qua là 22,2% [9]. Việt Nam đã ban hành Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 [10], trong đó có đặt ra chỉ tiêu nhóm người có nguy cơ cao được XN HIV hàng năm đạt 70% vào năm 2025.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại 7 tỉnh/thành phố trọng điểm của KVPN nhằm xác định tỷ lệ từng được tư vấn xét nghiệm (TVXN) STI/HIV và mô tả một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 7 tỉnh khu vực phía Nam năm 2023. Kết quả nghiên cứu giúp đề xuất các giải pháp làm tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ TVXN STI/HIV ở quần thể này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 18 tuổi trở lên, có QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam trong 12 tháng trước thời điểm phỏng vấn và hiện sinh sống/làm việc tại địa phương nghiên cứu từ 3 tháng trở lên.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM), Bình Dương, Bà Rịa - Vũng Tàu (BR-VT), Cần Thơ, Long An, Kiên Giang và An Giang trong năm 2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu này là một phần của nghiên

cứ ước tính kích cỡ quần thể MSM tại Việt Nam năm 2023. Quyết định về cỡ mẫu được tính toán dựa trên phân tích sức mạnh thống kê qua mô phỏng, sử dụng công cụ Phân tích Sức mạnh Thống kê Bắt - Bắt lại nhiều lần (Multiple Capture Re-Capture Power Analysis) [11], nhằm đảm bảo đủ sức mạnh thống kê và độ chính xác trong ước lượng quy mô dân số.

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

Với p (Tỷ lệ xét nghiệm HIV ở MSM tại Việt Nam năm 2022) là 77% (Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV tại Việt nam giai đoạn 2012-2022); sai số $d=7\%$; mức ý nghĩa α (5%); hao hụt mẫu khoảng 10%; hệ số thiết kế là 2 --> Cỡ mẫu làm tròn là 300 MSM cho mỗi tỉnh.

Riêng Thành phố Hồ Chí Minh là tỉnh có số ước tính quần thể MSM cao gấp nhiều lần so với các tỉnh khác nên cỡ mẫu phân chia theo 3 cụm theo số lượng quần thể MSM. Cụm 1 và cụm 2 có số MSM cao nên được phân bổ 300 MSM cho mỗi cụm. Cụm 3 có số lượng MSM thấp nên được phân bổ 200 MSM. Tổng cộng cỡ mẫu cho TPHCM là 800 MSM.

Cỡ mẫu tổng cộng là 2600 (1800 cho 6 tỉnh và 800 cho TPHCM). Do tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu điều tra vượt 1 mẫu nên cỡ mẫu cuối cùng đưa vào phân tích là 2.601 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS- Respondent-driven sampling). Chọn từ 8 đến 10 hạt giống tại mỗi tỉnh với các tiêu chí chính: người có mạng lưới xã hội tốt, có uy tín trong mạng lưới MSM, không phải thành viên các tổ chức cộng đồng, đa dạng các đặc điểm (tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân...). Các hạt giống được lựa chọn phải được sự thống nhất của các thành viên nhóm nghiên cứu địa để đảm bảo sự đa dạng về các đặc tính nêu trên theo quy định của nghiên cứu. Mỗi hạt giống sau khi được phỏng vấn thì được nhận 3 phiếu mời để tiếp tục mời các MSM mà họ biết trong cộng đồng đến tham gia nghiên cứu. Sau khi nhận được

thẻ mời từ hạt giống, người được mời đến địa điểm nghiên cứu theo thời gian ghi trên thẻ hẹn để được nhân viên y tế sàng lọc và phỏng vấn. Sau khi phỏng vấn thì họ lại được nhận 3 phiếu mời để tiếp tục mời các MSM mà họ biết trong cộng đồng. Quy trình thu tuyển này tiếp tục đến khi đạt cỡ mẫu phân bổ thì dừng.

2.6 Bién số nghiên cứu

Bién số độc lập: Đặc điểm dân số xã hội (nơi cư trú, nhóm tuổi, bản dạng giới, nơi làm việc), hành vi QHTD và sử dụng thuốc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV-PrEP (vai trò khi QHTD, từng mua bán dâm, sử dụng PrEP trong 3 tháng qua), đặc tính cá nhân khác (mạng lưới bạn bè, sử dụng ứng dụng hẹn hò (UDHH), di biến động).

Bién số phụ thuộc: đã từng tư vấn xét nghiệm STI/HIV.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Người tham gia khi đến địa điểm nghiên cứu theo phiếu hẹn thì được sàng lọc tiêu chuẩn tham gia, nếu đủ điều kiện thì được nhân viên y tế đã qua tập huấn phỏng vấn trực tiếp (khoảng 15-20 phút) bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn trên phần mềm RED Cap.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng RED Cap, làm sạch và phân tích bằng Stata 17.0 (Stata Corp, Station, TX, Hoa Kỳ). Tỉ lệ phần trăm dùng để mô tả cho các biến định tính; trung bình và độ lệch chuẩn dùng để mô tả cho biến định lượng. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến (Poisson) được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến việc tư vấn xét nghiệm HIV/STI.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Người tham gia được lấy thỏa thuận tham gia bằng lời. nghiên cứu không thu thập dữ liệu định danh của người tham gia. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (VN01057/IORG 0008555 No: NIHE IRB-19/2021) cho 5 tỉnh/thành là Hồ Chí Minh, Bình Dương, Cần Thơ, Long An và An Giang. Mặc dù Bà Rịa-Vũng Tàu và Kiên Giang không nằm trong đề cương ban đầu do kinh phí được phê duyệt trễ nhưng 2 tỉnh này cũng đã thực hiện các hoạt động tuân thủ theo đề cương này.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội, hành vi bán dâm, sử dụng ứng dụng hẹn hò, sử dụng PrEP và tư vấn xét nghiệm STI/HIV ở MSM tại KVPN năm 2023 (n=2.601)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tỉnh/TP		
Long An	300	11,5
An Giang	300	11,5
Bà Rịa-Vũng Tàu	301	11,6
Bình Dương	300	11,5
Cần Thơ	300	11,5
Hồ Chí Minh	800	30,8
Kiên Giang	300	11,5
Tuổi (Trung bình ± ĐLC)	26,6 ±7,5	
Nhóm tuổi		
< 25	1.255	48,3
≥ 25	1.344	51,7

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội, hành vi bán dâm, sử dụng ứng dụng hẹn hò, sử dụng PrEP và tư vấn xét nghiệm STI/HIV ở MSM tại KVPN năm 2023 (n=2.601) (tiếp)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bản dạng giới		
Tự nhận là nam	1.931	74,2
Tự nhận là người chuyển giới (TGW)	503	19,3
Khác	167	6,5
Vai trò khi quan hệ tình dục		
Top	1.120	43,0
Bot	975	37,5
Cent	493	19,0
Không chắc chắn	13	0,5
Mạng lưới bạn bè (Trung vị, Khoảng tứ phân vị)	8 (5-15)	
Mạng lưới bạn bè		
≤ 15	2.071	79,6
> 15	530	20,4
Nơi cư trú và làm việc		
Sống hoặc làm việc tại tỉnh điều tra	214	8,2
Sống và làm việc tại tỉnh điều tra	2.387	91,8
Có đi tỉnh khác trên 1 tháng trong 6 tháng qua	322	12,4
Đã từng mua bán dâm	357	13,7
Có sử dụng ứng dụng hẹn hò cho nhóm LGBT	1.451	55,8
Có sử dụng PrEP trong 3 tháng qua	920	35,4
Đã từng TVXN STI/HIV	1.360	52,3
Có TVXN STI/HIV trong 3 tháng qua	1.063	40,9

TVXN STI/HIV: Tư vấn xét nghiệm kết hợp nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và HIV; TGW: Nam quan hệ tình dục đồng giới tự nhận bản dạng giới là nữ hoặc chuyển giới nữ; Top: Đóng vai người cho khi quan hệ tình dục; Bot: Đóng vai người nhận khi quan hệ tình dục; Cent: Đóng vai vừa là người cho vừa là người nhận khi quan hệ tình dục; LGBT: Cộng đồng những người đồng tính, song tính và chuyển giới; (%): Tỷ lệ phần trăm; DLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người tham gia là 26,6 ($\pm 7,5$), trong đó, 48,3% dưới 25 tuổi. Đa số tự nhận bản dạng giới là nam (74,2%), 19,3% tự nhận là người chuyển giới. Về vai trò khi quan hệ tình dục, 43,1% tự nhận là Top, 37,5% Bot và 19% Cent. Hơn một nửa số MSM tham gia nghiên cứu (52,8%) có mạng lưới bạn bè không quá 15 người. Đa số (91,8%)

người tham gia sống và làm việc tại tỉnh điều tra. Tỷ lệ từng mua bán dâm là 13,7%. Hơn một nửa (55,8%) MSM có sử dụng UDHH. Hơn một phần ba (35,4%) MSM có sử dụng PrEP trong 3 tháng qua. Tỷ lệ MSM từng được TVXN STI/HIV là 52,3% và từng được TVXN STI/HIV trong 3 tháng qua là 40,9%.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến tư vấn xét nghiệm STI/HIV ở MSM tại KVPN năm 2023 (n=2.601)

Đặc điểm	Tổng TVXN STI/HIV n (%)	Kết quả phân tích đơn biến PR (KTC 95%)	Kết quả phân tích đa biến PR _{hc} (KTC 95%)	Giá trị p
Tỉnh/TP				
An Giang	170 (56,7%)	1	1	0,016 0,187 0,776 0,712 0,104 0,029
Long An	153 (51,0%)	0,90 (0,78 - 1,04)	0,87 (0,78 - 0,97)	
Bà Rịa-Vũng Tàu	137 (45,5%)	0,80 (0,69 - 0,94)	0,92 (0,81 - 1,04)	
Bình Dương	188 (62,7%)	1,11 (0,97 - 1,26)	0,98 (0,89 - 1,09)	
Cần Thơ	147 (49,0%)	0,86 (0,74 - 1,01)	0,98 (0,87 - 1,10)	
Hồ Chí Minh	438 (54,8%)	0,97 (0,86 - 1,09)	0,93 (0,85 - 1,01)	
Kiên Giang	127 (42,3%)	0,75 (0,63 - 0,88)	0,87 (0,76 - 0,99)	
Nhóm tuổi				
<25	643 (51,2%)	1	-	-
≥25	716 (53,3%)	1,04 (0,97 - 1,12)	-	-
Bản dạng giới				
Nam	1.008 (52,2%)	1	-	-
TGW	259 (51,5%)	0,99 (0,90 - 1,08)	-	-
Khác	167 (55,7%)	1,07 (0,93 - 1,23)	-	-
Vai trò khi quan hệ tình dục				
Top	574 (51,3%)	1	-	-
Bot	490 (50,3%)	0,98 (0,90 - 1,07)	-	-
Cent	290 (58,8%)	1,15 (1,05 - 1,26)	-	-
Không chắc chắn	6 (46,2%)	0,90 (0,50 - 1,62)	-	-
Mạng lưới bạn bè				
≤ 15	1.036 (50,0%)	1	1	0,002
> 15	324 (61,1%)	1,22 (1,13 - 1,32)	1,11 (1,04 - 1,19)	
Nơi cư trú và làm việc				
Sống hoặc làm việc tại tỉnh điều tra	104 (48,6%)	1	1	0,039
Sống và làm việc tại tỉnh điều tra	1.256 (52,6%)	1,08 (0,94 - 1,25)	1,11 (1,01 - 1,22)	
Đi tỉnh khác trên 1 tháng trong 6 tháng qua				
Có	146 (45,3%)	1	1	<0,001
Không	1.214 (53,3%)	1,17 (1,04 - 1,33)	1,18 (1,08 - 1,29)	
Từng mua bán dâm				
Không	1.159 (51,6%)	1	1	0,037
Có	201 (56,3%)	1,09 (0,99 - 1,20)	1,09 (1,01- 1,17)	

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến tư vấn xét nghiệm STI/HIV ở MSM tại KVPN năm 2023 (n=2.601) (tiếp)

Đặc điểm	Từng TVXN STI/HIV n (%)	Kết quả phân tích đơn biến PR (KTC 95%)	Kết quả phân tích đa biến PR _{hc} (KTC 95%)	Giá trị p
Sử dụng ứng dụng hẹn hò cho nhóm LGBT				
Không	520 (45,2%)	1	1	<0,001
Có	840 (57,9%)	1,28 (1,19 - 1,38)	1,11 (1,05 - 1,18)	
Sử dụng PrEP trong 3 tháng qua				
Không	453 (26,9%)	1	1	<0,001
Có	907 (98,6%)	3,66 (3,38 - 3,96)	3,60 (3,32 - 3,90)	

PR: Tỷ số tỷ lệ hiện mắc; KTC: Khoảng tin cậy; TVXN STI/HIV: Tư vấn xét nghiệm kết hợp nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và HIV; TGW: Nam quan hệ tình dục đồng giới tự nhận bản dạng giới là nữ hoặc chuyển giới nữ; Top: Đóng vai người cho khi quan hệ tình dục; Bot: Đóng vai người nhận khi quan hệ tình dục; Cent: Đóng vai vừa là người cho vừa là người nhận khi quan hệ tình dục; LGBT: Cộng đồng những người đồng tính, song tính và chuyển giới.

Bảng 2 trình bày kết quả phân tích đa biến Poisson cho thấy các yếu tố liên quan đến gia tăng TVXN STI/HIV bao gồm: mạng lưới bạn bè >15 người (PR_{hc} = 1,11, KTC 95%: 1,04 – 1,19), sống và làm việc tại tỉnh điều tra (PR_{hc} = 1,11, KTC 95%: 1,01 – 1,22), không đi tỉnh khác trên 1 tháng trong vòng 6 tháng qua (PR_{hc} = 1,18, KTC 95%: 1,08 - 1,29), từng mua bán dâm (PR_{hc} = 1,09, KTC 95%: 1,01 – 1,17), sử dụng UDHH (PR_{hc} = 1,11, KTC 95%: 1,05 - 1,18) và sử dụng PrEP trong 3 tháng qua (PR_{hc} = 3,60, KTC 95%: 3,32 – 3,90). MSM cư trú tại Long An (PR_{hc} = 0,87, KTC 95%: 0,78 – 0,97) và Kiên Giang (PR_{hc} = 0,87, KTC 95%: 0,76 – 0,99) ít được TVXN STI/HIV hơn so với MSM cư trú tại An Giang.

IV. BÀN LUẬN

Xét nghiệm HIV nói riêng và STI nói chung giúp kết nối các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị [4]. Tại Việt Nam, xét nghiệm (XN) HIV là tự nguyện, tất cả các trường hợp xét nghiệm HIV đều phải được tư vấn trước và sau xét nghiệm trừ một số trường hợp đặc biệt [12]. Số liệu báo cáo Thông tư 03/2015/TT-BYT (quy định chế độ báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS) cho thấy hơn 95% các trường hợp đồng ý làm XN HIV sau khi được TVXN HIV [13]. Nghiên cứu (NC) của chúng tôi cho thấy

chỉ hơn 50% MSM đã từng được TVXN STI/HIV. Tỷ lệ từng XN HIV có thể chỉ khoảng 50%, tương đương với tỷ lệ từng XN HIV/12 tháng qua (53,3%) ở MSM khu vực đồng bằng sông Cửu Long [9], thấp hơn tỷ lệ từng XN HIV trong nghiên cứu ở các nước Đông Nam Á (70%) [14]. Chỉ tiêu của quốc gia cần đạt được là 70% nhóm nguy cơ cao làm XN HIV trong vòng 12 tháng qua [15]. Do đó cần đẩy mạnh và mở rộng hoạt động TVXN hơn nữa để nâng cao tỷ lệ XN STI nói chung và HIV nói riêng ở MSM, góp phần đạt được mục tiêu quốc gia 95% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của bản thân.

Kết quả chúng tôi cho thấy MSM ở Long An và Kiên Giang tiếp cận với TVXN STI/HIV thấp hơn so với MSM tại An Giang. Kết quả này có thể do khác biệt về triển khai dịch vụ, mạng lưới cộng đồng tại các địa phương. An Giang là địa phương có bề dày trong hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Mạng lưới tổ chức dựa vào cộng đồng (CBO) MSM tại địa phương này cũng được hình thành và phát triển khá sớm, tạo điều kiện cho việc triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, trong đó có chương trình TVXN cho quần thể MSM. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy MSM có mạng lưới xã hội rộng lớn thì tiếp cận dịch vụ TVXN STI/HIV cao hơn, có thể do họ tiếp cận với nhiều nguồn thông tin của dịch vụ từ

những người trong cùng mạng lưới. Các thành viên trong cùng một mạng lưới xã hội thường có các chuẩn mực, thái độ và mức độ hành vi nguy cơ HIV tương tự nhau [16], cùng chia sẻ những mối quan tâm về sức khỏe và hành vi xét nghiệm HIV [17].

Kết quả NC cũng chỉ ra rằng MSM hiện đang sống và làm việc tại tỉnh nhà, không đi khỏi địa phương trên 1 tháng thì có xu hướng tiếp cận với TVXN STI/HIV nhiều hơn. Có thể việc di chuyển/thay đổi địa bàn sinh sống/làm việc, nơi cư trú thiếu ổn định ít nhiều đã góp phần làm MSM giảm sự quan tâm đến sức khỏe của mình, hoặc có thể do khoảng cách từ chỗ sinh sống đến các cơ sở TVXN HIV còn xa nên họ ngại di chuyển. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy MSM nào di chuyển hơn 30 km để XN trong lần gần nhất thì ít làm XN HIV/12 tháng qua hơn so với MSM di chuyển dưới 30 km [18]. Nghiên cứu tại Trung Quốc cũng cho thấy MSM di cư cũng ít được tiếp cận với XN STI/HIV hơn so với các MSM địa phương [19].

Một phát hiện khác của NC cho thấy MSM có sử dụng UDHH, có hành vi mua bán dâm thì tiếp cận với TVXN STI/HIV cao hơn. Có lẽ việc tiếp cận các thông tin truyền thông trên internet cũng như nhận thức được hành vi nguy cơ của bản thân là động lực để những MSM có mua bán dâm tìm kiếm các dịch vụ tư vấn xét nghiệm STI/HIV. Ở Thái Lan và nhiều nước Đông Nam Á, điện thoại thông minh và internet tốc độ cao thường được MSM sử dụng để giao lưu và tìm kiếm bạn tình thông qua ứng dụng, mạng xã hội. So với nhóm MSM tìm kiếm bạn tình trực tiếp thì MSM tìm kiếm bạn tình trực tuyến có nhiều hành vi nguy cơ hơn [20, 21].

Các yếu tố liên quan với TVXN STI/HIV bên trên có ý nghĩa thống kê nhưng độ mạnh mối tương quan không cao. Mối liên quan liên quan mạnh nhất với việc TVXN STI/HIV qua NC của chúng tôi là MSM sử dụng thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) có xu hướng được tư vấn xét nghiệm STI/HIV nhiều hơn. Điều này có thể do hiệu lực của Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế về việc “Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/

AIDS” trong đó quy định các trường hợp điều trị PrEP phải được TVXN STI/HIV định kỳ. Cần tiếp tục duy trì và đẩy mạnh hơn nữa việc TVXN STI/HIV cho MSM điều trị PrEP.

Do đây là nghiên cứu cắt ngang nên việc giải thích mối liên quan nhân quả còn hạn chế. Việc chọn mẫu theo phương pháp RDS có thể ảnh hưởng bởi việc lựa chọn hạt giống ban đầu. Dữ liệu thu được có thể ảnh hưởng bởi sai số nhớ lại trong quá trình phỏng vấn. Tuy nhiên, với cỡ mẫu đủ lớn, địa bàn nghiên cứu tại các tỉnh trọng điểm của khu vực nên kết quả cũng góp phần định hướng cho việc lập kế hoạch hoạt động can thiệp chương trình tư vấn xét nghiệm STI/HIV cho MSM ở khu vực này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ MSM từng được tư vấn xét nghiệm STI/HIV tại KVPN là 52,3%. Các can thiệp đẩy mạnh hoạt động tư vấn STI/HIV cần cần nhắc những yếu tố liên quan được tìm thấy trong nghiên cứu bao gồm: có mạng lưới quen biết ≤ 15 người, di biến động, không sử dụng ứng dụng hẹn hò và không sử dụng PrEP. Đặc biệt, cần mở rộng thêm các hình thức tư vấn xét nghiệm STI/HIV như TVXN tại cộng đồng, TVXN qua mạng xã hội... để tăng độ bao phủ xét nghiệm STI/HIV ở MSM.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm kiểm soát bệnh tật các tỉnh/thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ, An Giang, Kiên Giang, Long An, Bình Dương và Bà Rịa – Vũng Tàu; Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Cục Phòng bệnh, Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ và những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Hội nghị tổng kết Phòng, chống dịch bệnh khu vực phía Nam năm 2024. 2024.

2. Cục Phòng bệnh. Hệ thống thông tin quản lý người nhiễm (HIV INFO). Truy cập ngày 14/7/2025. <https://hivinfo.vaac.gov.vn/>.
3. Wilkerson AM, Tao J, Chan PA. Sexually Transmitted Infections and Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2025; 22 (1): 40.
4. Kimberly AJ MMWR. Workowski. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021; 70.
5. Prashanth BK, Mahalakshmi K, Umadevi R, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among men who have sex with men in Chennai-a cross sectional study. *Natl J Community Med.* 2021.
6. Songtaweasin WN, Pornpaisalsakul K, Kawichai S, et al. Sexually transmitted infections incidence in young Thai men who have sex with men and transgender women using HIV pre-exposure prophylaxis. *Int J STD AIDS.* 2022; 33 (5): 447-455.
7. Chen JS, Levintow SN, Tran HV, et al. HIV and STI prevalence and testing history among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam. *Int J STD AIDS.* 2022; 33 (2): 193 - 201.
8. Crowell TA, Nitayaphan S, Sirisopana N, et al. Factors associated with testing for HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men and transgender women in Bangkok, Thailand. *AIDS Res Ther.* 2022; 19 (1): 25.
9. Nguyễn Duy Phúc, Khru Văn Nghĩa, Nguyễn Vũ Nhật Thành và cộng sự. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV-giang mai và một số yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Đồng bằng sông Cửu Long giai đoạn 2015-2022. *Tạp chí Y học dự phòng.* 2024; 34 (7PB): 107 - 116.
10. Chính phủ. Phê duyệt Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Số: 1246/QĐ-TTg, ngày 14/08/2020.
11. Fellows Statistics. Epi Apps. Truy cập ngày 8/9/2025. <https://epiapps.com/>.
12. Quốc hội. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS). Số: 71/2020/QH14, ngày 16/11/2020.
13. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Báo cáo theo Thông tư 03/2015/TT-BYT về Quy định chế độ báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 2022. Truy cập ngày 14/7/2025
14. Guadamuz TE, Cheung DH, Wei C, et al. Young, Online and in the Dark: Scaling Up HIV Testing among MSM in ASEAN. *PLoS One.* 2015; 10 (5): e0126658.
15. Thủ tướng Chính phủ. Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Số: 1246/QĐ-TTg, ngày 14/8/2020.
16. Amirkhanian YA. Social networks, sexual networks and HIV risk in men who have sex with men. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014; 11 (1): 81 - 92.
17. Cao B, Saffer AJ, Yang C, et al. MSM Behavior Disclosure Networks and HIV Testing: An Egocentric Network Analysis Among MSM in China. *AIDS Behav.* 2019; 23 (5): 1368 - 1374.
18. Clausen A, Stephenson RB, Sullivan PS, et al. Distance as a barrier to HIV testing among sexual and gender minority populations in the rural southern US: a cross-sectional study. *Rural Remote Health.* 2023; 23 (4): 8227.
19. Wu J, Wu H, Li P, et al. HIV/STIs risks between migrant MSM and local MSM: a cross-sectional comparison study in China. *PeerJ.* 2016; 4: e2169.
20. Kevin MW, Kai JJ, Thomas G. Playing and never testing: human immunodeficiency virus and sexually transmitted infection testing among app-using MSM in Southeast Asia. *Sexually transmitted diseases.* 2017; 44 (7): 406 - 411.
21. Chongyi W, Sin HL, Thomas EG, et al. Virtual versus physical spaces: which facilitates greater HIV risk taking among men who have sex with men in East and South-East Asia?. *AIDS and Behavior.* 2014; 18 (8): 1428 - 1435.

PREVALENCE OF THE COMBINED SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AND HIV VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING AND SOME RELATED FACTORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN SEVEN PROVINCES OF SOUTHERN VIETNAM, 2023

Nguyen Duy Phuc, Khuu Van Nghia, Trang Nguyet Minh, Le Quang Thu,
Nguyen Vu Nhat Thanh, Pham Thi Minh Hang, Nguyen Vu Trung, Tran Phuc Hau,
Nguyen Vu Thuong

Pasteur Institute at Ho Chi Minh City

Men who have sex with men (MSM) are the population at highest risk for sexually transmitted infections (STIs) and HIV. In Southern Vietnam, the prevalence of syphilis among MSM increased from 2.4% in 2015 to 11.2% in 2022. This study aimed to determine the prevalence of the combined STI and HIV Voluntary Counseling and Testing (STI/HIV VCT) and describe some related factors among men who have sex with men. A cross-sectional survey was conducted in 2023 among 2,601 MSM across seven provinces in Southern Vietnam using respondent-driven sampling. Multivariable Poisson regression was employed to identify associated factors. Results showed that 52.3% of MSM had ever received STI/

HIV VCT. Higher uptake was associated with having a network size >15 (aPR=1.11; 95% CI: 1.04-1.19), currently living and working in the province (aPR =1.11; 95% CI: 1.01-1.22), not being away from the province for over one month (aPR =1.18; 95% CI: 1.08-1.29), engaging in sex work (aPR =1.09; 95% CI: 1.01-1.17), using dating apps (aPR =1.11; 95% CI: 1.05-1.18), and using PrEP in the past three months (aPR =3.60; 95% CI: 3.32-3.90). Targeted interventions should focus on MSM with small networks, not using dating apps, being mobile or migrant, and those not accessing PrEP to improve STI/HIV VCT uptake.

Keywords: MSM; STI/HIV; VCT; Southern Vietnam

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CÁC TRƯỜNG HỢP SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TỬ VONG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2016 – 2022

Trương Thị Kim Nguyễn^{1*}, Phùng Khánh Lâm², Trần Thị Ái Huyền¹,
Mai Thanh Bửu¹, Đỗ Kiến Quốc³, Nguyễn Tú Anh¹, Nguyễn Phúc Tài¹,
Lê Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Hoài Thảo Tâm¹, Lê Hồng Nga¹

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

³*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ học các trường hợp sốt xuất huyết Dengue (SXHD) tử vong tại Thành phố Hồ Chí Minh 2016-2022. Tất cả 74 trường hợp tử vong được phân tích từ hồ sơ bệnh án, báo cáo trường hợp bệnh; phỏng vấn sâu 15 thân nhân trường hợp tử vong năm 2022. Năm 2022 có số trường hợp tử vong cao nhất (N=29, 39,2%). Tỷ lệ tử vong ở ngoại thành 54/74 (73%). Tuổi trung vị 22 tuổi và khoảng tứ phân vị (IQR) 10-36, trên 15 tuổi chiếm 41/74 (55,4%). Thời gian tri hoãn khám trung vị 3 ngày. Triệu chứng thường gặp: sốt 74/74 (100%), li bì 45/74 (60,8%), nôn 39/74 (52,7%), gan to 36/74 (48,7%), chấm xuất huyết 36/74 (48,7%). Biểu chứng chủ yếu: suy đa tạng 56/74 (75,7%), xuất huyết nặng 45/74 (60,8%). Yếu tố nguy cơ ở 44/74 trường hợp (59,5%): béo phì 22/44 (50%), bệnh nền 17/44 (38,6%), béo phì kèm bệnh nền 3/44 (6,8%), mang thai 2/44 (4,6%). Nguyên nhân trì hoãn đi khám do chủ quan hoặc cho rằng bệnh nhẹ 7/13 (53,8%) và 3/8 (37,5%) trường hợp điều trị ngoại trú không được hướng dẫn dấu hiệu nặng. Trì hoãn khám, thiếu hướng dẫn, béo phì và bệnh nền là các yếu tố quan trọng, do đó tăng cường hướng dẫn người bệnh về dấu hiệu và diễn biến bệnh SXHD tại cơ sở y tế là cần thiết, đặc biệt tại ngoại thành.

Từ khóa: Sốt xuất huyết dengue; tử vong; dịch tễ học; rào cản

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SXHD là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây ra, lây truyền qua véc tơ muỗi *Aedes*, đặc biệt là *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*. Bệnh đang là gánh nặng y tế công cộng nghiêm trọng trên toàn cầu, đặc biệt tại các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới, với khoảng 3,9 tỷ người có nguy cơ nhiễm bệnh và 390 triệu trường hợp mắc mới hàng năm [1].

Tại Việt Nam, SXHD là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất, đặc biệt tại các tỉnh phía Nam và Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Năm 2022, cả nước ghi nhận

371.000 trường hợp mắc và 144 trường hợp tử vong [2]. TP. HCM là địa phương có số trường hợp mắc cao nhất với khoảng 81.884 trường hợp (chiếm 22,1%) và 29 trường hợp tử vong (chiếm 20,1% tổng số trường hợp tử vong) và là năm có số ca SXHD tử vong cao nhất trong 20 năm qua.

Không có phương pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh SXHD, SXHD nặng, nhưng việc phát hiện sớm và tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế thích hợp giúp giảm tỷ lệ tử vong xuống dưới 1%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy bên cạnh các yếu tố về tác nhân gây bệnh và đặc tính của người bệnh, sự chậm trễ trong tiếp

*Tác giả: Trương Thị Kim Nguyễn

Địa chỉ: TT Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh

Số điện thoại: 0903 335 193

Email: truongnguyen91yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 15/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

cận dịch vụ y tế dẫn đến chẩn đoán và chăm sóc trễ là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến nguy cơ tử vong của người bệnh [3]. Hiểu rõ đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và các rào cản đến khám và điều trị của bệnh nhân tử vong là cơ sở quan trọng để xây dựng các biện pháp giảm thiểu tử vong.

Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học của các trường hợp SXHD tử vong tại TP.HCM giai đoạn 2016-2022, đồng thời xác định các rào cản đến việc bệnh nhân đi khám và điều trị năm 2022, góp phần đề xuất các giải pháp giảm thiểu tử vong do SXHD.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các trường hợp SXHD tử vong tại TP.HCM từ năm 2016 đến năm 2022 được ghi nhận tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP.HCM.

Đối tượng nghiên cứu định tính là người thân của các trường hợp tử vong SXHD năm 2022, với tiêu chí là những người biết rõ về quá trình bệnh, đi khám và điều trị của bệnh nhân SXHD.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu loạt trường hợp kết hợp nghiên cứu định tính thông qua phỏng vấn sâu người thân các trường hợp tử vong năm 2022.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Mục tiêu 1: tất cả trường hợp SXHD tử vong tại TP.HCM từ năm 2016 đến năm 2022, có 74 trường hợp

Mục tiêu 2: Người thân các trường hợp SXHD tử vong năm 2022, trên 18 tuổi, hiện cư

trú tại TP.HCM vào thời điểm nghiên cứu, 15 thân nhân.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Mục tiêu 1: chọn toàn bộ các trường hợp SXHD tử vong cư trú tại TP.HCM từ năm 2016 đến năm 2022.

Mục tiêu 2: chọn toàn bộ các trường hợp SXHD tử vong cư trú tại TP.HCM năm 2022, còn có người thân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện còn sinh sống tại TP.HCM tại thời điểm nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số nền gồm nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, quận huyện, năm tử vong, thời gian trì hoãn khám bệnh, thời gian xuất hiện dấu hiệu cảnh báo, thời gian tử vong, số lần khám và nhập viện, tuyến khám hoặc nhập viện đầu tiên.

Triệu chứng lâm sàng được thu thập gồm sốt, đau (đầu, cơ, khớp), nôn, gan to, tiêu chảy, nặng ngực, xuất huyết (chấm xuất huyết, ban xuất huyết, nôn ra máu, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, tiêu phân đen, ra huyết âm đạo), tiền sốc và sốc (li bì, đau vùng gan, chân tay lạnh, vật vã, chướng bụng, da xung huyết mạnh, da lạnh ẩm).

Biến chứng gồm suy đa tạng, xuất huyết nặng (xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết não), nhiễm trùng huyết, viêm cơ tim, sốc nhiễm trùng, phù não, sốc tim, viêm não.

Các yếu tố khác như béo phì, bệnh nền, mang thai.

Hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế được thu thập như lý do bệnh nhân đi khám, điều trị trễ; lý do lựa chọn các cơ sở khám, chữa bệnh và việc được hướng dẫn đi khám/nhập viện sớm khi có những triệu chứng trở nặng đối với những trường hợp khám/điều trị ngoại trú.

Ngoài ra, một số chỉ số được ghi nhận như tỷ lệ chết/100.000 dân; tỷ lệ chết/mắc.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Mục tiêu 1: số liệu thu thập từ thống kê hàng năm tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật

Thành phố Hồ Chí Minh bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Bổ sung thêm những thông tin bị thiếu từ hồ sơ bệnh án của các phòng khám/bệnh viện mà bệnh nhân SXHD tử vong có khám, điều trị ở đó.

Mục tiêu 2: điều tra viên phỏng vấn sâu trực tiếp người thân của các trường hợp SXHD tử vong bằng bộ câu hỏi soạn sẵn và ghi âm lại cuộc phỏng vấn.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được mã hóa và nhập liệu bằng Excel 2016, xử lý số liệu bằng phần mềm Stata phiên bản 14. Sử dụng thống kê mô tả với tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính; trung vị, tứ phân vị cho biến định lượng không phân phối chuẩn. Dữ liệu định tính từ phỏng vấn sâu

được phân tích theo chủ đề bằng phần mềm ATLAS.ti 23.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM với Công văn số 413/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 30 tháng 03 năm 2023 của Đại học Y Dược TP.HCM. Tất cả thông tin được thu thập và sử dụng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, đảm bảo tính bảo mật và được sự chấp thuận của người thân bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dịch tễ học chung của các trường hợp SXHD tử vong

Bảng 1. Phân bố số trường hợp SXHD tử vong theo năm và quận huyện tại TP.HCM giai đoạn 2016-2022

Đặc điểm	Số chết n(%)	Số mắc n(%)	Tỷ lệ chết/mắc (%)	Tỷ lệ chết/ 100.000 dân
Tổng	N=74	N=290.841	-	-
Năm tử vong				
Năm 2016	6 (8,1)	22.098 (7,6)	0,03	0,07
Năm 2017	6 (8,1)	33.729 (11,6)	0,02	0,07
Năm 2018	10 (13,5)	45.971 (15,8)	0,02	0,11
Năm 2019	10 (13,5)	68.540 (23,6)	0,01	0,11
Năm 2020	6 (8,1)	25.943 (8,9)	0,02	0,07
Năm 2021	7 (9,5)	12.676 (4,4)	0,06	0,08
Năm 2022	29 (39,2)	81.884 (28,1)	0,04	0,33
Quận huyện				
Nội thành	20 (27,0)	140.085 (48,2)	0,01	0,45
Ngoại thành	54 (73,0)	150.756 (51,8)	0,04	1,21

Ghi chú:

Nội thành (14 quận huyện): 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, Bình Thạnh, Gò Vấp, Phú Nhuận, Tân Bình, Tân Phú.

Ngoại thành (08 quận huyện): 12, Bình Chánh, Bình Tân, Cần Giờ, Củ Chi, Hóc Môn, Nhà Bè, thành phố Thủ Đức.

Từ năm 2016 đến năm 2022, TP.HCM ghi nhận 74 trường hợp SXHD tử vong, năm 2022 có số trường hợp tử vong cao nhất (29 trường hợp, chiếm 39,2%). Số trường hợp SXHD tử

vong ở khu vực ngoại thành là 54 trường hợp (73%), cao gấp 2,7 lần so với khu vực nội thành (20 trường hợp, 27%).

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu từ năm 2016 đến năm 2022

Đặc điểm	Số chết n (%)	Số mắc n (%)	Tỷ lệ chết/mắc (%)
Tổng	n=74	n=290.841	
Tuổi (*)	22 (10 - 36)		
Nhóm tuổi			
≤ 15 tuổi		115.095 (39,6)	0,03
>15 tuổi	33 (44,6)	175.746 (60,4)	0,02
	41 (55,4)		
Nhóm tuổi			
≤ 5 tuổi	9 (12,2)	31.502 (10,8)	0,03
6 - 10 tuổi	10 (13,5)	40.799 (14,0)	0,02
11 - 14 tuổi	12 (16,2)	34.990 (12,0)	0,03
15 - 17 tuổi	4 (5,4)	20.405 (7,0)	0,02
18 tuổi	4 (5,4)	163.145 (56,2)	0,02
	39 (52,7)		
Giới tính			
Nam	34 (45,9)	158.049 (54,3)	0,02
Nữ	40 (54,1)	132.792 (45,7)	0,03
Nghề nghiệp			
Học sinh/Sinh viên	30 (40,5)	-	-
Công nhân	9 (12,2)	-	-
Buôn bán	6 (8,1)	-	-
Nội trợ	4 (5,4)	-	-
Khác (**)	25 (33,8)		

(*) Trung vị (khoảng tứ phân vị); (**) Nghề nghiệp khác: nhân viên văn phòng, sĩ quan, bảo vệ, tài xế, nhân viên giao hàng, thợ may, thợ hồ, thợ chụp ảnh, nhặt ve chai,...

Tuổi trung vị của các trường hợp tử vong là 22 tuổi và khoảng tứ phân vị (IQR) 10 - 36, đa số thuộc nhóm tuổi từ 18 tuổi trở lên (chiếm 52,7%) và tỷ lệ tử vong ở nhóm trên 15 tuổi cao hơn nhóm từ 15 tuổi trở xuống (55,4% so với 44,6%). Tỷ lệ chết/mắc ở nhóm 11 - 14 tuổi và nhóm từ 5 tuổi trở xuống cao hơn các nhóm tuổi còn lại (0,03% so với 0,02%).

Tỷ lệ nữ tử vong cao hơn tỷ lệ nam tử vong (54,1% so với 45,9%). Bệnh nhân tử vong thuộc nhiều ngành nghề khác nhau như học sinh/sinh viên, công nhân, buôn bán, nội trợ,... Tỷ lệ chiếm cao nhất ở nhóm học sinh/sinh viên (40,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Thời gian trung vị từ khi khởi phát triệu chứng đến khi đi khám đầu tiên (trì hoãn khám bệnh) là 3 ngày (khoảng tứ phân vị 2 - 4). Thời gian xuất hiện dấu hiệu cảnh báo trung vị là ngày thứ 4 (khoảng tứ phân vị 4 - 5). Thời gian tử vong trung vị là ngày thứ 8 (khoảng tứ phân vị 6 -12) kể từ khi khởi phát bệnh.

Về số lần khám/nhập viện trước khi tử vong: 24,3% khám 1 lần, 43,2% khám 2 lần, 27% khám 3 lần và 5,5% khám từ 4 - 6 lần. Tuyến khám đầu tiên chủ yếu là bệnh viện tư/quận huyện (40,6%), phòng khám tư (29,7%), bệnh viện thành phố/trung ương (29,7%).

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân SXHD tử vong (n=74)

Triệu chứng lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Số ngày sốt***	5,0 2,2 (2 - 13)	
Sốt	74	100,0
Đau		
Đầu	28	37,8
Cơ	24	32,4
Khớp	9	12,2
Nôn	39	52,7
Gan to	36	48,7
Tiêu chảy	23	31,1
Nặng ngực	3	4,1
Xuất huyết		
Chấm xuất huyết	36	48,7
Ban xuất huyết	14	18,9
Nôn ra máu	12	16,2
Chảy máu chân răng	9	12,2
Chảy máu mũi	9	12,2
Tiêu phân đen	9	12,2
Ra huyết âm đạo	7	9,5
Tiền sốc và sốc		
Li bì	45	60,8
Đau vùng gan	38	51,4
Chân tay lạnh	34	46,0
Vật vã	24	32,4
Chướng bụng	24	32,4
Da xung huyết mạnh	17	23,0
Da lạnh ẩm	7	9,5

(***): Trung bình độ lệch chuẩn (Min-Max)

Tất cả 74 trường hợp SXHD tử vong (100%) có triệu chứng sốt, số ngày sốt trung bình là 5,0 (2 - 13) ngày. Trên 30% (32,4 - 52,7%) bệnh nhân tử vong được ghi nhận có triệu chứng đau đầu, đau cơ, nôn, tiêu chảy, gan to, chấm xuất huyết;

các triệu chứng còn lại dao động từ 4,1 - 18,9%.

Các dấu hiệu về tiền sốc và sốc: 03 triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất là li bì, đau vùng gan, chân tay lạnh (46,0 - 60,8%); các triệu chứng còn lại ghi nhận từ 9,5 - 32,4%.

Bảng 4. Biểu chứng của bệnh nhân SXHD tử vong (n=74)

Biểu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Suy đa tạng	56	75,7
Xuất huyết nặng	45	60,8
Xuất huyết tiêu hóa	17	37,8
Xuất huyết não	12	26,7
Xuất huyết tiêu hóa và não	3	6,7
Không rõ	13	28,8
Nhiễm trùng huyết	19	25,7
Viêm cơ tim	9	12,2
Sốc nhiễm trùng	6	8,1
Phù não	5	6,8
Sốc tim	3	4,1
Viêm não	2	2,7
Số biểu chứng		
Một	24	32,4
Hai	33	44,6
Ba	13	17,6
Bốn	4	5,4

Phần lớn bệnh nhân biểu chứng suy đa tạng (75,7%) và xuất huyết nặng (60,8%). Ngoài ra, bệnh nhân còn có các biểu chứng như nhiễm trùng huyết, viêm cơ tim, sốc nhiễm trùng, phù não, sốc tim, viêm não chiếm khoảng từ 2,7 - 25,7%. Trong biểu chứng xuất huyết nặng, bệnh nhân vừa có xuất huyết tiêu hóa, vừa có xuất huyết não chiếm 6,7%.

Bệnh nhân có hai biểu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (44,6%), tiếp đến là một biểu chứng (32,4%), ba biểu chứng (17,6%) và một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có bốn biểu chứng (5,4%).

Ghi nhận 44 bệnh nhân (59,5%) bệnh nhân có yếu tố nguy cơ khi mắc bệnh SXHD. Trong 44 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ, có 22 bệnh nhân (chiếm 50,0%) béo phì, 17 bệnh nhân có bệnh nền (38,6%), 3 bệnh nhân vừa béo phì vừa có bệnh nền (6,8%) và 2 bệnh nhân đang mang thai (4,6%).

3.3 Các lý do/rào cản dẫn đến tình trạng các trường hợp SXHD tử vong tại TP.HCM năm 2022

3.3.1 Các lý do bệnh nhân đi khám, điều trị trễ

Trong 15 người thân của bệnh nhân SXHD tham gia phỏng vấn, có 13/15 bệnh nhân khám, nhập viện từ ngày thứ 2 trở lên trong đợt bệnh này. Vì vậy, kết quả lý do bệnh nhân đi khám, điều trị trễ ghi nhận trên 13 bệnh nhân.

Đa số lý do ghi nhận được bệnh nhân đi khám, điều trị trễ là do nghĩ bệnh nhẹ/thái độ chủ quan chiếm 7/13 trường hợp được phỏng vấn, ngoài ra một số lý do khác được ghi nhận như lúc bị bệnh thời gian không thuận tiện, bệnh nhân sợ đi bệnh viện, kinh tế khó khăn và gia đình thiếu quan tâm, không biết đề nhắc nhở bệnh nhân đi khám, điều trị cũng được ghi nhận.

“Thấy nó cũng bình thường thôi chứ đâu có cái gì đâu mà quan trọng, thấy nó cũng ăn uống bình thường, uống thuốc vậy thôi chứ đâu có cái gì đâu”. (Người thân bệnh nhân 1)

“Tại vì bình thường mình nghĩ bé nó cũng lớn, mình không nghĩ bé bị nặng vậy, cứ nghĩ bé sốt uống thuốc rồi hết, bình thường bé nó bị

sốt mình cũng phải mua thuốc về cho nó uống rồi hết, thì đợt này cũng nghĩ giống vậy đó, không nghĩ là bé nó bị nặng vậy”. (Người thân bệnh nhân 13)

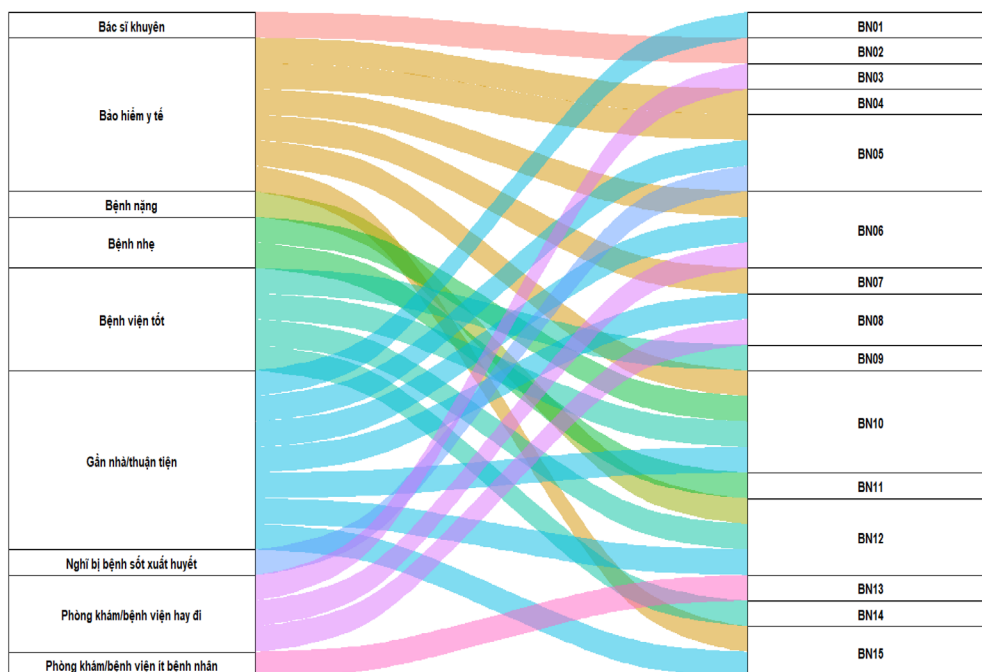
3.3.2 Việc lựa chọn các cơ sở khám, chữa bệnh

Theo kết quả phỏng vấn, lý do bệnh nhân chọn phòng khám, bệnh viện để khám, điều trị được ghi nhận nhiều nhất là lý do gần nhà/thuận tiện để đi chiếm 46,7% (7/15), tiếp đến là

bệnh nhân có bảo hiểm y tế ở đó 40% (6/15); những lý do khác cũng được đề cập đến như bác sĩ khuyên, lúc đi khám bệnh nhẹ/nặng, phòng khám, bệnh viện hay đi/tốt/ít bệnh nhân chiếm khoảng 6,7 – 26,7%.

“Thì có bệnh viện này nó gần thì đi bệnh viện này”. (Người thân bệnh nhân 8)

“Tại mua bảo hiểm y tế ở đó, với bệnh viện đó nó gần á”. (Người thân bệnh nhân 15)



Hình 1. Phân bố trích dẫn các lý do lựa chọn cơ sở khám, chữa bệnh (N=15)

3.3.3 Việc được hướng dẫn đi khám/nhập viện sớm khi có những triệu chứng trở nặng đối với những trường hợp khám/điều trị ngoại trú

Trong 15 người thân của bệnh nhân được phỏng vấn, có 8 bệnh nhân khám, điều trị ngoại trú, còn 7 bệnh nhân còn lại nhập viện trong lần khám, điều trị đầu tiên của đợt bệnh này. Do đó, phần trình bày sau đây chỉ mô tả trên 8 bệnh nhân.

Ghi nhận 3/8 (37,5%) những trường hợp điều trị ngoại trú không được dặn dò những dấu hiệu cảnh báo để bệnh nhân có thể đi khám sớm và điều trị kịp thời.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm dịch tễ học chung của các trường hợp SXHD tử vong

Tại Việt Nam, bệnh SXHD được xếp vào nhóm bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có khả năng lây truyền nhanh và có thể gây tử vong (nhóm B). Trong giai đoạn từ năm 2016 - 2022 tại TP.HCM ghi nhận 290.841 trường hợp mắc SXHD và 74 trường hợp tử vong, trong đó năm 2022 là năm có số trường hợp SXHD tử vong cao nhất với 29 trường hợp (chiếm 39,2%) và cũng là năm có số trường hợp SXHD tử vong trên 100.000 dân chiếm tỷ lệ cao nhất (0,33

trường hợp). Kết quả này cũng tương tự như xu hướng số trường hợp SXHD tử vong tại khu vực phía nam [4, 5].

Tỷ lệ SXHD tử vong ở ngoại thành cao gấp 2,7 lần tỷ lệ SXHD tử vong ở nội thành. Tỷ lệ chết/mắc ở ngoại thành cao gấp 4 lần nội thành và tỷ lệ số trường hợp SXHD tử vong trên 100.000 dân ở ngoại thành cũng cao hơn gấp 2,7 lần nội thành. Theo kết quả báo cáo từ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP.HCM ghi nhận, từ năm 2016 - 2022 số trường hợp nặng ở ngoại thành cao hơn số trường hợp nặng ở nội thành và tỷ lệ %nặng/mắc ở ngoại thành gấp 1,4 lần nội thành (1,26% so với 0,87%), điều này cũng lý giải một phần vì sao số trường hợp SXHD tử vong ở ngoại thành cao hơn nội thành. Ngoài ra, trong một nghiên cứu được thực hiện ở Kerala, Ấn Độ cho thấy những bệnh nhân SXHD sống ở vùng ven, nông thôn là rào cản đối với việc tiếp cận dịch vụ y tế [6], điều này cũng góp phần làm cho bệnh nhân tiếp cận dịch vụ y tế tốt muộn và làm gia tăng tử vong. Về vấn đề này, cần nghiên cứu sâu hơn để đánh giá mô hình đi lại của bệnh nhân và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế.

Trong 74 trường hợp SXHD tử vong cho thấy, tuổi trung vị là 22 (10 - 36), đa số thuộc nhóm tuổi từ 18 tuổi trở lên (chiếm 52,7%) và tỷ lệ tử vong ở nhóm trên 15 tuổi cao hơn nhóm từ 15 tuổi trở xuống (55,4% so với 44,6%). Phân bố theo nhóm tuổi ở những trường hợp SXHD tử vong trong nghiên cứu này gần tương đồng với phân bố theo nhóm tuổi của những trường hợp SXHD tử vong tại khu vực phía nam với nhóm trên 15 tuổi và từ 15 tuổi trở xuống lần lượt là 52,9% và 47,1% [4, 5]. Tương tự như vậy, cũng ghi nhận một nghiên cứu khác ở Brazil, từ sau năm 2009, các trường hợp tử vong do SXHD ở những người trên 15 tuổi cũng nhiều hơn [7].

Số trường hợp SXHD tử vong thuộc giới nữ cao hơn nam giới (nữ 54,1%, nam 45,9%). Một nghiên cứu tại Malaysia cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nữ giới cao hơn nam giới [8] và phù hợp với sự phân bố giới tính ở Thành phố Hồ Chí Minh (nam 4.381.242 người, nữ

4.611.840 người); điều này cho thấy rằng có một yếu tố sinh học nguy cơ liên quan đến giới tính nữ, phản ứng miễn dịch tế bào mạnh mẽ hơn hoặc tính nhạy cảm nội tại cao hơn đối với tính thấm mao mạch ở nữ so với nam [9]. Bệnh nhân SXHD tử vong thuộc nhiều ngành nghề khác nhau, trong đó nhóm học sinh/sinh viên chiếm tỷ lệ cao nhất (40,5%), sự phân hóa nghề nghiệp tương ứng với lứa tuổi tử vong.

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Kết quả ghi nhận thời gian trung vị bệnh nhân tri hoãn khám bệnh là 3 (2 - 4) ngày, qua kết quả này cho thấy một phần nguyên nhân dẫn đến tử vong của những trường hợp mắc bệnh SXHD là do bệnh nhân đi khám, điều trị trễ sau một thời gian tự mua thuốc điều trị tại nhà, vì theo một số nghiên cứu y văn, thời gian xuất dấu hiệu cảnh báo liên quan đến SXHD nặng thường khoảng 3 - 7 ngày [1]. Kết quả về việc khám, điều trị trễ cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu SXHD tử vong như nghiên cứu tại Malaysia với thời gian trung bình từ khi bệnh nhân khởi bệnh đến khi nhập viện là 4,7 ngày và tử vong xảy ra trung bình là 2,4 ngày sau nhập viện [8]. Thời gian trung vị xuất hiện dấu hiệu cảnh báo là 4 (4 - 5) ngày, phù hợp với các nghiên cứu y văn [1]. Thời gian trung vị bệnh nhân tử vong là 8 (6 - 12) ngày, kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt về 55 trường hợp SXHD tử vong tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới từ năm 2008 đến 2012 (thời gian trung bình bệnh nhân tử vong là vào ngày thứ 7 của bệnh) [10].

Đa số bệnh nhân khám và nhập viện nhiều hơn 1 lần (75,7%). Tỷ lệ bệnh nhân khám hoặc nhập viện đầu tiên chia đều ở 3 tuyến (phòng khám tư, tuyến bệnh viện tư, bệnh viện quận huyện và bệnh viện tuyến thành phố, trung ương). Qua đây cho thấy, tỷ lệ cao bệnh nhân tử vong có khám và nhập viện nhiều hơn 1 lần có thể phản ánh việc chuyển viện nhiều lần ở bệnh nhân nặng hoặc việc chăm sóc y tế chưa hiệu quả ở những lần khám/nhập viện ban đầu.

Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009 và hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam

thì triệu chứng sốt là một trong những dấu hiệu tiên quyết trong xác định mắc bệnh SXHD. Trong nghiên cứu các trường hợp SXHD từ năm 2016 - 2022 cũng ghi nhận 100% bệnh nhân có triệu chứng sốt và số ngày sốt trung bình là 5,0 (2 - 13) ngày. Trên 30% bệnh nhân tử vong được ghi nhận có triệu chứng đau đầu, đau cơ, nôn, tiêu chảy, gan to, chấm xuất huyết, gan to; các triệu chứng còn lại dao động từ 4,1 - 18,9%. Tỷ lệ này ghi nhận cao hơn ở nghiên cứu tại Malaysia với các triệu chứng ghi nhận là gan to 3/9 (33,3%), đau đầu 4/9 (44,4%), tiêu chảy 6/9 (66,7%), đau cơ 8/9 (88,9%) và nôn 9/9 (100,0%) [8]. Các dấu hiệu tiên sóc và sóc ghi nhận nhiều nhất là li bì, đau vùng gan, chân tay lạnh (46,0 - 60,8%), trong một nghiên cứu năm 2015 tại Malaysia cũng ghi nhận dấu hiệu cảnh báo phổ biến nhất là hôn mê, bồn chồn với tỷ lệ 42,5% [11]. Phần lớn bệnh nhân biến chứng suy đa tạng (75,7%) và xuất huyết nặng (60,8%), kết quả ghi nhận được phù hợp với những nghiên cứu được báo cáo trong một số nghiên cứu khác [8, 10, 11].

Ghi nhận 59,5% bệnh nhân có yếu tố nguy cơ khi mắc bệnh SXHD như béo phì, bệnh nền, mang thai. Những yếu tố này làm tăng khả năng bệnh nặng của bệnh nhân SXHD hơn và cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu [10]. Ngoài ra, còn ghi nhận một số yếu tố làm tăng mức độ nặng của bệnh nhân SXHD tử vong như nhiễm SXHD thứ phát, bệnh nhân nhiễm DENV2 [12], đồng nhiễm SXHD và bệnh COVID-19 [13]. Nhận thức về các yếu tố nguy cơ này giúp định hướng các biện pháp theo dõi sát và can thiệp sớm trên các nhóm bệnh nhân này.

4.3 Các lý do, rào cản dẫn đến tình trạng các trường hợp SXHD tử vong tại TP.HCM năm 2022

Trong số các lý do bệnh nhân đi khám, điều trị trễ thì lý do nghĩ bệnh nhẹ/thái độ chủ quan chiếm 53,8% (7/13), ngoài ra một số lý do khác được ghi nhận như lúc bị bệnh thời gian không thuận tiện, bệnh nhân sợ đi bệnh viện, kinh tế khó khăn và gia đình thiếu quan tâm, không biết đề nhắc nhở bệnh nhân đi khám, điều trị cũng được ghi nhận. Kết quả này cũng

được ghi nhận ở một số nghiên cứu như thu nhập thấp, quá bận rộn [14], khoảng cách di chuyển đến các cơ sở y tế [6], giờ hoạt động bất tiện [15] là những yếu tố ngăn cản bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi mắc bệnh SXHD; sự quan tâm từ gia đình được cho là nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho việc tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi mắc bệnh SXHD [16].

Theo kết quả phỏng vấn, lý do bệnh nhân chọn phòng khám, bệnh viện để khám, điều trị được ghi nhận nhiều nhất là lý do gần nhà/thuận tiện để đi chiếm 46,7% (7/15), một nghiên cứu tại Rio de Janeiro, Brazil cũng ghi nhận người dân thích các cơ sở y tế gần nhà hơn [17].

Ghi nhận 3/8 trường hợp điều trị ngoại trú không được dẫn dò những dấu hiệu cảnh báo để bệnh nhân có thể đi khám sớm và điều trị kịp thời. Như vậy, gần 1/3 bệnh nhân SXHD tử vong không được dẫn dò các dấu hiệu cảnh báo để có thể nhận biết sớm và điều trị kịp thời. Qua đó cho thấy, ngoài yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân SXHD là từ bệnh nhân còn ghi nhận yếu tố từ các cơ sở khám chữa bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học của các trường hợp tử vong do SXHD tại TP.HCM giai đoạn 2016 - 2022 cho thấy trì hoãn khám, thiếu hướng dẫn, béo phì và bệnh nền là các yếu tố quan trọng ghi nhận được ở các trường hợp tử vong. Vì vậy, cần tăng cường hướng dẫn người bệnh về dấu hiệu và diễn biến của bệnh SXHD tại các cơ sở y tế, đặc biệt tại ngoại thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Dengue and severe dengue. Accessed September 3, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
2. Bộ Y tế. Quyết định ban hành kế hoạch phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2023. Số 1331/QĐ-BYT, 2023.

3. Mallhi TH, Khan AH, Sarrieff A, Adnan AS, Khan YH. Patients related diagnostic delay in dengue: An important cause of morbidity and mortality. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2016; 4 (4): 200 - 201. doi:10.1016/j.cegh.2016.08.002.
4. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Niên Giám Thống Kê Sốt Xuất Huyết Dengue Khu Vực Phía Nam Năm 2019. Thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 2 – 7.
5. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Báo Cáo Tổng Kết Hoạt Động Phòng, Chống Sốt Xuất Huyết Dengue KVPN Năm 2022 và Kế Hoạch Năm 2023. Thành phố Hồ Chí Minh. 2023; 3.
6. Nair SK, Dash U. Unravelling the Contextual Factors Mediating Illness Response Using Mixed Methodology: The Case of Re-emerging Infectious Disease in Kerala, India. *J Health Manag*. 2018; 20 (2): 122 - 135. doi:10.1177/0972063418763648.
7. Nunes PCG, Daumas RP, Sánchez-Arcila JC, et al. 30 years of fatal dengue cases in Brazil: a review. *BMC Public Health*. 2019; 19 (1): 329. doi:10.1186/s12889-019-6641-4.
8. Sam SS, Omar SFS, Teoh BT, et al. Review of Dengue Hemorrhagic Fever Fatal Cases Seen Among Adults: A Retrospective Study. Farrar J, ed. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013; 7 (5): e2194. doi:10.1371/journal.pntd.0002194.
9. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clin Microbiol Rev*. 1998; 11 (3): 480 - 496. doi:10.1128/CMR.11.3.480.
10. Nguyễn Minh Nguyệt. Manifestations in fatal Vietnamese dengue cases at the Hospital for Tropical Diseases between 2008 and 2012. Luận án tiến sĩ Y học.pdf.
11. Woon YL, Hor CP, Hussin N, et al. A Two-Year Review on Epidemiology and Clinical Characteristics of Dengue Deaths in Malaysia, 2013-2014. Gubler DJ, ed. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016; 10 (5): e0004575. doi:10.1371/journal.pntd.0004575.
12. Kumaria R. Correlation of disease spectrum among four Dengue serotypes: a five years hospital based study from India. *Braz J Infect Dis Off Publ Braz Soc Infect Dis*. 2010; 14 (2): 141 - 146.
13. Saddique A, Rana MS, Alam MM, et al. Emergence of co-infection of COVID-19 and dengue: A serious public health threat. *J Infect*. 2020; 81 (6): e16 - e18. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.009.
14. Ng TC, Teo CH, Toh JY, et al. Factors influencing healthcare seeking in patients with dengue: Systematic review. *Trop Med Int Health*. 2022; 27 (1): 13 - 27. doi:10.1111/tmi.13695.
15. Krisnian T, Alisjahbana B, Afriandi I. Treatment Seeking Patterns among Dengue Fever Patients: A Qualitative Study. *Althea Med J*. 2017; 4 (3): 369 - 374.
16. Tan Q, Hildon ZJL, Singh S, et al. Comparing patient and healthcare worker experiences during a dengue outbreak in Singapore: understanding the patient journey and the introduction of a point-of-care test (POCT) toward better care delivery. *BMC Infect Dis*. 2017; 17 (1): 503. doi:10.1186/s12879-017-2580-9.
17. Freitas DA de, Souza-Santos R, Wakimoto MD. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24 (4): 1507 - 1516. doi:10.1590/1413-81232018244.11252017.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FATAL DENGUE CASES IN HO CHI MINH CITY, 2016–2022

Truong Thi Kim Nguyen¹, Phung Khanh Lam², Tran Thi Ai Huyen¹,
Mai Thanh Buu¹, Do Kien Quoc³, Nguyen Tu Anh¹, Nguyen Phuc Tai¹,
Le Thi Anh Tuyet¹, Nguyen Hoai Thao Tam¹, Le Hong Nga¹

¹*Ho Chi Minh City Center for Disease Control*

²*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City*

³*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

This study describes the epidemiological characteristics of fatal dengue cases in Ho Chi Minh City from 2016 to 2022. A total of 74 deaths were analyzed using medical records and case reports, alongside in-depth interviews with relatives of 15 patients who died in 2022. The highest number of deaths occurred in 2022 (n=29, 39.2%). The majority of deaths were reported in suburban areas (54/74, 73%). The median age was 22 years (IQR 10–36), with individuals aged >15 years accounting for 55.4% (41/74). The median delay in seeking care was three days. Common symptoms included fever (100%), lethargy (60.8%), vomiting (52.7%), hepatomegaly (48.7%), and petechiae (48.7%). The main complications were multiorgan failure (75.7%) and severe

bleeding (60.8%). Risk factors were present in 59.5% (44/74), most commonly obesity (50%), comorbidities (38.6%), obesity with comorbidities (6.8%), and pregnancy (4.6%). Reasons for delayed consultation included underestimation of illness severity (53.8%) and lack of warning sign guidance during outpatient management (37.5%). Delayed healthcare seeking, insufficient patient guidance, obesity, and comorbidities were identified as key contributing factors. Strengthening patient education on warning signs and disease progression at healthcare facilities is essential, particularly in suburban areas.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever; mortality; epidemiology; barriers

Kiến thức, Thái độ, Thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống bệnh than của người dân huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang, năm 2023

Phạm Mai Oanh¹, Phạm Văn Khang², Hoàng Thị Thu Hà², Lương Minh Hoà², Lương Minh Tân⁵, Nguyễn Thị Lan Phương², Khương Thị Tâm², Nguyễn Thị Minh⁴, Nguyễn Thị Thu Hương², Lê Hải Đăng², Trần Thị Mai Hưng⁶, Jason K. Blackburn³, Trần Như Dương², Phạm Quang Thái^{1,2}

¹*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương*

³*Đại học Florida, thành phố Gainesville, bang Florida, Hoa Kỳ*

⁴*Bệnh viện Nhi Trung ương*

⁵*Trường Đại học Y tế công cộng*

⁶*Công ty TNHH Sanofi – Aventis Việt Nam*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 206 người dân tại huyện Mèo Vạc, Hà Giang nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về bệnh than và xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống bệnh. Kết quả cho thấy, trong nhóm người dân đã từng nghe về bệnh than, tỷ lệ có kiến thức đạt và thái độ tích cực tương đối cao (> 60,0% và 77,1%). Tuy nhiên, tính trên toàn bộ đối tượng, chỉ 28,6 % lựa chọn đúng các biện pháp thực hành dự phòng. Người trong nhóm tuổi 41-50 có khả năng thực hành phòng chống bệnh đúng cao hơn 3,1 lần so với nhóm 18-30 tuổi (95% CI: 1,1-8,2), trong khi nhóm 51-60 tuổi có khả năng cao hơn 3,7 lần (95% CI: 1,2-11,0). Người dân từng nghe về bệnh than lựa chọn đúng các biện pháp thực hành dự phòng bệnh than cao hơn 2,3 lần so với nhóm chưa nghe (95% KTC: 1,2 - 4,2). Cần có biện pháp truyền thông nâng cao nhận thức cho người dân về các biện pháp thực hành phòng bệnh than phù hợp văn hóa, ngôn ngữ của người H'Mông tại từng địa phương.

Từ khóa: Bệnh than, anthrax, Mèo Vạc, Hà Giang, ếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh than (nhiệt thán) là một bệnh truyền nhiễm lây truyền từ động vật sang người do vi khuẩn *Bacillus anthracis* gây ra thông qua tiếp xúc với động vật nhiễm bệnh hoặc các sản phẩm từ động vật nhiễm bệnh [1, 2]. Bệnh than lây qua ba đường chính: da, tiêu hóa và hô hấp, trong đó, thể hô hấp có tỷ lệ tử vong lên đến 85-90% [3, 4]. Hàng năm, trên thế giới ghi nhận khoảng 20.000 đến 100.000 trường hợp bệnh than ở động vật và khoảng 1,8 tỷ người

sinh sống ở những khu vực nguy cơ cao, chủ yếu ở vùng nông thôn và miền núi [4, 5]. Tại Việt Nam, bệnh than là một trong năm bệnh lây truyền từ động vật sang người được ưu tiên giám sát liên ngành y tế - thú y theo Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT giữa Bộ Y tế và Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn. Bệnh được báo cáo chủ yếu ở các tỉnh Trung du và miền núi phía Bắc [6].

Một số nghiên cứu ở quốc gia khác đã chỉ ra tỷ lệ có kiến thức đúng, thái độ tích cực và thực hành đúng các biện pháp dự phòng bệnh

*Tác giả: Phạm Quang Thái

Địa chỉ: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Số điện thoại: 0913 092 777

Email: phamquangthai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

than, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về bệnh than được thực hiện, đặc biệt trên người dân tộc thiểu số. Các nghiên cứu trong nước về bệnh than chủ yếu mới tập trung mô tả đặc điểm dịch tễ học hoặc báo cáo loạt ca bệnh [6, 7]. Nghiên cứu tại Ethiopia và Kenya cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức đầy đủ về bệnh than trong khoảng 50-60%, khoảng 50% có thái độ tích cực và 35-40% có thực hành phòng ngừa tốt. Một số yếu tố liên quan đến thực hành dự phòng bệnh than gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, và thái độ về bệnh than [8, 9].

Thông tin về tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ và thực hành phòng bệnh đúng sẽ giúp cho việc thiết kế các hoạt động can thiệp truyền thông hiệu quả hơn, đặc biệt tại cộng đồng dân tộc thiểu số. Xuất phát từ thực tiễn này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh than đồng thời xác định một số yếu tố liên quan tới thực hành phòng chống bệnh than ở người dân huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2023.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đại diện các hộ gia đình trong địa bàn các xã được chọn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người từ đủ 18 tuổi trở lên, là chủ hộ hoặc người biết nhiều thông tin trong hộ gia đình.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người có tình trạng tâm thần không ổn định.

Người sử dụng chất kích thích (rượu, bia...) không đảm bảo cho quá trình trả lời các thông tin theo bộ câu hỏi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang. Huyện Mèo Vạc là huyện vùng cao, nơi có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống và đã từng xảy ra ổ dịch than với nhiều bệnh nhân [7].

Thời gian: từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ với sai số tuyệt đối:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; d: Sai số tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,07$; p là tỷ lệ người có thực hành đúng về bệnh than ở một nghiên cứu trước đó. Chọn $p = 0,358$ theo nghiên cứu của Dereje Mesfin [8]; Với các giá trị đã chọn, cỡ mẫu tối thiểu là 180, trên thực tế có 206 đối tượng tham gia phỏng vấn.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu có chủ đích kết hợp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo nhiều giai đoạn.

Giai đoạn 1: Chọn xã có chủ đích dựa trên lịch sử báo cáo bệnh than và mật độ dân cư. Theo đó, lựa chọn 5 xã đã từng ghi nhận bệnh than và có mật độ dân cư cao nhất tại huyện Mèo Vạc cũng như có tính đại diện về dân tộc, tình trạng kinh tế chung của huyện.

Giai đoạn 2: tại mỗi xã, chọn ngẫu nhiên thôn trong mỗi xã. Nếu một thôn không đủ số lượng hộ gia đình cần thiết thì chọn thêm thôn số hai của xã.

Giai đoạn 3: tại mỗi thôn, đại diện các hộ gia đình thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia được mời vào nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Kiến thức, đánh giá mức độ hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về bệnh than (nguyên nhân, đường lây, dấu hiệu nhận biết, biện pháp dự phòng).

Thái độ, đánh giá quan điểm về mức độ nguy hiểm của bệnh và tầm quan trọng của tiêm vắc xin phòng bệnh cho gia súc.

Thực hành, đánh giá các hành động mà đối tượng nghiên cứu tự báo cáo đã thực hiện khi gia súc ốm, chết không rõ nguyên nhân hoặc khi có thành viên trong gia đình mắc bệnh.

Các biến số được lượng hóa bằng cách cho điểm, tính tổng điểm từng phần và phân loại Kiến thức đạt / Thái độ tích cực / Thực hành đúng khi tổng điểm từng phần đạt từ 50% trở lên.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người tham gia thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, được xây dựng và điều chỉnh dựa trên bộ câu hỏi kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh than tại Georgia [10]. Bộ công cụ được tùy chỉnh cho phù hợp điều kiện của Việt Nam, được hoàn thiện và thử nghiệm tại thực địa trước khi sử dụng cho nghiên cứu này. Cán bộ phiên dịch tiếng H'Mong đi cùng nhóm điều tra trong trường hợp người tham gia không trả lời được bằng tiếng Việt.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin điều tra được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 15.0. Mô tả biến định tính bằng tần số, tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng bằng trung bình và độ lệch chuẩn; phân tích hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa thực hành dự phòng bệnh than và đặc điểm nhân khẩu học; kiến thức; thái độ của người dân về bệnh than. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng cho khác biệt có ý nghĩa.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được thông báo đầy đủ mục đích và các thông tin liên quan về nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được mã hóa và đảm bảo tính bảo mật. Nghiên cứu đã được chấp thuận theo Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, số HĐĐĐ-08/2023 ngày 31/5/2023.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=206)

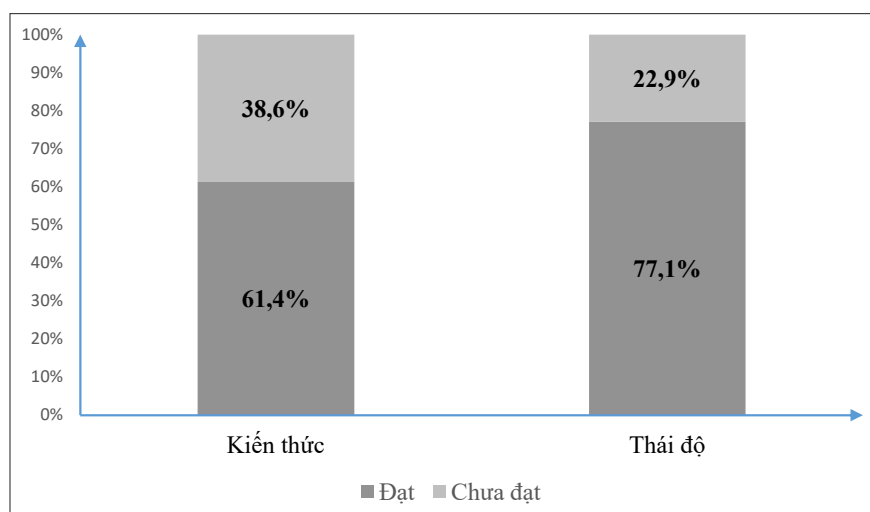
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
18-30	52	25,2
31-40	77	37,4
41-50	42	20,4
50-60	25	12,1
Trên 60	10	4,9
Giới tính		
Nam	108	52,4
Nữ	98	47,6
Dân tộc		
Mông	200	97,1
Khác	6	2,9
Nghề nghiệp		
Nông dân	200	97,1
Khác (công nhân, học sinh)	6	2,9

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=206) (tiếp)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn		
Không đi học	124	60,2
Cấp 1	26	12,6
Cấp 2	42	20,4
Từ cấp 3 trở lên	14	6,8
Loại nhà ở		
Nhà đất	79	38,3
Nhà sàn	27	13,2
Nhà cấp 4	100	48,5
Loại nhà vệ sinh		
Không có nhà vệ sinh	132	64,1
Vệ sinh xả thẳng ra suối, vườn	31	15,0
Vệ sinh 1-2 ngăn	28	13,6
Vệ sinh tự hoại	15	7,3

Nghiên cứu được thực hiện trên 206 người dân tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang. Chủ yếu các đối tượng nghiên cứu tập trung trong độ tuổi từ 31-40 (37,4%); tỷ lệ nam giới (52,4%) cao hơn nữ giới (47,6%). Hầu hết các đối tượng là người dân tộc H'Mông (97,1%); nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, chiếm 97,1%. Trình độ

học vấn của các đối tượng phân bố không đồng đều ở các cấp học, 60,2% người dân không đi học và chỉ có 6,8% tốt nghiệp cấp 3 trở lên. Loại nhà ở chủ yếu là nhà cấp 4 (48,5%); đa số các hộ gia đình không có nhà vệ sinh (64,1%); số hộ có nhà vệ sinh tự hoại chỉ chiếm 7,3%.

**Hình 1. Kiến thức và thái độ về bệnh than của người dân huyện Mèo Vạc (n=70)**

Kết quả điều tra cho thấy trong số những người đã biết về bệnh than, có hơn 60% người dân có kiến thức đạt về bệnh và 77,1% đối tượng thể hiện thái độ tích cực đối với bệnh.

Bảng 2. Thực hành dự phòng bệnh than người dân huyện Mèo Vạc (n=206)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thực hành đúng	59	28,6
Thực hành chưa đúng	147	71,4

Trong tổng số 206 người tham gia nghiên cứu, tỷ lệ người dân có thực hành đúng về dự phòng bệnh than chỉ chiếm 28,6%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành dự phòng bệnh than của người dân (n=206)

Yếu tố liên quan	Thực hành		OR (95% KTC)
	Chưa đúng (tần số, %) (N = 147)	Đúng (tần số, %) (N = 59)	
Nhóm tuổi			
18-30	44 (84,6)	8 (15,4)	1
31-40	54 (70,1)	23 (29,9)	2,34 (0,9 - 5,7)
41-50	27 (64,3)	15 (35,7)	3,1* (1,1 - 8,2)
50-60	15 (60,0)	10 (40,0)	3,7* (1,2 - 11,0)
Trên 60	7 (70,0)	3 (30,0)	2,4 (0,5 - 11,1)
Trình độ học vấn			
Không đi học	78 (62,9)	46 (37,1)	1
Cấp 1	22 (84,6)	4 (15,4)	0,3* (0,1 - 0,9)
Cấp 2	36 (85,7)	6 (14,3)	0,3* (0,1 - 0,7)
Từ cấp 3 trở lên	11 (78,6)	3 (21,4)	0,5 (0,1 - 1,7)
Hiểu biết về bệnh			
Chưa từng nghe về bệnh	105 (77,2)	31 (22,8)	1
Đã từng nghe về bệnh	42 (60,0)	28 (40,0)	2,3* (1,2 - 4,2)

*: có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Nhóm tuổi từ 41-50 có khả năng thực hành dự phòng bệnh đúng cao hơn 3,1 lần so với nhóm 18-30 tuổi (95% KTC: (1,1 - 8,2). Tương tự, nhóm 51-60 tuổi cao hơn 3,7 lần (95% KTC: 1,2 - 11,0). Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 1 và cấp 2 có khả năng thực hành dự phòng bệnh đúng chỉ bằng 0,3 lần so với những người không đi học (95% KTC: 0,1 - 0,9). Những người đã từng nghe về bệnh than

có khả năng thực hành dự phòng bệnh đúng cao hơn 2,3 lần so với những người chưa từng nghe về bệnh (95% KTC: 1,2 - 4,2).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số những người đã từng nghe về bệnh than, có

hơn 60% có mức kiến thức đạt về bệnh. Kết quả này tương đồng so với một số nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ người dân có kiến thức đạt về bệnh than tại Kenya, Ethiopia và Uganda dao động từ 53,8% đến 77% [8, 11, 12] 2018, news media reported suspected anthrax in a remote southern Kenyan village after villagers became ill following consumption of meat from a dead cow that was confirmed, by microscopy, to have died of anthrax. We assessed community knowledge, attitude and practices (KAP. Điều này là phù hợp với thực tế bởi đánh giá kiến thức về bệnh than khảo sát trong nhóm đối tượng đã từng nghe về bệnh, do đó tỷ lệ người dân có kiến thức đạt về bệnh khá cao. Tuy nhiên trong đó vẫn còn khoảng gần 40% đối tượng chưa có hiểu biết đầy đủ về bệnh bởi vì đa số các đối tượng tham gia nghiên cứu đều không đi học, chủ yếu người dân thuộc dân tộc H'Mông - dân tộc thiểu số nên khả năng tiếp cận với truyền thông về bệnh than cũng như các biện pháp phòng bệnh còn hạn chế do các rào cản về địa lý, phong tục, tập quán, ngôn ngữ.

Tỷ lệ người dân có thái độ tích cực về bệnh than trong nhóm đã từng nghe về bệnh đạt 77,1%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Dereje Mesfin và Kibeb Seid tại hai vùng Tây Bắc và Đông Bắc Ethiopia, tỷ lệ người dân có thái độ tích cực về bệnh than lần lượt là 48% và 53% [8, 11]. Sự chênh lệch này có thể do sự khác nhau giữa các biến số thành phần của bộ công cụ đánh giá mà nghiên cứu sử dụng. Trong số các biến số này, tỷ lệ cao người dân có thái độ tương đối tốt về mức độ nguy hiểm của bệnh và tầm quan trọng của việc tiêm phòng vắc-xin cho gia súc, dẫn tới tỷ lệ có thái độ tốt chung cao hơn trong các nghiên cứu khác.

Đánh giá thực hành của người dân huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang đối với việc dự phòng bệnh than, chỉ hơn 28% đối tượng nghiên cứu có thực hành đúng, tỷ lệ này thấp hơn so với đánh giá tại miền Nam Kenya (khoảng 43%) [9]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dịch tễ học của bệnh than tại huyện Mèo Vạc, nơi bệnh không xảy ra rộng khắp mà chủ yếu tập trung tại một số thôn/xã nhất định. Ngoài ra, các hộ gia đình thường sinh sống rải

rác, cách xa nhau, làm giảm cơ hội tiếp cận thông tin từ cộng đồng. Điều này có thể dẫn đến sự hạn chế trong thực hành phòng bệnh ở các thôn chưa từng ghi nhận ca bệnh. Do đó, cần tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh than, không chỉ tập trung vào các khu vực có ca bệnh mà còn mở rộng đến các thôn lân cận để nâng cao nhận thức và thực hành phòng bệnh trong cộng đồng. Hơn nữa, sự khác biệt về nền tảng văn hóa, hình thức chăn nuôi giữa các quốc gia cũng có thể góp phần vào sự chênh lệch này.

Kết quả cho thấy các yếu tố tuổi, trình độ học vấn và tỷ lệ người đã nghe về bệnh than có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành dự phòng bệnh than của người dân. Cụ thể, người trong độ tuổi trung niên (41-60) có xu hướng thực hành dự phòng tốt hơn so với nhóm trẻ hơn, những người học cấp 1 và cấp 2 có khả năng thực hành đúng thấp hơn so với người không đi học. Điều này có thể được lý giải bởi đặc thù quần thể nghiên cứu: phần lớn những người không đi học thuộc nhóm trên 30 tuổi. Mặc dù không được tiếp cận giáo dục chính quy nhưng họ có thể đã từng chứng kiến hoặc trực tiếp trải qua các đợt bùng phát bệnh than trong quá khứ, từ đó tích lũy kinh nghiệm thực tiễn và áp dụng các biện pháp dự phòng hiệu quả hơn so với nhóm trẻ tuổi, vốn còn ít kinh nghiệm thực tế. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Kibeb Seid, tỷ lệ thực hành dự phòng bệnh than đạt cao hơn ở những chủ vật nuôi đã hoàn thành bậc tiểu học (OR: 3,6; 95% KTC: 1,7 - 4,4) hoặc trung học cơ sở trở lên (OR: 4,24; 95% KTC: 1,6 - 11,1) so với những người không biết đọc và viết [11]. Tương tự, theo Dereje Mesfin những người có khả năng đọc và viết, tỷ lệ thực hành phòng ngừa bệnh than đúng cao hơn khoảng 1,5 lần so với những người không thể đọc và viết (95% KTC: 1,08 - 2,03), nhóm tuổi 31 - 41 có tỷ lệ thực hành tốt về dự phòng bệnh than cao hơn khoảng 2 lần so với nhóm trên 42 tuổi (95% KTC: 1,37 - 2,29) [8]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng đối tượng nghiên cứu đã từng nghe về bệnh than có khả năng thực hành dự phòng bệnh đúng cao hơn 2,3 lần so với những đối tượng chưa từng nghe về bệnh (95% KTC: 1,2

- 4,2). Điều này là hoàn toàn phù hợp với thực tế bởi vì đã biết về bệnh thì người dân có thể có khả năng thực hiện các biện pháp dự phòng đúng về bệnh. Tuy nhiên, một điểm đáng lưu ý là vẫn có một tỷ lệ nhỏ (hơn 22%) người chưa từng nghe về bệnh nhưng lại có thực hành đúng, điều này phản ánh sự đứt gãy trong chuỗi kiến thức – thái độ – thực hành. Mặc dù chưa có kiến thức cụ thể về bệnh than nhưng những người này vẫn duy trì được hành vi đúng, có thể là do kinh nghiệm cá nhân, sự truyền miệng trong cộng đồng, hoặc học hỏi từ các chương trình phòng chống dịch bệnh khác có biện pháp tương tự. Bên cạnh đó, các yếu tố môi trường xã hội như thói quen cộng đồng, quan sát hành vi của người xung quanh, hoặc ảnh hưởng từ trường thôn, thú y, người có uy tín cũng có thể đóng vai trò hình thành hành vi đúng mà không cần qua bước tiếp nhận kiến thức đầy đủ. Do đó, trong các chương trình truyền thông, cần không chỉ tập trung vào việc nâng cao kiến thức mà còn phải phát hiện và củng cố các hành vi đúng sẵn có trong cộng đồng.

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế, thứ nhất nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, do đó có thể chưa đảm bảo tính đại diện hoàn toàn cho quần thể người dân huyện Mèo Vạc. Tuy nhiên, trong bối cảnh địa phương, việc áp dụng các phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có thể gặp nhiều khó khăn do đặc điểm sinh sống phân tán trên địa bàn rộng, cùng với thói quen canh tác du canh của người H'Mông. Thứ hai, nghiên cứu chỉ đánh giá kiến thức và thái độ đối với nhóm người dân đã từng nghe về bệnh than, do đó không phản ánh được toàn diện mức độ nhận thức trong toàn bộ cộng đồng dân cư. Thứ ba, sự đa dạng về ngôn ngữ trong cộng đồng người H'Mông có thể gây khó khăn trong quá trình thu thập dữ liệu. Ngoài ra, một số người dân chưa thực sự cởi mở khi tham gia phỏng vấn, ảnh hưởng đến tính chính xác và đầy đủ của thông tin thu thập được. Mặc dù còn một số hạn chế, nghiên cứu thí điểm này đã cung cấp những bằng chứng khoa học quan trọng, góp phần định hướng các chương trình can thiệp phù hợp nhằm nâng cao nhận thức, cải thiện thực hành phòng chống bệnh than trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang cho thấy trong nhóm người dân đã từng nghe về bệnh than có tỷ lệ kiến thức, thái độ về bệnh tương đối cao (61,4 % có kiến thức tốt, 77,1 % có thái độ tích cực). Tuy nhiên, tính trên toàn bộ người tham gia khảo sát, tỷ lệ thực hành đúng về dự phòng bệnh vẫn còn hạn chế (28,6%). Nghiên cứu đã chỉ ra một số yếu tố liên quan đến thực hành dự phòng bệnh than của người dân, bao gồm nhóm tuổi lớn (41-60); không đi học và đã từng nghe về bệnh than có thực hành phòng bệnh tốt hơn. Để phòng chống bệnh than, cần tăng cường các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp với văn hóa, ngôn ngữ và phong tục của người H'Mông bản địa, đồng thời triển khai các can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người dân.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các cán bộ tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Hà Giang và Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã tạo điều kiện giúp đỡ hoàn thành nghiên cứu này, Đại học Florida, Hoa Kỳ đã tài trợ nghiên cứu bằng nguồn kinh phí (DTRA grant #HDTRA12010003) của Cơ quan giám thiểu nguy cơ quốc phòng Hoa Kỳ (DTRA). DTRA không tham gia vào thiết kế nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu, chuẩn bị bản thảo bài báo và quyết định công bố bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Centers for Disease Control and Prevention. About Anthrax. Truy cập ngày 02/10/2023.
2. Centers for Disease Control and Prevention. What is Anthrax? Truy cập ngày 14/11/2023 <https://www.cdc.gov anthrax/basics/index.html>.
3. Navdarashvili AN, Doker TJ, Geleishvili M, et al. Human anthrax outbreak associated with livestock exposure: Georgia, 2012. *Epidemiology & Infection*. 2016; 144 (1): 76 – 87.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Anthrax - Is At Risk. Truy cập ngày 02/10/2023. <https://www.cdc.gov anthrax/basics/anthrax-history.html>.
5. Carlson CJ, Kracalik IT, Ross N et al. The global distribution of *Bacillus anthracis* and associated

- anthrax risk to humans, livestock and wildlife. *Nat Microbiol.* 2019; 4 (8): 1337 – 1343.
6. Walker MA, Tan LM, Dang LH, et al. Spatiotemporal Patterns of Anthrax, Vietnam, 1990–2015. *Emerging Infectious Diseases journal.* 2022; 11 (28): 1882 - 1888.
 7. Phạm Văn Khang, Đặng Đức Anh, Hoàng Thị Thu Hà, và cộng sự. Thực trạng bệnh than trên người, động vật và môi trường tại tỉnh Hà Giang, Sơn La năm 2010 - 2022. *Tạp Chí Y học Dự phòng.* 2023; 33 (1): 48 – 57.
 8. Mesfin D, Mulatu K, Birara A, et al. Anthrax prevention practice and associated factors among farmers in Farta district, South Gondar, Amhara region, Northwest Ethiopia. *Heliyon.* 2021; 7 (12): e08531.
 9. Mbai JM, Omolo JO, Wamamba D, et al. Assessment of knowledge, attitudes and practices towards anthrax in Narok County, Southern Kenya. *Pan African Medical Journal.* 2021; 38 (1).
 10. Traxler RM, Napetvaridze T, Asanishvili Z, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to anthrax and animal care: A case-control study in Georgia. *PLOS ONE.* 2019; 14 (10): e0224176.
 11. Seid K, Shiferaw AM, Yesuf NN, et al. Livestock owners' anthrax prevention practices and its associated factors in Sekota Zuria district, Northeast Ethiopia. *BMC Veterinary Research.* 2020; 16.
 12. Senyange S, Nsubuga EJ, Kadobera D, et al. (2022). Knowledge, Attitudes and Practices regarding Anthrax among affected communities in Kazo District, South-western Uganda, May. 2022; 7(3).

KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES REGARDING ANTHRAX AMONG RESIDENTS OF MEO VAC DISTRICT, HA GIANG PROVINCE IN 2023, AND SOME RELATED FACTORS

Pham Mai Oanh¹, Pham Van Khang², Hoang Thi Thu Ha², Luong Minh Hoa², Luong Minh Tan², Nguyen Thi Lan Phuong², Khuong Thi Tam², Nguyen Thi Minh⁴, Nguyen Thi Thu Huong², Le Hai Dang², Tran Thi Mai Hung², Jason K. Blackburn³, Tran Nhu Duong², Pham Quang Thai^{1,2}

¹*School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University, Hanoi, Vietnam*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi, Vietnam*

³*University of Florida, Gainesville, Florida, United States*

A cross-sectional descriptive study was conducted on 206 residents in Meo Vac district, Ha Giang, to describe the knowledge, attitudes, practices, and some factors related to the prevention of anthrax. Among participants who had heard of anthrax, the level of knowledge was relatively high, with over 60% demonstrating adequate understanding, and 77.1% expressing positive attitudes towards the disease. However, across the entire study population, only 28.6% reported practicing proper preventive measures. Participants aged 41-50 were 3.1 times more likely to practice correct anthrax prevention than those aged 18-30 (95% CI: 1.1 – 8.2); those aged 51-60 were 3.7 times more likely (95% CI: 1.2 –

11.0). Individuals with primary and secondary education were less likely to practice proper anthrax prevention compared to those with no education (OR: 0.3; 95% CI: 0.1 – 0.9 and OR: 0.3; 95% CI: 0.1 – 0.7). Those who had heard about anthrax were 2.3 times more likely to practice correct prevention than those who had not (95% CI: 1.2 – 4.2). There is a need for health education activities that are culturally, linguistically, and customarily appropriate for the H'Mong people to enhance knowledge and practice for anthrax prevention among the population.

Keywords: Anthrax; related factors; Meo Vac; Ha Giang

TỶ LỆ RỐI LOẠN LO ÂU THEO THANG ZUNG (SAS) VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI THỂ CHẤT KHÍ UẤT Ở SINH VIÊN Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Phan Minh Đức, Vũ Hà My*, Nguyễn Thị Ngọc Huyền
Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ rối loạn lo âu và mô tả mối liên quan của nó với thể chất khí uất theo y học cổ truyền ở sinh viên Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Thiết kế mô tả cắt ngang được thực hiện trên 263 sinh viên từ tháng 12/2024 đến tháng 5/2025. Rối loạn lo âu được đo lường bằng theo thang Zung (SAS), thể chất khí uất được xác định bằng bảng hỏi CCMQ. Phân tích số liệu bằng χ^2 test, t-test, Mann–Whitney U và hồi quy logistic đa biến. Kết quả cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu theo thang Zung (SAS) là 30,0%, mức độ nhẹ chiếm đa số (19,8%). Thể chất khí uất chiếm 35,4% sinh viên và chiếm tới 70,9% ở nhóm có rối loạn lo âu. Điểm trung bình các đặc điểm khí uất đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có lo âu ($p < 0,05$). Các triệu chứng nhạy cảm, sợ hãi, chán phiền, căng thẳng, tức ngực và hầu họng vướng có liên quan chặt chẽ đến rối loạn lo âu. Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, thể chất khí uất là yếu tố liên quan mạnh nhất đến rối loạn lo âu ($aOR = 8,61$; KTC 95%: 3,56–20,82). Thể chất khí uất theo YHCT có mối liên quan đáng kể với rối loạn lo âu ở sinh viên y khoa. Kết quả gợi ý giá trị của việc sàng lọc và dự phòng dựa trên thể chất, đồng thời nhấn mạnh ý nghĩa của việc kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại trong quản lý sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: Rối loạn lo âu; thể chất khí uất; Y học cổ truyền; sinh viên y khoa; Zung (SAS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu (RLLA) hiện được xem là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến toàn cầu, với hơn 300 triệu người mắc phải, chiếm khoảng 4% dân số thế giới. Tỷ lệ này có xu hướng tăng nhanh trong ba thập kỷ gần đây, góp phần làm gia tăng gánh nặng bệnh tật chung [1]. Đặc biệt, ở sinh viên ngành y – nhóm đối tượng thường xuyên đối diện áp lực học tập và xã hội – các nghiên cứu gộp quốc tế ghi nhận tỷ lệ RLLA lên tới gần 34% [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về thực trạng lo âu trong sinh viên y khoa được báo cáo với tỉ lệ dao động từ 28,1% đến 77,7% tùy theo bối cảnh và phương pháp nghiên cứu [3, 4]. Một số yếu tố liên quan đến RLLA trên đối tượng này đã được chỉ ra như yếu tố cá nhân, tài chính,

đặc điểm nhân cách, áp lực học tập, tiền sử gia đình, mối quan hệ cá nhân xã hội... [2, 3]. Trong y học cổ truyền (YHCT), thể chất là một yếu tố nền tảng phản ánh sự phối hợp giữa chức năng sinh lý, hình thái cơ thể và trạng thái tinh thần, tâm lý [5, 6]. Thể chất ảnh hưởng đến cảm xúc, hành vi và khả năng phản ứng trước tác nhân gây bệnh, góp phần lý giải sự khác biệt về nguy cơ và biểu hiện bệnh lý giữa các cá thể [7, 8]. Khí là yếu tố căn bản trong duy trì sự sống và điều hòa tâm thần theo lý luận YHCT [9]. Sự vận động của khí trong cơ thể (khí cơ) tuân theo quy luật nhất định, khi bị cản trở hoặc rối loạn nghiêm trọng sẽ dẫn đến tình trạng khí trệ, khí uất, gây ảnh hưởng đến chức năng sinh lý và có thể liên quan đến sự khởi phát của nhiều bệnh lý khác nhau [9]. Khi khí vận hành không thông suốt - gọi là khí uất - sẽ dẫn tới mất cân

*Tác giả: Vũ Hà My

Địa chỉ: Đại học Quốc gia Hà Nội

Số điện thoại: 0972 697 251

Email: hamyvu96@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 24/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

bằng chức năng tạng phủ và rối loạn về tinh thần - cảm xúc [10]. Mặc dù một số nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa thể chất khí uất và tình trạng trầm cảm hoặc mệt mỏi ở sinh viên đại học [11, 12], bằng chứng về mối liên hệ trực tiếp giữa thể chất khí uất và rối loạn lo âu còn rất hạn chế, nhất là trên đối tượng sinh viên y khoa tại Việt Nam. Trong xu hướng kết hợp YHCT với y học hiện đại vào chẩn đoán, phòng bệnh và điều trị, nghiên cứu tiến hành nhằm xác định tỷ lệ sinh viên mắc RLLA ở sinh viên trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN và mô tả mối liên quan giữa thể chất khí uất theo YHCT với RLLA.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sinh viên hệ chính quy chuyên ngành Y khoa, từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu đang học trực tiếp tại trường và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên bảo lưu hoặc không điền đủ thông tin trong phiếu điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội từ tháng 12/2024 đến tháng 05/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tối thiểu tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu gồm một mẫu, xác định một tỷ lệ và sử dụng sai số tuyệt đối:

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

Trong đó: $Z=1,96$ (chọn $\alpha=0,05$, độ tin cậy 95%), $d=0,06$, $p=0,3$ (ước lượng tỷ lệ lo âu ở

sinh viên từ nghiên cứu trước [3]). Thay số vào công thức, tính được $n=225$. Thực tế có 263 sinh viên tham gia nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Nhóm nghiên cứu gửi công văn, nhờ Phòng Công tác Sinh viên hỗ trợ chuyển tiếp thông báo và phiếu khảo sát trực tuyến qua hệ thống email trường dành cho sinh viên. Đồng thời, thông báo được đăng tải trên nhóm lớp và bảng tin điện tử. Sinh viên tham gia trên cơ sở tự nguyện, mỗi tài khoản email trường chỉ được phép nộp một phiếu hợp lệ. Mỗi sinh viên chỉ được tham gia một lần trong suốt thời gian thu thập số liệu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới. Nghiên cứu lựa chọn trình bày tuổi và giới vì đây là hai biến nhân khẩu học cơ bản, thường dùng trong so sánh dịch tễ quốc tế, và giới đã được chứng minh có liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Tình trạng RLLA theo thang đo lo âu tự đánh giá (Self-Rating Anxiety Scale - SAS) được thiết kế bởi giáo sư tâm thần học William W.K. Zung từ Đại học Duke vào năm 1971 [13]. Thang đo Zung gồm 20 nhận định tự đánh giá của người bệnh, về triệu chứng trong 1 tuần qua, chia thành 4 nhóm: nhận thức, thần kinh tự chủ, vận động, và thần kinh trung ương, mỗi câu được chấm từ 1 đến 4 điểm. Tổng điểm dao động 20–80, qua đó phân loại thành các mức độ lo âu: ≤ 40 (không lo âu), 41–50 (nhẹ), 51–60 (vừa), 61–70 (nặng) và 71–80 (rất nặng). Thang đo này đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới cũng như tại Việt Nam, và nằm trong danh mục kỹ thuật được phép sử dụng trong ngành tâm thần theo Thông tư 43/2013 của Bộ Y tế. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chứng minh thang SAS có độ tin cậy và giá trị hội tụ tốt (Cronbach's alpha 0,79–0,89).

Một số yếu tố tâm lý, xã hội liên quan: Khó khăn tài chính, Thi/học lại, Lo lắng sau tốt nghiệp, Thói quen tập thể dục ≥ 5 lần/tuần, Chia sẻ với gia đình, Bị đe dọa/cô lập.

Dạng thể chất khí uất theo YHCT: Dựa trên phân loại thể chất khí uất trong bộ công cụ CCMQ (Constitution in Chinese Medicine Questionnaire – Bảng hỏi phân loại các dạng thể chất theo YHCT) gồm 60 mục, chia 9 thể chất [14]. Tại Việt Nam công cụ này đã được dịch, chuẩn hóa với hệ số Cronbach's alpha 0,70–0,83, độ tin cậy kiểm tra lặp lại 0,63–0,90 cho từng dạng thể chất và 0,40–0,68 cho từng câu hỏi trong 60 mục [15]. Thể chất khí uất gồm 7 mục (chán phiền, căng thẳng, nhạy cảm, dễ sợ hãi, tức ngực, hay thở dài, hầu họng vướng). Mỗi mục chấm 1–5 điểm (tương ứng tần suất xuất hiện “không có” đến “luôn luôn”). Điểm thể chất được chuẩn hóa về thang 0–100 theo công thức: Điểm điều chỉnh = (Tổng điểm – số mục)/(số mục × 4). Phân loại: Khí uất rõ rệt: Điểm điều chỉnh ≥ 40 ; Dễ có khí uất: Điểm điều chỉnh từ 30 – 39, Không có khí uất: Điểm điều chỉnh < 30 [14, 15]. Trong phân tích từng đặc điểm, mỗi mục (1–5 điểm) được quy đổi thành biến nhị thức: điểm 1–2 (‘không’, ‘hiếm khi’) là không có triệu chứng; điểm 3–5 (‘ít’, ‘thỉnh thoảng’, ‘luôn luôn’) là có triệu chứng.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi có cấu trúc, tự điền trực tuyến trên nền tảng Google Forms, có cài đặt câu hỏi bắt buộc không được bỏ trống, giới hạn 1 lần trả lời cho mỗi tài khoản.

Quy trình thu thập số liệu: Người nghiên cứu gửi đường dẫn khảo sát trực tuyến cho sinh viên, đồng thời giám sát tiến độ và kiểm tra dữ liệu để hạn chế thiếu sót. Phiếu khảo sát không hợp lệ (không đầy đủ thông tin, điền trùng lặp) đã bị loại bỏ.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch bằng Microsoft Excel. Phân tích số liệu bằng SPSS phiên bản 26.0. Kết quả được trình bày theo tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị lớn nhất, giá

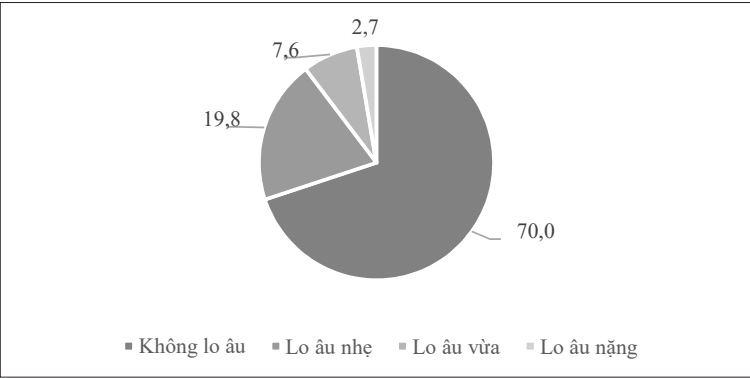
trị nhỏ nhất so sánh tỷ lệ bằng χ^2 test, so sánh hai giá trị trung bình với t-test (biến phân phối chuẩn) và bằng Mann-Whitney U (biến phân phối không chuẩn). Mối liên quan giữa thể chất khí uất và rối loạn lo âu được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến có kiểm soát các yếu tố đồng biến. Các biến được đưa vào mô hình đa biến khi có $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến (Hosmer & Lemeshow, 2013; Bursac et al., 2008) hoặc dựa trên cơ sở lý thuyết dịch tễ và các nghiên cứu trước về sức khỏe tâm thần ở sinh viên y khoa. Đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra bằng Collinearity Statistics trong SPSS với Tolerance 0,80–0,97 và VIF 1,04–1,25. Cỡ mẫu $n = 263$, lớn hơn 10 lần số biến trong mô hình, bảo đảm độ tin cậy của ước lượng. Thể chất khí uất được phân loại là có khí uất khi điểm điều chỉnh ≥ 30 (bao gồm nhóm ‘dễ có’ và ‘rõ rệt’), và không khí uất khi điểm < 30 ; tình trạng rối loạn lo âu được nhị phân hóa từ thang SAS với ngưỡng có lo âu khi điểm ≥ 41 và không lo âu khi điểm ≤ 40 .

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội phê duyệt và giao đề tài theo Quyết định số 3056/QĐ-ĐHYD ngày 31/12/2024. Tất cả sinh viên được cung cấp thông tin nghiên cứu trước khi tham gia và thể hiện sự đồng ý bằng cách click chọn vào ô ‘Tôi đồng ý tham gia’ trên phiếu khảo sát. Dữ liệu được thu thập, lưu trữ và phân tích hoàn toàn bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Các trường hợp có điểm SAS ≥ 61 (tương ứng lo âu nặng) được gửi khuyến nghị liên hệ Phòng Công tác sinh viên và Hội sinh viên của trường để được hỗ trợ tiếp theo.

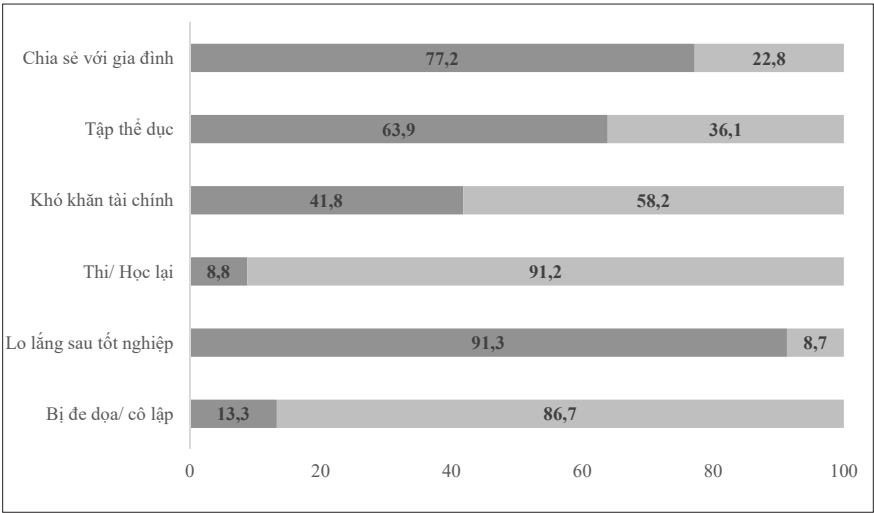
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 263 sinh viên đang học tại trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội có tuổi trung bình $20,7 \pm 1,7$ (18 - 25 tuổi), tỉ lệ nữ/ nam là 2,5.



Hình 1. Tỷ lệ RLLA tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025 (n=263)

Tỷ lệ sinh viên có RLLA chiếm 30,0%, trong đó 2,7% có lo âu nặng.



Hình 2. Tỷ lệ khảo sát các yếu tố liên quan rối loạn lo âu tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025 (n = 263)

Tỷ lệ sinh viên tham gia nghiên cứu lo lắng sau tốt nghiệp là 91,3%, gặp khó khăn tài chính là 41,8%, bị đe dọa hoặc cô lập là 13,3%, học lại hoặc thi lại là 8,8%. Ngoài ra có 77,2% thường xuyên chia sẻ với gia đình và 63,9% tập thể dục.

Bảng 1. Phân bố thể chất khí uất theo mức độ rối loạn lo âu tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025

Thể chất khí uất	Không lo âu (n=184)	Lo âu nhẹ (n=52)	Lo âu vừa (n=20)	Lo âu nặng (n=7)	Tổng (n=263)
Không khí uất	94 (93,1%)	7 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	101
Dễ có khí uất	53 (76,8%)	14 (20,3%)	2 (2,9%)	0 (0%)	69
Khí uất	37 (39,8%)	31 (33,3%)	18 (19,4%)	7 (7,5%)	93

Tỷ lệ lo âu ở toàn bộ mẫu là 30,0% (79/263). Sinh viên không khí uất hầu hết không lo âu (93,1%), chỉ 6,9% có lo âu nhẹ và không ghi nhận lo âu vừa hoặc nặng. Trong nhóm dễ có

khí uất, 23,2% có lo âu (chủ yếu lo âu nhẹ). Có tới 70,9% sinh viên thuộc nhóm khí uất rõ rệt có lo âu, trong đó 26,9% ở mức lo âu vừa và nặng.

Bảng 2. So sánh điểm trung bình đặc điểm thể chất khí uất theo bộ câu hỏi CCMQ ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025

Đặc điểm	Có lo âu ($\pm$ SD) Mean (Min - Max)	Không lo âu ($\pm$ SD) Mean (Min - Max)	p
Chán phiền	3,4 $\pm$ 0,9 3,0 (1,0 - 5,0)	2,5 $\pm$ 1,0 2,0 (1,0 - 5,0)	<0,001*
Căng thẳng	3,4 $\pm$ 0,90 3,0 (1,0 - 5,0)	2,4 $\pm$ 0,9 2,0 (1,0 - 5,0)	<0,001*
Nhạy cảm	3,7 $\pm$ 1,1 4,0 (1,0 - 5,0)	2,7 $\pm$ 1,3 3,0 (1,0 - 5,0)	<0,001*
Dễ sợ hãi	3,2 $\pm$ 0,9 3,0 (1,0 - 5,0)	2,0 $\pm$ 0,9 2,0 (1,0 - 4,0)	<0,001*
Tức ngực	2,3 $\pm$ 1,0 2,0 (1,0 - 5,0)	1,5 $\pm$ 0,8 1,0 (1,0 - 5,0)	<0,001**
Hay thở dài	2,9 $\pm$ 1,1 3,0 (1,0 - 5,0)	2,4 $\pm$ 1,0 2,0 (1,0 - 5,0)	0,003*
Hầu hống vướng	2,2 $\pm$ 1,1 2,0 (1,0 - 5,0)	1,6 $\pm$ 0,9 1,0 (1,0 - 5,0)	<0,001**

* T-test; **Mann-Whitney U test

Nhóm có RLLA có điểm trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở tất cả các đặc điểm liên quan đến thể chất khí uất.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm thể chất khí uất và rối loạn lo âu tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025 (n=263)

Đặc điểm	Có lo âu (n=79) n	Không lo âu (n=184) n	OR	KTC 95%	p
Chán phiền	77	155	7,20	1,68 – 30,98	0,002
Căng thẳng	77	157	6,62	1,54 – 28,57	0,004
Nhạy cảm	78	156	14,00	1,87 – 104,81	0,001
Sợ hãi	76	126	11,66	3,53 – 38,52	<0,001
Tức ngực	56	70	3,97	2,24 – 7,01	<0,001
Hay thở dài	67	151	1,22	0,59 – 2,51	0,588
Hầu hống vướng	52	75	2,80	1,62 – 4,85	<0,001

Các đặc điểm thể chất khí uất như nhạy cảm, sợ hãi, chán phiền, căng thẳng, tức ngực và hầu họng vướng đều có mối liên quan có ý

nghĩa thống kê với rối loạn lo âu ($p < 0,05$). Riêng đặc điểm hay thở dài không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Ảnh hưởng của thể chất khí uất đến rối loạn lo âu tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung ở sinh viên Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2025 sau khi điều chỉnh theo các yếu tố liên quan khác (phân tích hồi quy logistic đa biến, $n = 263$)

Biến độc lập	aOR	KTC 95%	p
Khí uất	8,61	3,56 - 20,82	<0,001
Giới	0,66	0,33 - 1,35	0,257
Tập thể dục	0,45	0,24 - 0,83	0,010
Khó khăn tài chính	1,99	1,07 - 3,68	0,029
Thi/học lại	1,08	0,37 - 3,13	0,895
Lo lắng sau tốt nghiệp	1,182	0,38 - 3,71	0,774
Làm thêm	0,97	0,51 - 1,82	0,917
Chia sẻ với gia đình	0,498	0,25 - 0,99	0,046
Bị đe dọa/cô lập	0,73	0,31 - 1,72	0,47

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, thể chất khí uất là yếu tố liên quan mạnh nhất với rối loạn lo âu (aOR = 8,61, KTC 95%: 3,56 – 20,82). Yếu tố khó khăn tài chính cũng làm tăng khả năng xuất hiện RLLA (OR = 1,99, $p < 0,01$). Thường xuyên chia sẻ với gia đình và tập thể dục làm giảm khả năng xuất hiện RLLA (OR = 0,50, KTC 95%: 0,25-0,99).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn lo âu tự đánh giá theo thang đo SAS của Zung trong sinh viên trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội là 30,0%, trong đó lo âu nhẹ là 19,8%, lo âu vừa 7,6% và lo âu nặng 2,7%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Vũ Huyền (2024) báo cáo tỷ lệ lo âu ở sinh viên Y học dự phòng là 29,6% ; và gần với mức trung bình được ghi nhận trong một tổng quan toàn cầu với tỷ lệ 33,8% ở sinh viên y khoa [2, 3]. Song thấp hơn tỷ lệ nghiên cứu của tác giả Vũ Thái Phương Nam (2022) tại cùng địa điểm nghiên cứu là 59,5% sinh viên có lo âu theo thang DASS-21 [16], có thể do thời điểm

nghiên cứu của tác giả Phương Nam là trong năm học 2021-2022 khi Việt Nam đang chịu ảnh hưởng đáng kể từ đại dịch COVID-19, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần của sinh viên [17].

Hoạt động thể chất được ghi nhận có vai trò bảo vệ sức khỏe tâm thần. Kết quả của chúng tôi cho thấy những sinh viên tập thể dục ít hơn 5 lần/tuần có nguy cơ RLLA cao hơn 2 lần so với những sinh viên tập thể dục ≥ 5 lần/tuần. Anderson Elizabeth và cộng sự cũng khẳng định trong nghiên cứu của mình: Người lớn tham gia hoạt động thể chất thường xuyên trải qua ít triệu chứng trầm cảm và lo âu hơn [18]. Các yếu tố như làm thêm và khó khăn tài chính cũng làm khả năng mắc RLLA cao, đồng thuận với một số báo cáo trước đó [2,3].

RLLA là tình trạng đặc trưng bởi sự lo âu quá mức, kéo dài và khó kiểm soát, thường diễn ra trong nhiều tháng. Các biểu hiện lo âu có thể gặp ở người bình thường như một phản ứng sinh lý trước áp lực, trong những đặc điểm nhân cách bệnh lý, hoặc đi kèm với các rối loạn tâm thần khác [19]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Sinh viên có thể chất khí

uất chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm có lo âu so với nhóm không lo âu. Đặc biệt, hầu hết các trường hợp lo âu vừa và nặng đều thuộc thể chất khí uất. Khi so sánh các đặc điểm cụ thể, nhóm có RLLA ghi nhận điểm trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê ở tất cả các triệu chứng khí uất, đặc biệt là nhạy cảm ($3,65 \pm 1,08$) và căng thẳng ($3,44 \pm 0,90$). Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng như nhạy cảm, chán phiền, căng thẳng, sợ hãi đều vượt quá 95% ở nhóm có lo âu. Kết quả phân tích mối liên quan cho thấy những đặc điểm này cùng với tức ngực và hàu hống vướng đều làm tăng nguy cơ RLLA, trong khi hay thờ dài không có ý nghĩa khi đưa vào mô hình phân tích ($p = 0,588$). Điều này gợi ý rằng việc nhận diện và can thiệp sớm trên nhóm sinh viên có những biểu hiện khí uất đặc trưng có thể giúp dự phòng hoặc giảm nhẹ diễn tiến lo âu. Ngược lại, đặc điểm hay thờ dài không có ý nghĩa trong mô hình phân tích, cho thấy không phải tất cả triệu chứng khí uất đều liên quan trực tiếp đến lo âu. Tuy nhiên, vẫn cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và trên nhiều nhóm đối tượng khác nhau để kiểm định lại mối liên quan này, đồng thời làm rõ cơ chế tác động và giá trị ứng dụng trong dự phòng rối loạn lo âu.

Theo Wang Qi (2005), thể chất khí uất chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, bao gồm di truyền tiên thiên, tác động tinh thần, cùng với những ảnh hưởng tâm lý như mong muốn không được thỏa mãn, lo lắng kéo dài, dẫn đến sự hình thành một dạng thể chất đặc trưng. Đặc điểm của thể chất khí uất bao gồm xu hướng hướng nội nhưng không ổn định, dễ buồn phiền, lo lắng, đa nghi và nhạy cảm [19]. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận mối liên quan giữa thể chất khí uất và các rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm như tác giả Võ Trọng Tuấn (2024) đã sử dụng phân tích hồi quy đa biến để xác định mối quan hệ này [20], trong khi Wang Xinzhu (2024) áp dụng phân tích tương quan Pearson và báo cáo hệ số tương quan giữa thể chất khí uất và trầm cảm là $r = 0,618$ [11]. Nghiên cứu của Yang và cộng sự (2025) cho thấy thể chất khí uất là một yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến lo âu ($OR = 11,5$; KTC 95%: 1,51–87,74) [21].

Theo YHCT, tinh – khí – thần là ba yếu tố cốt lõi duy trì sự sống. Khi ~~khí trệ~~ hoặc khí uất kéo dài, sự điều hòa của thần sẽ bị ảnh hưởng, dễ gây rối loạn cảm xúc [9]. Khi tinh khí đầy đủ, thần được nuôi dưỡng, giúp ổn định tinh thần; ngược lại, tinh khí suy giảm hoặc vận hành rối loạn có thể dẫn đến các trạng thái cảm xúc bất thường như lo âu, phiền muộn, mất tập trung [9, 20]. Thể chất khí uất tuy không tương đương với trạng thái bệnh lý trên lâm sàng nhưng là một biểu hiện mất cân bằng và có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng dễ mắc một số bệnh lý trong đó có rối loạn tâm lý, hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng. Ở người có thể chất khí uất – vốn dễ nhạy cảm, hướng nội, tinh thần sa sút – căng thẳng kéo dài dễ gây khí trệ, làm mất sự điều hòa giữa tinh – khí – thần, ảnh hưởng đến cả thể chất và tâm thần [11]. “Đan Khê tâm pháp” cũng nhấn mạnh: “Huyết khí điều hòa thì không có bệnh, khí uất ức thì bệnh tật phát sinh.” Những nhận định này cũng có mối quan hệ chặt chẽ giữa thể chất khí uất và các rối loạn cảm xúc, đặc biệt là lo âu và trầm cảm [9].

Nghiên cứu cắt ngang với chọn mẫu thuận tiện nên khó xác lập quan hệ nhân – quả và hạn chế tính đại diện. Khảo sát trực tuyến có thể gây chênh lệch tỷ lệ tham gia giữa các khoa, khó kiểm soát danh tính, mức độ nghiêm túc và dễ xuất hiện sai lệch do tự báo cáo. Thang Zung (SAS) chỉ mang tính sàng lọc, không thay thế chẩn đoán lâm sàng; khái niệm “thể chất YHCT” còn mới với sinh viên ngoài khối YHCT nên có thể được hiểu chưa thật chính xác. Một số yếu tố như tình trạng sức khỏe, áp lực học tập và các yếu tố cá nhân khác chưa được kiểm soát đầy đủ, vì vậy cần thận trọng khi khái quát kết quả và xem đây là tiền đề cho các nghiên cứu đa trung tâm, theo dõi dọc trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy rối loạn lo âu là một vấn đề sức khỏe tinh thần đáng quan tâm ở sinh viên y khoa, trong đó thể chất khí uất theo Y học cổ truyền có mối liên quan chặt chẽ và được

xem như yếu tố nguy cơ nổi bật. Kết quả này gợi ý giá trị của việc sàng lọc và dự phòng dựa trên thể chất, đồng thời mở ra hướng kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại trong quản lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023; 30 (44). doi:10.1186/s43045-023-00315-3.
2. Quek TT, Tam WW, Tran BX, et al. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16 (15). doi:10.3390/ijerph16152735.
3. Lê Thị Vũ Huyền, Trần Thị Huệ, Cao Thị Phương Dung, Nguyễn Thị Huyền. Rối loạn lo âu ở sinh viên Y học dự phòng Trường Đại học Y Hà Nội năm 2023 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 535 (1): 158 – 162. doi: 10.51298/vmj.v535i1.8546.
4. Trần Văn Thiện, Nguyễn Thị Mỹ Linh, Nguyễn Thị Bạch Tuyết, cộng sự. Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của sinh viên Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội học tập tại cơ sở Hòa Lạc năm học 2022 – 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024; 65 (CĐ 5-NCKH). doi:10.52163/yhc.v65iCD5.1272.
5. Sun YZ, Zhao Y, Xue SA, Chen JP. The theory development of traditional Chinese medicine constitution: a review. *J Tradit Chin Med Sci*. 2018; 5: 16 – 28. doi:10.1016/j.jtcms.2018.02.007.
6. Wang J, Li Y, Ni C, et al. Cognition research and constitutional classification in Chinese medicine. *Am J Chin Med*. 2011; 39: 651 – 660. doi:10.1142/S0192415X11009093.
7. Yu W, Ma M, Chen X, et al. Traditional Chinese medicine and constitutional medicine in China, Japan and Korea: a comparative study. *Am J Chin Med*. 2017;45:1–12. doi:10.1142/S0192415X1750001X.
8. Wang J, Li YS, Wang Q. Identification of Chinese medicine constitution in public health services. *Chin J Integr Med*. 2019; 25: 550 – 553. doi:10.1007/s11655-016-274.
9. Bành Khừ, Đặng Quốc Khánh. Học thuyết Tinh Khí, Khí Huyết Tân dịch. *Những học thuyết cơ bản của Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Hà Nội. 2002; 21 – 26, 75 – 90.
10. Okitsu R, Iwasaki K, Monma Y, et al. Development of a questionnaire for the diagnosis of Qi stagnation. *Complement Ther Med*. 2012; 20: 207 – 217. doi:10.1016/j.ctim.2011.12.005.
11. Xinzhu W, Yuanchun H. Qi stagnation and qi deficiency are associated with depression in college students. *Front Public Health*. 2024; 12: 1444237. doi:10.3389/fpubh.2024.1444237.
12. Wang X, He X. QI-pathological constitution is associated with mental fatigue in class among university students: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2025; 13 (1): 294. doi:10.1186/s40359-025-02625-z.
13. Zung WW. The measurement of affects: depression and anxiety. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974; 7: 170 – 188. doi:10.1159/000395075.
14. Wang Q, Zhu YB, Xue HS. Primary compiling of Constitution in Chinese Medicine Questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*. 2006; 10: 12 – 14.
15. Nguyen DTH, Le TT, Tang HK, et al. The Vietnamese version of the constitution in Chinese medicine questionnaire (CCMQ): validity and reliability. *MedPharmRes*. 2022; 6 (2): 18 - 27. doi:10.32895/UMP.MPR.6.2.3.
16. Vũ Thái Phương Nam. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN năm học 2021–2022. *Khóa luận tốt nghiệp sinh viên y khoa, Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN*. 2022.
17. Jia Q, Qu Y, Sun H, et al. Mental Health Among Medical Students During COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2022; 13: 846789. Published 2022 May 10. doi:10.3389/fpsyg.2022.846789.
18. Anderson E, Shivakumar G. Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Front Psychiatry*. 2013; 4: 27. doi:10.3389/fpsyg.2013.00027.
19. Vương Kỳ. Phân loại 9 loại thể chất cơ bản trong Y học cổ truyền và cơ sở chẩn đoán. *Tạp chí Đại học Y Dược Bắc Kinh*. 2005; 28 (4): 1 – 8.
20. Võ Trọng Tuấn, Nguyễn Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thị Anh Đào. Khảo sát mối liên hệ giữa trầm cảm theo thang đo PHQ-9 và thể chất y học cổ truyền trên sinh viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024; 27 (1):138 – 145. doi:10.32895/hejm.m.2024.01.20.
21. Yang JJ, Wang Q, Jiang W. Harmonizing the mind and body: The interrelationship between traditional Chinese medicine body constitution, mental health and sleep quality. *World J Psychiatry*. 2025; 15 (3): 103033. Published 2025 Mar 19. doi:10.5498/wjpv.15.i3.103033.

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS (SAS) AND ITS ASSOCIATION WITH QI-STAGNATION CONSTITUTION AMONG MEDICAL STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, VIETNAM NATIONAL UNIVERSITY, HANOI

Phan Minh Duc, Vu Ha My, Nguyen Thi Ngoc Huyen

University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi

This study aimed to determine the prevalence of anxiety disorders assessed by the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and describe its association with the Qi-stagnation constitution defined by Traditional Chinese Medicine among medical students at the University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi. A cross-sectional descriptive design was conducted on 263 students from December 2024 to May 2025. Anxiety was measured using the SAS, while the Qi-stagnation constitution was identified with the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ). Data were analyzed using χ^2 test, t-test, Mann–Whitney U test, and multivariable logistic regression. Results showed that the prevalence of anxiety was 30.0%, with mild anxiety accounting for the majority (19.8%). Qi-stagnation constitution was identified in 35.4% of students and accounted for 70.9% among those with anxiety. Mean scores of Qi-stagnation characteristics

were significantly higher in the anxiety group ($p < 0.05$). Symptoms such as hypersensitivity, fear, irritability, tension, chest distress, and throat blockage were closely associated with anxiety disorders. In multivariable logistic regression analysis, the Qi-stagnation constitution was the strongest factor associated with anxiety disorders (aOR = 8.61; 95% CI: 3.56–20.82). The Qi-stagnation constitution according to Traditional Chinese Medicine shows a significant association with anxiety disorders among medical students. These findings suggest the value of constitution-based screening and prevention and emphasize the importance of integrating Traditional Chinese Medicine and modern medicine in mental health management.

Keywords: Anxiety disorders; Qi-stagnation constitution; Traditional Medicine; Medical students; Zung (SAS)

THỰC TRẠNG NGUY CƠ NGHIỆN INTERNET Ở SINH VIÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HUẾ NĂM 2022

Phan Đức Thái Duy^{1*}, Võ Ngọc Hà My², Nguyễn Minh Tú²

¹*Trường Cao đẳng Y tế Huế*

²*Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 625 sinh viên hệ chính quy Trường Cao đẳng Y tế Huế năm 2022 nhằm đánh giá thực trạng nguy cơ nghiện internet và một số yếu tố liên quan. Dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền trên Google Forms, sử dụng thang đo s-IAT (điểm 12–60, điểm cắt ≥ 36 được xác định là có nguy cơ nghiện Internet). Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả, kiểm định χ^2 và hồi quy logistic đa biến. Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên có nguy cơ nghiện Internet là 16,2%; thời gian sử dụng trung bình 4,7 giờ/ngày. Hồi quy logistic xác định nam giới (aOR=3,3; 95%CI: 1,4–7,9), sinh viên năm ba (aOR=10,1; 95%CI: 5,8–17,7) và sử dụng Internet >5 giờ/ngày (aOR=20,8; 95%CI: 9,2–47,3) là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết luận tỷ lệ sinh viên có nguy cơ nghiện internet tại Trường Cao đẳng Y tế Huế ở mức đáng lưu ý. Khuyến nghị triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp, tập trung vào nhóm nam, sinh viên năm ba và sử dụng internet trên 5 giờ/ngày.

Từ khóa: Nghiện internet; sinh viên; Huế; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Internet đã trở thành một phần tất yếu của đời sống hiện đại, mang lại nhiều lợi ích trong các lĩnh vực kinh tế, khoa học, giáo dục, y tế và xã hội [1, 2]. Trên phạm vi toàn cầu, đến năm 2022 đã có khoảng 5,3 tỷ người trên toàn cầu sử dụng internet, chiếm 66% dân số thế giới [3]. Tại Việt Nam, có tới 79% dân số sử dụng internet vào năm 2022 [4].

Tuy nhiên, việc sử dụng quá mức có thể dẫn đến tình trạng “nghiện internet”, một vấn đề sức khỏe tâm thần đang được quan tâm. Tổ chức Y tế Thế giới đã chính thức đưa “rối loạn chơi game” (gaming disorder) vào ICD-11 như một dạng rối loạn hành vi gây nghiện [5], và khái niệm “nghiện internet” thường được xem xét trong cùng nhóm hành vi này.

Khi sử dụng internet quá mức hoặc nghiện internet có thể gây hậu quả nghiêm trọng đến

sức khỏe thể chất, tâm thần, kết quả học tập, khả năng tập trung và quan hệ xã hội [6, 7]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa nghiện internet và các yếu tố cá nhân - xã hội như giới tính, việc sử dụng điện thoại thông minh, môi trường sống, tình trạng hôn nhân và nghề nghiệp [8, 9]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu tại Huế, Đà Nẵng, Trà Vinh và Thành phố Hồ Chí Minh đã báo cáo tỷ lệ đáng kể học sinh, sinh viên (SV) có hành vi sử dụng internet quá mức [10–15].

Tại Huế, một nghiên cứu trên 1.098 SV Trường Đại học Y - Dược năm 2018 cho thấy tỷ lệ nghiện internet lên tới 36,9% [16]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào công bố trên đối tượng SV hệ cao đẳng y tế, vốn có cơ cấu giới tính, môi trường học tập và điều kiện sinh hoạt khác biệt. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng nguy cơ nghiện internet và tìm hiểu một số yếu tố liên quan của SV Trường Cao đẳng Y tế Huế.

*Tác giả: Phan Đức Thái Duy

Địa chỉ: Trường Cao đẳng Y tế Huế

Số điện thoại: 0934 795 317

Email: phandtduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 18/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là SV hệ cao đẳng chính quy đang theo học tại Trường Cao đẳng Y tế Huế, thuộc các chuyên ngành đào tạo của nhà trường (điều dưỡng, hộ sinh, dược, xét nghiệm) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trường Cao đẳng Y tế Huế.

Thời gian: Từ tháng 01 đến tháng 08 năm 2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức cho nghiên cứu ước tính tỷ lệ trên một mẫu:

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

Với $p=0,24$ là tỷ lệ SV nghiện internet dựa trên nghiên cứu của Trần Minh Nhật (2020) [17], $d=0,05$, $\alpha=0,05$ ($Z=1,96$). Áp dụng hiệu lực thiết kế $DE=2$ để điều chỉnh cho lấy mẫu cụm. Kết quả cỡ mẫu tối thiểu là 561 SV. Trên thực tế tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là $n=625$ SV.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm hai giai đoạn: (1) Chọn 30 lớp ngẫu nhiên từ tổng số 43 lớp chính quy (phân tầng theo năm học); (2) Toàn bộ SV trong các lớp được chọn và đồng ý tham gia đều được đưa vào nghiên cứu với tỷ lệ phản hồi là 71,3% (625/876 SV).

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, năm học, tình trạng sống chung với người thân.

Thực trạng sử dụng internet: Bao gồm số lượng thiết bị kết nối internet, thời gian sử dụng

trung bình mỗi ngày và các hoạt động thường xuyên khi trực tuyến.

Nguy cơ nghiện internet: Được đo lường bằng thang đo internet Addiction Test phiên bản rút gọn (s-IAT). Sử dụng bản dịch tiếng Việt đã được kiểm định bởi Trần Xuân Bách và cộng sự (2017) với Cronbach's $\alpha = 0,87$ [18].

Thang đo s-IAT đã được kiểm định tại Việt Nam với độ tin cậy tốt là công cụ phổ biến trong nghiên cứu về nghiện internet. Thang đo gồm 12 câu hỏi, chia thành hai nhóm: (1) Mất kiểm soát/quản lý thời gian (IA2–IA7) và (2) Suy giảm hiệu suất/vấn đề xã hội (IA1, IA8–IA12). Các câu hỏi sử dụng thang Likert 5 điểm từ 1 (hiếm khi) đến 5 (luôn luôn). Tổng điểm dao động 12–60; điểm cao phản ánh mức nguy cơ nghiện internet cao hơn. Tổng điểm ≥ 36 được xem là có nguy cơ nghiện internet [7, 18].

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền trên Google Forms, gửi trực tiếp mã QR tại lớp học. Nhóm nghiên cứu chỉ hỗ trợ kỹ thuật và giải đáp thắc mắc trong quá trình thu thập số liệu. Khảo sát được trả lời ẩn danh nhằm hạn chế thiên kiến trả lời.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng R v4.2.0. Sử dụng thống kê mô tả để mô tả đặc điểm đối tượng và tỷ lệ SV có nguy cơ nghiện internet. Các yếu tố liên quan được kiểm định bằng χ^2 . Các biến có $p < 0,05$ được đưa vào hồi quy logistic đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu và tương tác. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt về mặt đạo đức và khoa học theo Quyết định phê duyệt đề cương nghiên cứu số 399/QĐ-CDYT ngày 27/12/2021 của Trường Cao đẳng Y tế Huế. SV được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu, tham gia hoàn toàn tự nguyện và trả lời ẩn danh (không ghi họ tên) nhằm hạn chế thiên kiến trả lời. Kết quả chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và báo cáo nội bộ Nhà

trường và các tổ chức Đoàn, Hội để có các đề xuất hoạt động ngoại khóa hỗ trợ chứ không có bước chuyển SV tới cơ sở y tế.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=625)	n	%
Giới		
Nam	41	6,6
Nữ	584	93,4
Năm học hiện tại		
Năm nhất	210	33,6
Năm hai	207	33,1
Năm ba	208	33,3
Tình trạng sống chung		
Ở một mình	152	24,3
Ở với bạn bè	130	20,8
Ở với người thân	343	54,9

Trong 625 SV tham gia khảo sát, phần lớn là nữ (93,4%), tuổi trung bình $20,0 \pm 0,8$ (dao động 19–22 tuổi). Phân bố năm học tương đối đồng đều giữa ba khối (năm nhất: 33,6%; năm hai: 33,1%; năm ba: 33,3%). Về tình trạng

sống chung, hơn một nửa sống với người thân (54,9%), tiếp đến là ở một mình (24,3%) và ở với bạn bè (20,8%) (Bảng 1).

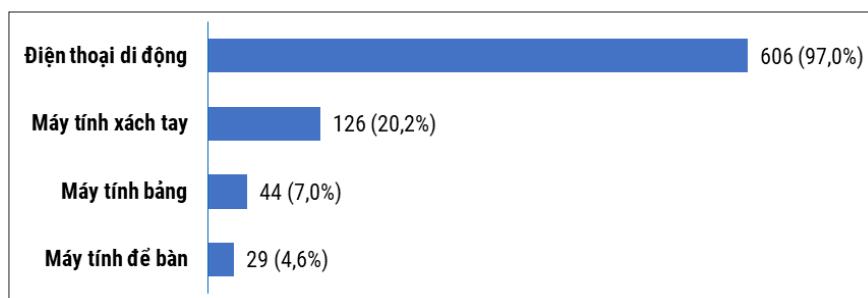
3.2 Thực trạng nguy cơ nghiện internet của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Số lượng thiết bị và thời gian sử dụng mạng internet mỗi ngày

Đặc điểm (n=625)	Min - Max	Trung vị	Trung bình + Độ lệch chuẩn
Thiết bị sở hữu (số lượng)	1 - 3	1,0	$1,2 \pm 0,4$
Thời gian sử dụng (giờ)	1,3 - 8,3	4,7	$4,7 \pm 1,9$

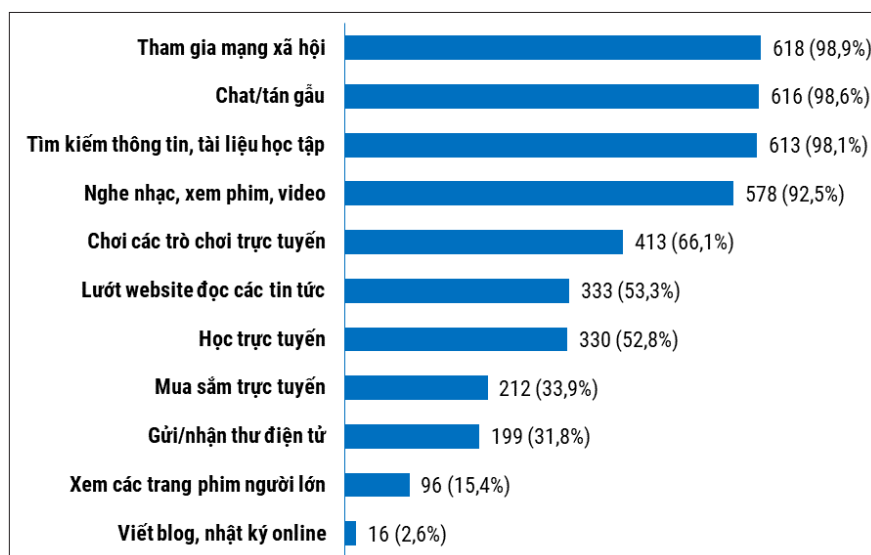
SV sở hữu trung bình $1,2 \pm 0,4$ thiết bị kết nối internet và dành trung bình $4,7 \pm 1,9$ giờ/

ngày để truy cập (dao động 1,3–8,3 giờ) (Bảng 2).



Hình 1. Phương tiện truy cập internet (n=625)

Hầu hết SV sử dụng điện thoại di động (97,0%), máy tính xách tay (20,2%), máy tính bảng (7,0%) và máy tính để bàn (4,6%) để truy cập internet, trong khi các thiết bị khác ít phổ biến hơn như máy tính xách tay



Các hoạt động chính khi truy cập internet là mạng xã hội (98,9%), chat (98,6%) và tìm kiếm tài liệu học tập (98,1%). Các hoạt động giải trí như nghe nhạc, xem phim (92,5%) và game online (66,1%) cũng phổ biến, trong khi xem phim người lớn (15,4%) và viết blog (2,6%) ít gặp hơn (Hình 2).

Bảng 3. Đánh giá nguy cơ nghiện internet theo thang điểm s-IAT

Nguy cơ nghiện internet (n=625)	n	%
Có	101	16,2
Không	524	83,8

Tỷ lệ SV có nguy cơ nghiện internet theo s-IAT là 16,2% (Bảng 3).

3.3 Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nguy cơ nghiện internet của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Phân bố nguy cơ nghiện internet theo các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=625)	Nguy cơ nghiện internet, n (%)		Tổng	p
	Có (n=101)	Không (n=524)		
Giới				<0,001
Nam	20 (48,8)	21 (51,2)	41	
Nữ	81 (13,9)	503 (86,1)	584	
Năm học				<0,001
Năm nhất	5 (2,4)	205 (97,6)	210	
Năm hai	18 (8,7)	189 (91,3)	207	
Năm ba	78 (37,5)	130 (62,5)	208	
Tình trạng sống chung				0,261
Ở một mình	29 (19,1)	123 (80,9)	152	
Khác	72 (15,2)	401 (84,8)	473	
Số thiết bị				0,269
1 thiết bị	79 (15,4)	434 (84,6)	513	
≥2 thiết bị	22 (19,6)	90 (80,4)	112	
Thời gian sử dụng				<0,001
≤5 giờ/ngày	7 (2,1)	328 (97,9)	335	
>5 giờ/ngày	94 (32,4)	196 (67,6)	290	

Kiểm định χ^2 cho thấy tỷ lệ SV có nguy cơ nghiện internet khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính, năm học và thời gian sử dụng internet hằng ngày ($p<0,05$) (Bảng 4). Các biến này được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ nghiện internet theo hồi quy logistic đa biến

Đặc điểm (n=625)	aOR	CI 95%	p
Giới tính			
Nam	3,3	1,4 – 7,9	0,007
Nữ (tham chiếu)	1,0		
Năm học			
Năm 3	10,1	5,8 – 17,7	<0,001
Năm 1–2 (tham chiếu)	1,0		
Thời gian sử dụng internet			
>5 giờ/ngày	20,8	9,2 – 47,3	<0,001
≤5 giờ/ngày (tham chiếu)	1,0		

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê: nam giới có nguy cơ nghiện internet cao gấp 3,3 lần so với nữ (aOR=3,3; 95% CI: 1,4–7,9; p=0,007); SV năm ba có nguy cơ cao gấp 10,1 lần so với SV năm nhất/năm hai (aOR=10,1; 95% CI: 5,8–17,7; p<0,001); và nhóm sử dụng internet trên 5 giờ/ngày có nguy cơ cao gấp 20,8 lần so với nhóm ≤5 giờ/ngày (aOR=20,8; 95% CI: 9,2–47,3; p<0,001). Trong đó, thời gian sử dụng >5 giờ/ngày là yếu tố liên quan mạnh nhất (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 625 SV Trường Cao đẳng Y tế Huế ghi nhận: đa số chỉ sở hữu một thiết bị kết nối internet; thời gian sử dụng trung bình 4,7 giờ/ngày; mục đích chủ yếu là mạng xã hội, chat, học tập trực tuyến; tỷ lệ có nguy cơ nghiện internet là 16,2%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm giới, năm học và thời gian sử dụng internet.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu cho thấy SV nữ chiếm đa số mẫu nghiên cứu (93,4%) và phân bố năm học tương đối đồng đều. Đây là những đặc điểm cần lưu ý khi so sánh và khái quát kết quả. Tỷ lệ nữ cao phản ánh cơ cấu tuyển sinh thực tế của trường nhưng hạn chế khả năng ngoại suy sang các cơ sở có tỷ lệ nam giới cao hơn. Việc phân bố năm học cân bằng giúp tăng độ tin cậy khi so sánh nguy cơ giữa các khối.

Kết quả khảo sát cho thấy phần lớn SV chỉ sở hữu một thiết bị chính để truy cập internet. Điều này phản ánh xu hướng “ưu tiên di động”, nơi điện thoại thông minh không chỉ là một lựa chọn mà đã trở thành công kết nối internet chủ đạo, thậm chí là duy nhất đối với nhiều người dùng trẻ [19]. Về thời gian sử dụng, mức trung bình 4,7 giờ/ngày tương đồng với các kết quả nghiên cứu trên thế giới, vốn chỉ ra rằng SV thường dành trung bình từ 4 đến 5 giờ mỗi ngày cho các hoạt động trực tuyến [20]. Việc sử dụng chủ yếu cho mạng xã hội, chat và học trực tuyến phù hợp bối cảnh dịch COVID-19.

Thanh thiếu niên thường dùng internet cho game online, giải trí, hẹn hò hoặc chat [15], đây là những hoạt động có tính gây nghiện cao và có thể làm gia tăng nguy cơ lạm dụng internet.

Tỷ lệ sinh viên có nguy cơ nghiện internet tại Trường Cao đẳng Y tế Huế (16,2%) tương tự nghiên cứu của Lê Minh Công (2016) (15,5%) [15], nhưng thấp hơn so với một số nghiên cứu tại Hà Nội và Đà Nẵng [11, 12, 21]. Sự khác biệt này nhiều khả năng liên quan đến sự khác nhau về công cụ đo lường (IAT 20 câu hoặc s-IAT 12 câu), điểm cắt sử dụng, đặc điểm mẫu nghiên cứu và bối cảnh xã hội, thay vì do một yếu tố đơn lẻ. Trên phạm vi toàn cầu, tỷ lệ nghiện internet dao động rất rộng, từ dưới 10% đến trên 40% [22, 23], phản ánh sự không đồng nhất về phương pháp và quần thể nghiên cứu.

Tỷ lệ SV có nguy cơ nghiện internet trong nghiên cứu này (16,2%) thấp hơn rõ rệt so với 36,9% ở SV Trường Đại học Y - Dược Huế [16]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm mẫu (tỷ lệ nữ chiếm ưu thế, ngành điều dưỡng nổi trội) và bối cảnh khảo sát (2022 so với 2018). Kết quả này cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm SV ngành y tại Huế và nhấn mạnh nhu cầu có thêm nghiên cứu so sánh.

Trong nghiên cứu này, nam giới có nguy cơ nghiện internet cao gấp 3,3 lần so với nữ (aOR=3,3; 95% CI: 1,4–7,9; p=0,007). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [8,11,20]. Sinh viên năm ba có nguy cơ cao hơn so với năm nhất/năm hai (aOR=10,1; 95% CI: 5,8–17,7; p<0,001). Nhóm sử dụng internet trên 5 giờ/ngày có nguy cơ cao hơn đáng kể so với nhóm ≤5 giờ/ngày (aOR=20,8; 95% CI: 9,2–47,3; p<0,001). Mối liên quan giữa thời gian sử dụng internet và nguy cơ nghiện đã được nhiều nghiên cứu khẳng định [7, 21, 22], cho thấy thời lượng sử dụng là một chỉ báo quan trọng cần được theo dõi.

Kết quả này gợi ý rằng việc sử dụng internet quá mức, đặc biệt trên 5 giờ/ngày, có thể được xem như một ngưỡng cảnh báo cần được quan tâm trong các nghiên cứu và can thiệp sau này. Sinh viên năm cuối cũng cho thấy nguy cơ cao

hơn, có thể liên quan đến áp lực học tập và thực tập lâm sàng, tuy nhiên cần thêm nghiên cứu định tính hoặc nghiên cứu dọc để làm rõ mối liên quan này.

Từ nghiên cứu cho thấy nhà trường có thể cân nhắc xây dựng các chương trình giáo dục và tư vấn nhằm khuyến khích sử dụng internet hợp lý. Nhóm nguy cơ cao (nam giới, sinh viên năm cuối, sử dụng internet >5 giờ/ngày) cần được ưu tiên trong các hoạt động can thiệp. Các biện pháp khả thi có thể bao gồm: tăng cường hoạt động ngoại khóa, cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý và quản lý thời gian trực tuyến, cũng như lồng ghép giáo dục sức khỏe số vào chương trình đào tạo.

Về hạn chế, nghiên cứu cắt ngang chỉ cho thấy mối liên quan chứ chưa xác định được quan hệ nhân quả; bảng hỏi tự điền có nguy cơ sai số do xu hướng trả lời theo xã hội mong đợi. Mẫu nghiên cứu thực hiện trong một trường với tỷ lệ nữ chiếm đa số, do đó khả năng khái quát sang các cơ sở đào tạo có cơ cấu giới cân bằng hơn còn hạn chế. Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu tại nhiều trường và với thiết kế phù hợp hơn, đồng thời bổ sung phân tích yếu tố tâm lý - xã hội để làm rõ mối liên quan và nâng cao giá trị bằng chứng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ SV có nguy cơ nghiện internet tại Trường Cao đẳng Y tế Huế là 16,2%. Kết quả cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: nam giới, SV năm ba và sử dụng internet trên 5 giờ/ngày. Những phát hiện này gợi ý cần ưu tiên triển khai các biện pháp can thiệp trong y tế học đường, tập trung vào nhóm nguy cơ cao, đồng thời xem xét ngưỡng sử dụng internet >5 giờ/ngày như một chỉ số cảnh báo thực tiễn trong đo lường nguy cơ nghiện internet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aldowah H, Rehman SU, Ghazal S, Naufal UI. Internet of Things in Higher Education: A Study on Future Learning. J Phys: Conf Ser. 2017; 892: 012017.
2. Moock J. Support from the internet for individuals with mental disorders: Advantages and disadvantages of e-mental health service delivery. Front Public Health. 2014; 2: 65.
3. International Telecommunication Union. Measuring Digital Development: Facts and Figures 2022. Geneva: ITU. 2022. https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/ind/d-ind-ict_mdd-2022-pdf-e.pdf.
4. International Telecommunication Union. Digital Development Dashboard - Viet Nam Profile. Geneva: ITU. 2022. https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/DDD/ddd_VNM.pdf.
5. Billieux J, Stein DJ, Castro-Calvo J, et al. Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. World Psychiatry. 2021; 20 (2):198 – 199.
6. Li W, O'Brien JE, Snyder SM, Howard MO. Characteristics of internet addiction/pathological internet use in U.S. university students: A qualitative-method investigation. PLoS One. 2015; 10 (2): e0117372.
7. An J, Sun Y, Wan Y, et al. Associations between problematic internet use and adolescents' physical and psychological symptoms: Possible role of sleep quality. J Addict Med. 2014; 8 (4): 282 – 287.
8. Ali R, Mohammed N, Aly H. Internet addiction among medical students of Sohag University, Egypt. Egypt J Public Health Assoc. 2017; 92 (2): 86 – 95.
9. Kim BS, Chang SM, Park JE, et al. Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic internet use. Psychiatry Res. 2016; 244: 249 – 256.
10. Hồ Văn Dũng. Thực trạng sử dụng và nghiện internet của học sinh trung học cơ sở thành phố Huế. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội. 2020; 64 (1): 103 – 112.
11. Đinh Xuân Lâm, Nguyễn Thị Hằng Phương. Thực trạng nghiện internet ở học sinh Trường Trung học cơ sở Nguyễn Lương Bằng, Thành phố Đà Nẵng. Tạp chí Giáo dục. 2020; ĐB2: 208 – 211.
12. Đoàn Thị Ngọc Trâm, Cao Thị Như Ngọc. Thực trạng nghiện internet ở học sinh Trường Trung học cơ sở Lê Độ, Quận Sơn Trà, TP. Đà Nẵng. Tạp chí Khoa học và Công nghệ – Đại học Đà Nẵng. 2020; 18 (8): 89 – 92.
13. Phạm Thị Kim Yến, Thạch Thị Mỹ Phương, Thạch Thị Thi Huy và cs. Nghiện mạng xã hội và sự tác động của nghiện mạng xã hội đến học sinh Trường Trung học cơ sở Minh Trí năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 508 (1): 30 – 35.

14. Võ Kim Duy, Dương Thị Huỳnh Mai, Trần Nguyễn Giang Hương và cs. Nghiện internet và các yếu tố liên quan ở học sinh Trung học cơ sở, Trung học phổ thông tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2021; 25 (2): 153 – 160.
15. Lê Minh Công. Nghiện internet và tự đánh giá bản thân của học sinh trung học cơ sở. *Học viện Khoa học Xã hội, Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam*. 2016.
16. Hồ Thị Linh Đan, Nguyễn Thị Hồng Hải, Nguyễn Thị Mai và cs. Thực trạng nghiện internet và một số yếu tố liên quan của sinh viên Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế năm 2018. *Tạp chí Y tế Công cộng*. 2021; 56: 25 – 35.
17. Trần Minh Nhật, Trần Minh Quân, Trần Nguyễn Trúc Anh và cs. Mối liên hệ giữa sức khỏe tinh thần và nhận thức về hành vi sử dụng internet của sinh viên Đại học Hoa Sen. *Hội nghị sinh viên nghiên cứu khoa học; TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam*. 2020.
18. Tran BX, Mai HT, Nguyen LH, et al. Vietnamese validation of the short version of internet Addiction Test. *Addict Behav Rep*. 2017; 6: 45 – 50.
19. Napoli PM, Obar JA. The Emerging Mobile internet Underclass: A Critique of Mobile internet Access. *Inf Soc*. 2014; 30 (5): 323 – 334.
20. Tuisku K, Gerdner A, Salonen AH. Internet use and health in higher education students: a scoping review. *Health Promot Int*. 2022; 37 (1): daab185.
21. Nguyen TML, Lee K, Vu D, et al. Internet addiction among university students and its associated factors: A cross-sectional study among college students in Hanoi, Vietnam. *Syst Rev Pharm*. 2020; 11 (10): 590 – 596.
22. Cash H, Rae CD, Steel AH, Winkler A. Internet addiction: A brief summary of research and practice. *Curr Psychiatry Rev*. 2012; 8 (4): 292 – 298.
23. Mak KK, Lai CM, Watanabe H, et al. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014; 17 (11): 720 – 728.

INTERNET ADDICTION RISK AMONG STUDENTS AND ASSOCIATED FACTORS AT HUE MEDICAL COLLEGE, 2022

Phan Duc Thai Duy¹, Vo Ngoc Ha My², Nguyen Minh Tu²

¹*Hue Medical College*

²*University of Medicine and Pharmacy, Hue University*

A cross-sectional study was conducted on 625 full-time students at Hue Medical College in 2022 to assess the prevalence of internet addiction risk and its associated factors. Data were collected via a self-administered questionnaire on Google Forms, using the short-form internet Addiction Test s-IAT (score range: 12–60, cut-off score ≥ 36 indicating internet addiction risk). Data analysis involved descriptive statistics, χ^2 test and multivariate logistic regression. The results showed that 16.2% of students were at risk of internet addiction; the average usage time was 4.7 hours/day. Multivariate logistic regression

identified male gender (aOR=3.3; 95% CI: 1.4–7.9), third-year students (aOR=10.1; 95% CI: 5.8–17.7), and internet use of >5 hours/day (aOR=20.8; 95% CI: 9.2–47.3) as statistically significant associated factors. In conclusion, the prevalence of internet addiction risk among students at Hue Medical College is noteworthy. It is recommended to implement appropriate intervention measures, focusing on male students, third-year students, and those who use the internet for more than 5 hours per day.

Keywords: Internet addiction; IAT; medical students; Hue; Vietnam

KẾT QUẢ TRIỂN KHAI MÔ HÌNH XÉT NGHIỆM, CHUYỂN GỬI ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG HIV TẠI PHÒNG KHÁM NÂNG CAO SỨC KHOẺ TÌNH DỤC - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI, 2019 – 2024

Bùi Thị Minh Hảo¹, Đặng Thị Hương¹, Lùng Bích Ngọc¹, Lê Minh Giang^{1, 2*}

¹*Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lâm dụng chất – HIV, Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu phân tích số liệu sẵn có nhằm mô tả kết quả cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV và hiệu quả trong kết nối dịch vụ dự phòng và chăm sóc HIV theo mô hình tiếp cận tình trạng trung tính tại phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục thuộc bệnh viện Đại học Y Hà Nội (DHYHN) từ 5/2019 đến 9/2024. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong số khách hàng của phòng khám là 7,2% (438/6073). Tuổi trung vị khách hàng có HIV+ là 25 (21-30) tuổi. Tỷ lệ chuyển gửi điều trị thành công đạt 94,3% (413/438), trong đó 49,5% (217/438) điều trị tại bệnh viện DHYHN. Tỷ lệ tham gia PrEP của khách hàng là 84,4% (5.957/7.044). Khách hàng PrEP chủ yếu nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) (95,0%; 5.651/5.957), tuổi trung vị là 23 (21 - 28). Số ca chuyển đổi huyết thanh trong chương trình PrEP là 62 (100% MSM, tuổi trung vị: 22 (20-25)), tương đương tỷ suất nhiễm mới 1,01/100 người-năm (95%KTC: 0.79 - 1.30). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao trong khách hàng nam trẻ tuổi tại phòng khám. Kết nối điều trị đạt kết quả cao (94,3%), phần lớn khách hàng điều trị sớm. Tỷ lệ khách hàng kết nối với chương trình PrEP cao (84,4%). Tỷ suất nhiễm mới HIV trong chương trình PrEP giảm so với các ước tính trước đây. Mô hình dịch vụ theo tiếp cận tình trạng trung tính tại phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục cho thấy hiệu quả trong dự phòng, chăm sóc HIV liên tục cho MSM trẻ tuổi.

Từ khóa: Xét nghiệm, chuyển gửi điều trị, dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP), tiếp cận tình trạng trung tính (HIV status-neutral approach)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế giới đã trải qua hơn 40 năm sống chung với dịch HIV với nhiều bước tiến vượt bậc trong cách tiếp cận để kiểm soát đại dịch toàn cầu [1]. Gần đây, những tiến bộ về y sinh học trong dự phòng và chăm sóc HIV đã mở ra hy vọng về khả năng chấm dứt đại dịch HIV trong tương lai [2]. Chiến lược điều trị HIV sớm ngay khi phát hiện và duy trì điều trị hướng tới ngưỡng tải lượng virus không phát hiện để loại bỏ nguy cơ truyền HIV qua đường tình dục; cùng với chiến lược “Dự phòng trước phơi nhiễm HIV” (Pre-Exposure Prophylaxis - PrEP) [2] đã trở thành hai trụ cột hướng tới chấm dứt đại dịch HIV toàn cầu, cũng như tại Việt Nam. Để triển

khai hai trụ cột này, xét nghiệm HIV trong nhóm người có nguy cơ lây nhiễm HIV chính là điểm khởi đầu đóng vai trò then chốt cho hành trình cung cấp dịch vụ điều trị sớm hoặc dự phòng trước phơi nhiễm HIV [3].

Chu trình liên tục kết nối xét nghiệm HIV với điều trị sớm hoặc với dự phòng trước phơi nhiễm HIV được triển khai trên cơ sở lý thuyết về tiếp cận tình trạng trung tính, tiếng anh là ‘status-neutral approach’[4]. Cách tiếp cận này bắt đầu bằng xét nghiệm HIV, sau đó là sự tham gia tích cực của người được xét nghiệm, bất kể kết quả dương tính hay âm tính. Những người có kết quả dương tính sẽ được chuyển gửi điều trị trong ngày hoặc càng sớm càng tốt,

*Tác giả: Lê Minh Giang

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0913 281 842

Email: leminhgiang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/07/2025

Ngày phản biện: 19/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

trong khi những người có kết quả âm tính cũng sẽ được tiếp cận ngay với PrEP hoặc dự phòng sau phơi nhiễm HIV (PEP). Cách tiếp cận này hướng đến việc triển khai một mô hình cung cấp chăm sóc liên tục và toàn diện cho khách hàng có nguy cơ cao cho dù kết quả xét nghiệm HIV của họ là âm tính hay dương tính. Như vậy, cả người nhiễm HIV và người không nhiễm HIV đều hướng đến một mục tiêu chung là được duy trì trong hệ thống chăm sóc sức khỏe liên tục, nhằm giảm thiểu nguy cơ lây truyền hoặc nhiễm HIV gần như bằng không [4].

Kết quả triển khai mô hình cung cấp dịch vụ theo tiếp cận tình trạng trung tính tại một số quốc gia cho thấy mô hình này không chỉ đảm bảo kết nối toàn diện với cả dịch vụ dự phòng và điều trị, mà còn giúp giảm kỳ thị từ đó tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm, cũng như dự phòng và chăm sóc HIV [5]. Cách tiếp cận kết hợp này giúp tối ưu hóa việc sử dụng nguồn lực, đặc biệt trong các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, đồng thời góp phần cải thiện kết quả sức khỏe và giảm tỷ lệ lây truyền HIV [4, 5].

Tháng 5 năm 2019, phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục (Sexual Health Promotion-SHP) bệnh viện Đại học Y Hà Nội (BVDHYHN) bắt đầu triển khai dịch vụ xét nghiệm sàng lọc và dự phòng trước phơi nhiễm HIV. Tháng

10/2020, dịch vụ xét nghiệm khẳng định HIV và điều trị HIV đã triển khai tại BVDHYHN. Việc triển khai đồng bộ các dịch vụ xét nghiệm, dự phòng, chăm sóc HIV tại BVDHYHN với đầu mỗi xét nghiệm là phòng khám SHP chính là cơ sở để triển khai mô hình dự phòng chăm sóc HIV liên tục dựa trên tiếp cận tình trạng trung tính. Bài viết này chúng tôi phân tích kết quả cung cấp dịch vụ tại phòng khám SHP nhằm mô tả kết quả cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV cũng như hiệu quả trong kết nối dịch vụ dự phòng và chăm sóc HIV theo mô hình tiếp cận tình trạng trung tính tại phòng khám SHP.

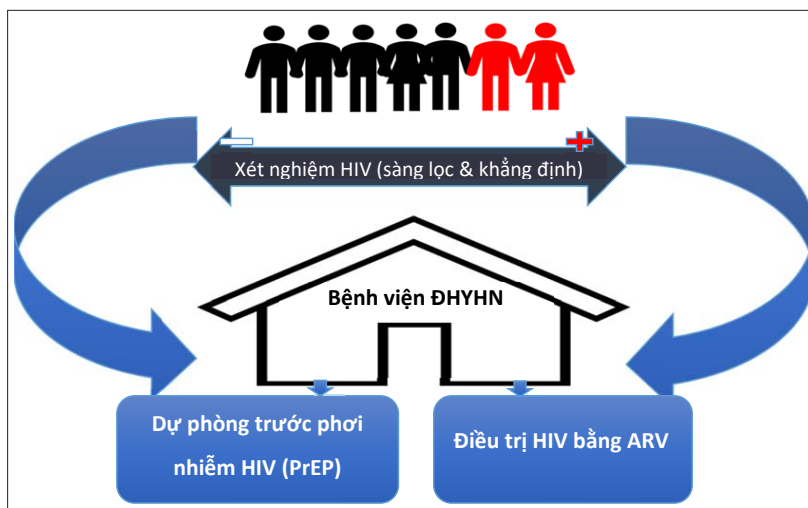
II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Dữ liệu của tất cả các khách hàng sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV tại phòng khám SHP, BVDHYHN.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng số liệu sẵn có của các khách hàng đến xét nghiệm và sử dụng các dịch vụ dự phòng, chăm sóc HIV trong mô hình cung cấp dịch vụ dự phòng HIV liên tục theo tiếp cận tình trạng trung tính tại Phòng khám SHP, BVDHYHN theo chu trình dưới đây:



Hình 1. Mô hình dự phòng chăm sóc HIV liên tục theo tiếp cận ‘tình trạng trung tính’ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tại phòng khám SHP, hoạt động xét nghiệm sàng lọc HIV và cung cấp PrEP được triển khai từ 5/2019. Từ tháng 10/2020, hoạt động xét nghiệm khẳng định HIV được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm, cũng như điều trị HIV được thực hiện tại Khoa Bệnh nhiệt đới và Can thiệp giảm hại, BVĐHYHN thì mô hình dự phòng chăm sóc HIV liên tục theo tiếp cận tình trạng trung tính chính thức triển khai. Việc trích xuất, làm sạch và phân tích dữ liệu được tiến hành vào tháng 5/2025, trong đó dữ liệu của khách hàng đến sử dụng dịch vụ tại phòng khám được thu thập từ tháng 5/2019 đến tháng 9/2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu số liệu sẵn có từ các dịch vụ cung cấp trong mô hình dự phòng chăm sóc HIV liên tục tại phòng khám SHP.

2.4 Cơ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích 7.482 hồ sơ khách hàng được lưu trữ tại phòng khám SHP và trên hệ thống REDCap từ tháng 5 năm 2019 đến hết tháng 9 năm 2024.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ hồ sơ khách hàng đã từng sử dụng dịch vụ và được lưu trữ tại phòng khám SHP và trên hệ thống REDCap đến 30/09/2024.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu được thu thập và tính toán trên cơ sở mô hình dự phòng, chăm sóc HIV liên tục theo tiếp cận trung tính tại BVDHYHN, gồm số lượng khách hàng xét

NGHIỆM HIV theo năm và tích lũy; kết quả xét nghiệm HIV; tỷ lệ kết nối điều trị của khách hàng có kết quả xét nghiệm HIV+; tỷ lệ kết nối PrEP của khách hàng có kết quả xét nghiệm HIV-; tỷ suất nhiễm mới HIV của khách hàng PrEP; và đặc điểm tuổi, giới của khách hàng.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các khách hàng đến xét nghiệm tại phòng khám SHP đều được ghi chép vào bệnh án và hệ thống quản lý khám chữa bệnh của bệnh viện (ISOFH) theo quy trình khám chữa bệnh. Thông tin về hỗ trợ kết nối chuyển gửi điều trị HIV được nhập lên hệ thống REDCap (hệ thống dữ liệu của Phòng khám SHP); và thông tin về tham gia chương trình PrEP được báo cáo trên hệ thống HMed (phần mềm dữ liệu được quản lý bởi Cục Phòng bệnh). Dữ liệu dùng để phân tích trong khuôn khổ bài báo được trích xuất từ hệ thống REDCap.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

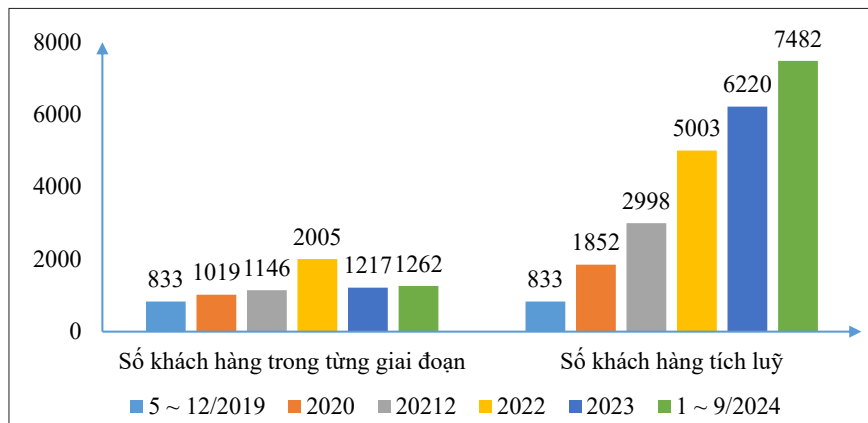
Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 18. Các kết quả được tổng hợp và báo cáo theo tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt cho phép phân tích số liệu sẵn có từ bệnh án điện tử không bao gồm thông tin định danh của khách hàng tại phòng khám, nghiên cứu không lấy đồng thuận tham gia nghiên cứu từ khách hàng, và đáp ứng các yêu cầu đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học theo chứng nhận số HMUIRB769 ngày 20 tháng 1 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

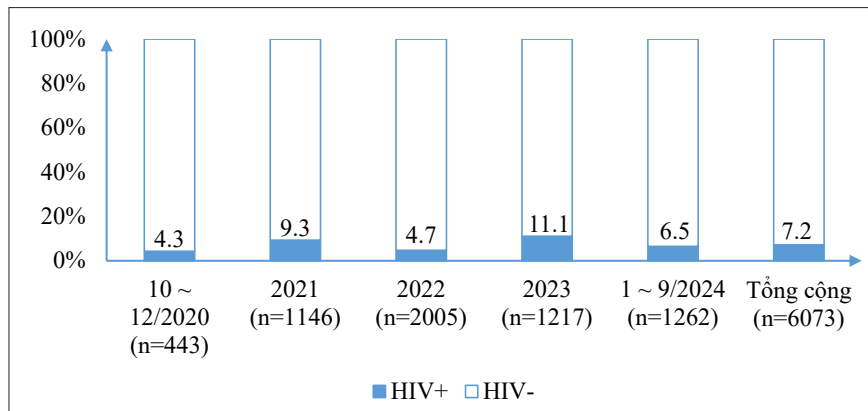
3.1 Kết quả cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV tại phòng khám SHP



Hình 2. Xét nghiệm HIV theo từng giai đoạn và tích lũy tại SHP (5/2019 – 9/2024) (n = 7.482).

Kết quả cho thấy phòng khám SHP đã cung cấp xét nghiệm HIV cho ~ 7.500 khách hàng qua hơn 5 năm triển khai chương trình. Trong

đó, số lượng khách hàng xét nghiệm năm 2022 là cao nhất lên đến 2.005 khách hàng.

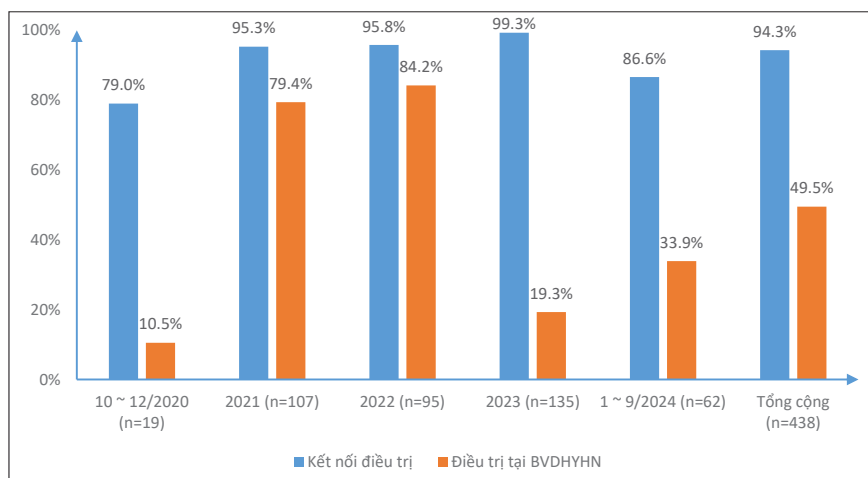


Hình 3. Tỷ lệ khách hàng có kết quả xét nghiệm HIV khẳng định dương tính tại SHP (10/2020 – 9/2024) (n = 6.073).

Số liệu sẵn có về xét nghiệm khẳng định từ 10/2020 cho thấy tỷ lệ khách hàng có xét nghiệm HIV dương tính tại phòng khám SHP trong mỗi năm dao động từ 4,3% đến 11,1%,

tỷ lệ dương tính cao nhất là năm 2023. Trung bình tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong số khách hàng đến xét nghiệm tại phòng khám SHP là 7,2%.

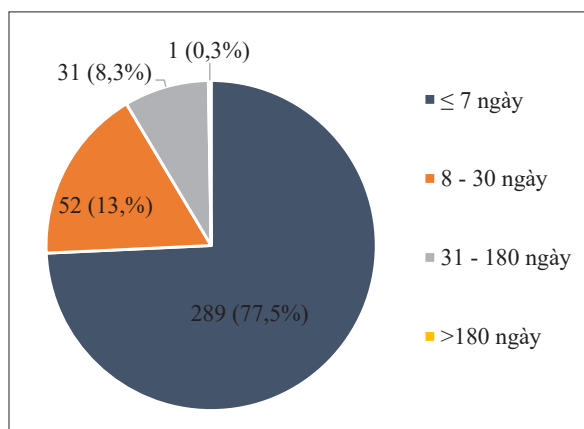
3.2 Kết nối điều trị ARV cho khách hàng xét nghiệm HIV dương tính



Hình 4. Tỷ lệ khách hàng kết nối điều trị sau khi có kết quả khẳng định HIV dương tính (10/2020 – 9/2024) (n = 438).

Trong 3 tháng đầu của năm đầu tiên khi bắt đầu triển khai hoạt động xét nghiệm khẳng định HIV, tỷ lệ chuyển gửi là thấp nhất (79,0%). Tỷ lệ này được cải thiện trong các năm tiếp theo, lên đến cao nhất là 99,3% năm 2023. Tỷ lệ chuyển gửi thành công chung là 94,3%. Trong số khách hàng HIV dương tính tham gia điều

trị ARV, tỷ lệ khách hàng được điều trị tại chỗ (BVDHYHN) trong 3 tháng cuối năm 2020, năm 2023 và 9 tháng đầu năm 2024 là khá thấp (10,5 – 33,9%). Ngược lại, năm 2021 và 2022, tỷ lệ khách hàng điều trị ARV tại chỗ lên tới khoảng 80%.



Hình 5. Thời gian từ khi xét nghiệm khẳng định HIV dương tính đến khi tham gia điều trị ARV (10/2020 – 9/2024) (n = 373).

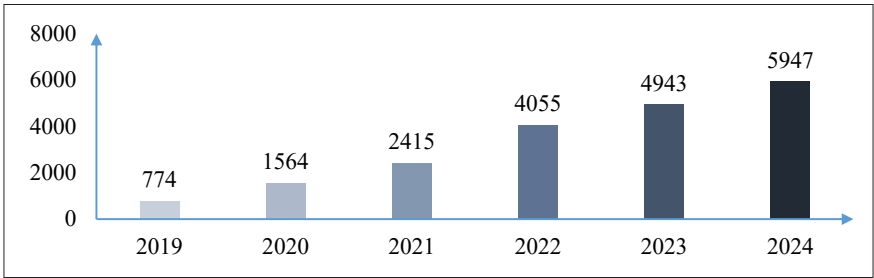
Kết quả thời gian chuyển gửi thành công từ khi có kết quả xét nghiệm khẳng định được mô tả trên 373/413 khách hàng báo cáo đầy đủ

thông tin. Theo đó, có gần 4/5 khách hàng được điều trị trong vòng 7 ngày theo khuyến cáo điều trị sớm của Tổ chức y tế thế giới; 13% số khách

hàng được kết nối điều trị thành công trong vòng 8-30 ngày. Ngoài ra còn ~ 8% khách hàng được kết nối trong thời gian 31-180 ngày sau khi nhận kết quả khẳng định khẳng định, cá biệt

có 1 khách hàng sau 180 ngày có kết quả khẳng định điều trị mới được kết nối điều trị.

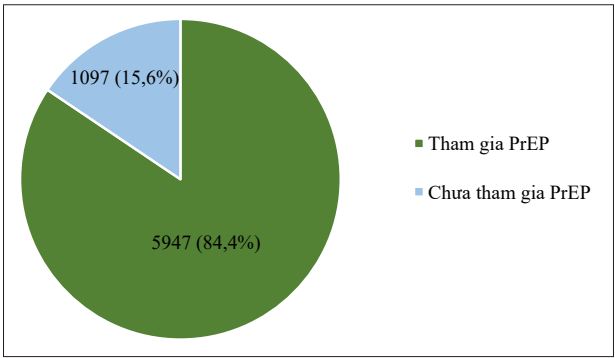
3.3. Kết nối PrEP cho khách hàng xét nghiệm sàng lọc HIV âm tính



Hình 6. Tích lũy số khách hàng tham gia PrEP tại phòng khám SHP (5/2019 – 9/2024) (n=5.947).

Qua hơn 5 năm cung cấp PrEP cho khách hàng, tổng số khách hàng tham gia chương trình PrEP tính từ khi phòng khám SHP bắt đầu cung cấp PrEP đến hết tháng 9/2024 là ~ 6000

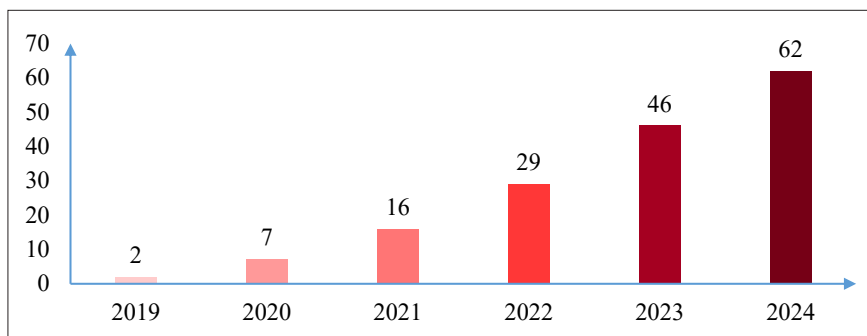
khách hàng. Trong đó năm số khách hàng sử dụng PrEP năm 2022 là cao nhất với > 1.500 khách hàng.



Hình 7. Tỷ lệ tham gia PrEP trong số khách hàng xét nghiệm sàng lọc HIV âm tính tại phòng khám SHP (5/2019 – 9/2024) (n = 7.044).

Số liệu sẵn có về xét nghiệm HIV và kết nối chương trình PrEP tại phòng khám SHP đã có 5.947 trong số 7.044 khách hàng có thông

tin ghi nhận kết quả sàng lọc HIV âm tính tham gia chương trình PrEP, tương đương với tỷ lệ 84,4%.



Hình 8. Tích lũy số ca chuyển đổi huyết thanh của khách hàng PrEP tại SHP (5/2019 – 9/2024) (n = 62).

Tính đến hết tháng 9/2024, phòng khám SHP ghi nhận tổng số 62 trường hợp khách hàng PrEP có chuyển đổi huyết thanh, trong đó số ca chuyển đổi huyết thanh năm 2022 là cao nhất với 17 ca, tiếp theo là năm 2023 với 16 ca.

Bảng 1. Ước tính tỷ suất nhiễm mới HIV của khách hàng PrEP tại phòng khám SHP (5/2019 – 9/2024) (n = 62).

Người-năm	Số ca chuyển đổi huyết thanh	Tỷ lệ HIV mới mắc (trên 100 người năm)	95% KTC
7482,66	62	1,01	0,79 – 1,30

Kết quả ước tính tỷ suất nhiễm mới của 62 ca chuyển đổi huyết thanh trong tổng số 5.947 khách hàng đã tham gia PrEP cho thấy tỷ suất nhiễm mới HIV trong khách hàng sử dụng PrEP tại phòng khám SHP là 1,01/100 người-năm.

Bảng 2. Thông tin nhân khẩu của khách hàng tại phòng khám SHP.

Đặc điểm	Khách hàng xét nghiệm HIV dương tính (n=438) (10/2020 – 9/2024)		Khách hàng PrEP (n=5.947) (5/2019 – 9/2024)		Khách PrEP chuyển đổi huyết thanh (n=62) (5/2019 – 9/2024)	
Tuổi						
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	25 (21– 30)		23 (21 – 28)		22 (20-25)	
16 – 24	201	45,9	3.634	61,1	44	71,0
>24	206	47,0	2.299	38,7	18	29,0
Không có thông tin	31	7,1	14	0,2	0	0
Giá trị p (Fisher's exact test)	0,000					
Giới						
Nam	423	96,6	5.881	98,9	62	100
Nữ	15	3,4	64	1,1	0	0
Không rõ/Từ chối trả lời	0	0	2	0,0	0	0
Giá trị p (Fisher's exact test)	0,001					
Phân loại nhóm nguy cơ cao nhất						
MSM	-		5.651	95,0	62	100
Khác	-		296	5,0	0	0

Các thông tin về tuổi, giới và hành vi nguy cơ của khách hàng tại phòng khám phân theo kết quả xét nghiệm HIV cho thấy tuổi trung vị của khách hàng tham gia chương trình PrEP là 23 tuổi và xét nghiệm HIV dương tính tại phòng khám là 25 tuổi. Chủ yếu khách hàng sử dụng dịch vụ tại phòng khám là nam, cũng như 95,0% khách hàng PrEP là MSM.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trình bày kết quả của mô hình cung cấp dịch vụ dự phòng và chăm sóc HIV liên tục hay còn gọi là mô hình cung cấp dịch vụ HIV trên cơ sở tiếp cận trung tính. Các chương trình y tế công cộng trên toàn cầu đã sử dụng tiếp cận này để thiết lập chương trình điều trị và dự phòng HIV như một chu trình liên tục và khép kín. Khái niệm tình trạng trung tính, hay một số tài liệu còn dịch là mô hình “phi trạng thái HIV” (status-neutral) nhằm hướng tới cách tiếp cận không có kỳ thị, phân biệt đối xử để thu hút, duy trì sự tham gia liên tục của các cá nhân trong dịch vụ dự phòng chăm sóc HIV, bất kể tình trạng HIV là âm tính hay dương tính. ‘Tiếp cận trung tính’ trong mô hình hướng tới điều trị sớm và duy trì điều trị hướng tới đạt ngưỡng tải lượng không phát hiện để loại trừ nguy cơ lây truyền HIV qua quan hệ tình dục. Với người có nguy cơ nhưng chưa nhiễm HIV liệu pháp dự phòng trước phơi nhiễm sẽ được áp dụng. Đây là mô hình chăm sóc liên tục, đa chiều bắt đầu từ xét nghiệm HIV và theo sau là hai hướng đi dựa trên kết quả xét nghiệm, nhưng đều hội tụ ở một trạng thái cuối cùng giống nhau là cá nhân được kết nối và duy trì trong hệ thống dự phòng chăm sóc HIV. Việc áp dụng các cách tiếp cận và mô hình mới trong điều trị và dự phòng - cả về phương diện thông điệp lẫn cách thức triển khai chương trình - là ưu tiên hàng đầu nhằm thúc đẩy tiến bộ và nâng cao hiệu quả của công tác phòng chống HIV. Việc xác định các bước then chốt trong quá trình tiếp cận và tham gia vào chăm sóc HIV đã tạo ra một khung làm việc hữu ích cho các chương trình lâm sàng, đồng thời thúc đẩy các sáng kiến cải tiến chất lượng. Phòng khám SHP, BVDHYHN đã triển

khai chương trình này với sự hỗ trợ kỹ thuật của văn phòng CDC Hoa Kỳ tại Việt Nam.

Kết quả hoạt động xét nghiệm HIV tại phòng khám SHP qua hơn 5 năm triển khai cho kết quả gần 7.500 khách hàng khác nhau sử dụng dịch vụ là minh chứng cho thấy khả năng tiếp cận, cũng như độ bao phủ của phòng khám trong cộng đồng người có nguy cơ lây nhiễm HIV. Với kết quả trung bình khoảng 1.500 lượt khách hàng mới tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV mỗi năm, bên cạnh các khách hàng tiếp cận để xét nghiệm định kỳ, cũng như xét nghiệm cung cấp cho khách hàng đang sử dụng PrEP, góp phần vào hoạt động sàng lọc và phát hiện ca nhiễm HIV tại Hà Nội.

Trong 4 năm kể từ khi hoạt động xét nghiệm khẳng định được triển khai tại BVDHYHN từ tháng 10/2020 đến 9/2024, tổng số ca khẳng định HIV tại phòng khám SHP là 438. Như vậy, trung bình số ca nhiễm HIV trong số khách hàng xét nghiệm tại phòng khám mỗi năm là > 100 ca. Theo thống kê, số người được phát hiện HIV tại Hà Nội giảm dần trong 4 năm từ 2021 (622 người), 2022 (411 người), 2023 (480 người) và 2024 (400 người) [6]. So sánh với số liệu tại Hà Nội, số ca phát hiện từ khách hàng xét nghiệm HIV tại phòng khám SHP đóng góp khoảng 1/4 tổng số ca phát hiện trên địa bàn thành phố. Mặc dù số báo cáo phát hiện của thành phố giảm dần theo thời gian, số ca phát hiện tại phòng khám lại tăng trong các năm sau. Kết quả này có thể gợi ý rằng vai trò của phòng khám trong hoạt động tìm ca tăng dần theo thời gian. Kết quả chung về tỷ lệ HIV+ trong tổng số khách hàng xét nghiệm là 7,2%; và phần lớn khách hàng được chẩn đoán HIV+ tại phòng khám là nam (96,6%) với tuổi trung vị 25, khoảng tứ phân vị 21-30. Kết quả này có thể gợi ý rằng hoạt động tiếp cận trong chương trình tìm ca của phòng khám đã khoanh vùng và tiếp cận đúng các khách hàng nam trẻ tuổi có hành vi nguy cơ cao. Phòng khám cũng đã làm tốt hoạt động chuyển gửi điều trị với 94,3% khách hàng đã được chuyển gửi thành công với 1/2 số khách hàng được chuyển gửi điều trị tại chỗ, tức khách hàng tham gia điều trị ARV tại BVDHYHN. Kết quả 94,3% khách hàng được

chuyển gửi điều trị thành công đáp ứng được mục tiêu 95-95-95 (95% người nhiễm HIV biết tình trạng; 95% người biết tình trạng được điều trị ARV; 95% người được điều trị ARV có tải lượng virus dưới ngưỡng ức chế) của quốc gia vào năm 2030; và cao hơn so với số liệu quốc gia năm 2024 - báo cáo chỉ có 79% người biết tình trạng nhiễm HIV được điều trị ARV trên toàn quốc [7]. Ngoài ra, gần 80% khách hàng HIV+ tại phòng khám được điều trị sớm theo tiêu chuẩn và khuyến cáo từ Tổ chức Y tế thế giới [8, 9] the follow-up ended on Dec/31/2017. 628 patients were included into the study 91.9% were men; median age was 36.1 (Q1–Q3: 29.6–43.8.

Trong số khách hàng có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV âm tính tại phòng khám, 84,4% khách hàng đã tham gia chương trình PrEP. Kết quả này cao hơn tỷ lệ báo cáo có sử dụng PrEP (14,9%) của 210 MSM tham gia nghiên cứu tại phòng khám PrEP tỉnh Cà Mau [10], cao hơn tỷ lệ báo cáo có sử dụng PrEP (75,9%) của 315 MSM tham gia nghiên cứu tại Thanh Hoá [11], và cao hơn so với nghiên cứu tại một phòng cấp cứu cho thấy trong số 238 khách hàng đủ tiêu chuẩn và được chuyển gửi sử dụng PrEP thì chỉ có 76 khách hàng, tương đương với 31,9%, chấp nhận tham gia chương trình PrEP [12]. Số liệu về tỷ lệ tham gia vào chương trình PrEP cao trong số các khách hàng xét nghiệm PrEP tại phòng khám SHP có thể gợi ý rằng việc cung cấp dịch vụ tại chỗ có thể góp phần nâng cao tỷ lệ đồng ý tham gia chương trình PrEP của khách hàng. Số liệu chương trình cũng chỉ ra rằng có 62 trường hợp MSM sử dụng PrEP chuyển đổi huyết thanh trong thời gian tham gia chương trình, tương đương với tỷ suất nhiễm mới HIV là 0,83/100 người-năm. Kết quả này thấp hơn nhiều so với ước tính tỷ suất nhiễm mới HIV trong nhóm MSM chưa sử dụng PrEP tại Hà Nội giai đoạn 2017-2020 ở mức 7,1/100 người-năm [13]. Thông tin này cho thấy hiệu quả bảo vệ và tác động của chương trình PrEP trong việc giảm số nhiễm mới HIV trong nhóm quần thể có nguy cơ cao là rõ rệt.

Hạn chế của nghiên cứu này đến từ việc hồi cứu số liệu sẵn có của một chương trình cung

cấp dịch vụ y tế tại một bệnh viện. Do dữ liệu được thu thập và lưu trữ phục vụ cho mục đích chương trình, không phải mục đích nghiên cứu, nên khó tránh khỏi việc một số thông tin không đầy đủ hoặc thiếu tính hệ thống. Tuy nhiên, đây là nguồn dữ liệu lớn của một phòng khám cung cấp dịch vụ y tế liên quan đến HIV mà không phải nghiên cứu nào cũng có thể tiếp cận và khai thác được. Việc tận dụng và phân tích nguồn dữ liệu thứ cấp này giúp tiết kiệm nguồn lực, cũng như cung cấp thông tin giá trị về tác động và hiệu quả của việc triển khai một mô hình tiếp cận mới trong dự phòng, chăm sóc HIV tại Hà Nội, cũng như tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Mô hình phòng khám Nâng cao sức khỏe tình dục (Sexual Health Promotion-SHP) triển khai dịch vụ dự phòng, chăm sóc HIV liên tục theo tiếp cận tình trạng trung tính đóng góp vào chương trình xét nghiệm và phòng chống HIV tại Hà Nội với số lượng lớn khách hàng mới đến sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV hàng năm.

Việc triển khai mô hình phòng khám theo tiếp cận trung tính đã thúc đẩy việc kết nối điều trị và dự phòng HIV liên tục cho khách hàng có nguy cơ cao trên địa bàn Hà Nội, 94,3% được kết nối điều trị thành công, bao gồm 52,7% điều trị tại BVĐHYYHN, tỷ lệ khách hàng kết nối với chương trình PrEP cao (84,4%).

Mô hình này nên được tích hợp trong các cơ sở y tế để thúc đẩy dự phòng và chăm sóc HIV liên tục, đóng góp vào hoạt động phòng chống tiến tới mục tiêu kết thúc đại dịch AIDS tại Việt Nam năm 2030.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads. Global AIDS Update, Geneva. 2024.
2. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach. WHO Guidelines Approved

- by the Guidelines Review Committee; 2nd ed.; World Health Organization: Geneva. 2016; ISBN 978-92-4-154968-4.
3. World Health Organization Consolidated Guidelines on Differentiated HIV Testing Services; World Health Organization: Geneva. 2024; ISBN 978-92-4-009639-4.
4. Phanuphak N, Ramautarsing R, Chinbunchorn T, et al. Implementing a Status-Neutral Approach to HIV in the Asia-Pacific. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020; 17: 422 – 430. doi:10.1007/s11904-020-00516-z.
5. Gamarel KE, Rebchook G, McCree BM, et al. The Ethical Imperative to Reduce HIV Stigma through Community-engaged, Status-neutral Interventions Designed with and for Transgender Women of Colour in the United States. *J Int AIDS Soc.* 2022; 25: e25907. doi:10.1002/jia2.25907.
6. Nguyễn Thị Ninh. CDC Hà Nội Tình hình dịch HIV/AIDS và hoạt động điều trị PrEP trên địa bàn Hà Nội. Presented at the *Hội thảo luận: Các giải pháp bền vững hoá dự phòng HIV bằng PrEP. Phòng khám Thái Thịnh.* 2025.
7. Bá Lợi 95 - 95 - 95. Việt Nam hiện giờ đang ở đâu? Accessed on 29 June 2025. <https://vaac.gov.vn/95-95-95-viet-nam-hien-gio-dang-o-dau.html>.
8. Bogdanić N, Bendig L, Lukas D, et al. Timeliness of Antiretroviral Therapy Initiation in the Era before Universal Treatment. *Sci Rep.* 2021; 11: 10508. doi:10.1038/s41598-021-90043-7.
9. Zhao B, Ding H, Song W, et al. Antiretroviral Therapy Initiation within 7 and 8–30 Days Post-HIV Diagnosis Demonstrates Similar Benefits in Resource-Limited Settings. *AIDS.* 2022; 36: 1741 – 1743. doi:10.1097/QAD.0000000000003327.
10. Lê Thùy Diệu, Trương Kim Út, Nguyễn Hồng Cầu, Đỗ Minh Hiệp, cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV tại cdc tỉnh Cà Mau năm 2022. *Tạp chí Y học dự phòng.* 2022; 32: 262 – 273. doi:<https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/907>.
11. Trần Văn Hiệp, Lê Trường Sơn, Nguyễn Đức Thanh, cộng sự. Hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV trên nhóm msm tại Thanh Hóa, năm 2022. *Tạp chí Y học dự phòng.* 2022; 32: 211 – 222. doi:<https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/902>.
12. Faryar KA, Braun R, Ancona RM, et al. Acceptance of HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Referral among a Sample of PrEP-Eligible Emergency Department Patients. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2022; 60: 152 – 155. doi:10.1016/j.ajem.2022.07.055.
13. Le MG. The Hanoi MSM (HIM-Hanoi) Study: Evidence for Action on HIV Epidemic among MSM. Presented at the *Dissemination Workshop: Evidence for Action on HIV Prevention and Treatment among MSM in Vietnam.* School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University. 2019.

IMPLEMENTATION OUTCOMES OF HIV TESTING, TREATMENT REFERRAL AND LINKAGE, AND PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS SERVICES AT SEXUAL HEALTH PROMOTION CLINIC IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL BETWEEN 2019 AND 2024.

Bui Thi Minh Hao¹, Dang Thi Huong¹, Lung Bich Ngoc¹, Le Minh Giang^{1,2}

¹*Center for Training and Research on Substance Abuse HIV, Hanoi Medical University*

²*School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

This study analyzes existing data from the Sexual Health Promotion (SHP) Clinic, at Hanoi Medical University Hospital (HMHU) between May 2019 and September 2024 to assess outcomes of HIV testing services and the effectiveness of linkage to HIV prevention and care under a status-neutral approach. The HIV prevalence among clients was 7.2% (438/6,073 with a median age of 25 years (IQR: 21–30) among those who tested positive. Successful treatment linkage was achieved in 94.3% (413/438) of HIV-positive clients, with half (217/413) initiating antiretroviral therapy (ART) at HMHU. Among clients who tested HIV-negative, 84.4% (5,957/7,044) enrolled in the PrEP program at SHP Clinic. The majority of PrEP clients were men who have sex with men (MSM) (95.0%; 5,651/5,957), with a median age of 23 years (IQR: 21–28). A total of 62 PrEP users seroconverted during

the observation period (100% MSM; median age: 22 years [IQR: 20–25]), yielding an HIV incidence rate of 0.83 per 100 person-years (95% CI: 0.65–1.06). The study reveals a high HIV prevalence among young male clients, with encouraging outcomes in rapid ART initiation—94.3% linked to treatment, with most starting within 7 days of diagnosis. PrEP uptake among HIV-negative clients was also high. The observed HIV incidence among PrEP users is substantially lower than previous estimates, suggesting a significant preventive effect. These findings highlight the effectiveness of the SHP Clinic’s status-neutral model in facilitating screening, diagnosis, referral to treatment, and sustained HIV prevention, particularly among young MSM.

Keywords: HIV testing, treatment linkage and referral, Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), HIV status-neutral.

SỰ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC SAU CAN THIỆP CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NĂM 2023

Nguyễn Thị Hải Liên^{1*}, Đặng Huy Quốc Thịnh², Lê Thị Kim Ánh³, Lê Nguyễn Thùy Khanh⁴, Lê Hoàng Linh¹, Võ Thị Thùy Trang¹, Lê Thị Uyển Nhi¹, Nguyễn Quốc Đạt¹, Trần Thị Diễm Hằng¹, Võ Minh Tuấn¹

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y tế công cộng

⁴Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Ung thư (UT) là một trong những thách thức y tế lớn nhất hiện nay, với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng trên toàn cầu. Điều này kéo theo nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) ngày càng cao nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống (CLCS) cho người bệnh, đặc biệt ở những người mắc UT giai đoạn cuối. Tuy nhiên, việc triển khai CSGN tại nhiều cơ sở y tế còn gặp khó khăn do hạn chế về nguồn lực và tổ chức, chưa đáp ứng nhu cầu thực tế. Trong giai đoạn hệ thống y tế Việt Nam đang ngày càng mở rộng và hoàn thiện, hướng đến phát triển toàn diện dịch vụ CSGN cho người mắc UT ở tất cả các tuyến, chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả có phân tích trước – sau không nhóm chứng trên 115 người bệnh UT nội trú và ngoại trú và người chăm sóc chính, tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức (2022–2023) nhằm mô tả sự cải thiện CLCS của người bệnh UT sau can thiệp CSGN toàn diện. Kết quả cho thấy, CLCS cải thiện rõ sau can thiệp, đặc biệt từ tuần thứ 2. Người bệnh đã nghỉ việc có CLCS thấp hơn người còn đi làm (KTC95%: -7,22 đến -1,72). Điểm CLCS trung bình tăng từ 55,4 lên 63,4 sau 8 tuần, cho thấy hiệu quả tích cực của mô hình CSGN toàn diện. Can thiệp CSGN có thể cải thiện CLCS của người bệnh. Nó có thể mang lại lợi ích toàn diện, đặc biệt trong việc nâng cao sức khỏe tinh thần và chất lượng các mối quan hệ xã hội – những yếu tố vốn đóng vai trò quyết định đối với sự thích ứng và khả năng đối diện với bệnh tật của người bệnh UT.

Từ khóa: Ung thư; chăm sóc giảm nhẹ; can thiệp cải thiện CLCS; đánh giá WHOQOL-BREF; phân tích hồi quy MEM; bệnh viện Thành phố Thủ Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đang trở thành gánh nặng y tế và xã hội ngày càng nghiêm trọng trên toàn cầu. Năm 2020, Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC), báo cáo khoảng 19,3 triệu ca mắc mới và 10 triệu ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, với xu hướng tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng [1]. Tại Việt Nam, ung thư là một gánh nặng y tế lớn với khoảng 182.563 ca mắc mới và 122.690 ca tử vong, đứng thứ hai

trong các nguyên nhân tử vong chỉ sau bệnh tim mạch [2]. Đáng chú ý, theo mô hình dự báo kinh tế được công bố trên JAMA Oncology (2023), tổng chi phí kinh tế toàn cầu do ung thư trong giai đoạn 2020 – 2050 ước tính lên tới 25,2 nghìn tỷ USD, tương đương khoảng 0,55% GDP toàn cầu mỗi năm [3].

Bên cạnh các phương pháp điều trị đặc hiệu, chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) ngày càng được xem là một trong những yếu tố then chốt trong

*Tác giả: Nguyễn Thị Hải Liên

Địa chỉ: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0968 869 986

Email: hailienyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/07/2025

Ngày phản biện: 25/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

chiến lược điều trị toàn diện, nhất là đối với người bệnh ung thư giai đoạn tiến triển. CSGN theo WHO là một phương pháp tiếp cận nhằm nâng cao CLCS cho người bệnh và gia đình họ thông qua phát hiện sớm, đánh giá chính xác và điều trị các đau đớn thể chất, cũng như hỗ trợ về khía cạnh tâm lý – xã hội cùng sức khỏe tinh thần [4]. Báo cáo “Global Atlas of Palliative Care” (2020) cho thấy, trên toàn thế giới, có hơn 56,8 triệu người trên thế giới cần được tiếp cận CSGN mỗi năm, trong đó 31,1 triệu người ở giai đoạn trước và 25,7 triệu người ở giai đoạn cuối đời. Tuy nhiên, con số này mới chỉ đáp ứng được khoảng 12% nhu cầu CSGN trên toàn cầu phản ánh sự thiếu hụt nghiêm trọng về năng lực hệ thống và nhân lực chuyên môn [5].

Tại Việt Nam, CSGN được triển khai từ năm 2001 thông qua các chương trình hợp tác quốc tế. Năm 2006, Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn CSGN đầu tiên cho người bệnh ung thư và HIV/AIDS. Đến năm 2022, hướng dẫn này được cập nhật theo Quyết định 183/QĐ-BYT nhằm mở rộng phạm vi áp dụng bằng cách ban hành hướng dẫn chuyên môn và khung pháp lý về sử dụng opioid, đào tạo nhân viên y tế và thành lập đơn vị CSGN tại một số bệnh viện tuyến trung ương, đánh dấu bước tiến quan trọng trong phát triển dịch vụ CSGN trên toàn quốc [6]. Tuy nhiên, việc triển khai CSGN hiện nay vẫn gặp nhiều thách thức lớn, từ sự thiếu hụt nhân lực y tế được đào tạo chuyên môn, rào cản trong tiếp cận thuốc giảm đau - đặc biệt là morphin đến việc chưa có cơ chế bảo hiểm y tế đảm bảo hỗ trợ đầy đủ [6, 7].

Vào năm 2021, một nghiên cứu được thực hiện tại 6 bệnh viện lớn ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ điều dưỡng viên có hiểu biết đầy đủ và áp dụng hiệu quả các nguyên lý CSGN còn thấp, đồng thời thiếu sự phối hợp liên ngành giữa các hoạt động điều trị, phục hồi chức năng và hỗ trợ tinh thần [8, 9]. Thêm vào đó, theo khảo sát toàn cầu của WHO năm 2020–2021, chỉ có khoảng 28% các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp đưa các dịch vụ CSGN bao gồm kiểm soát đau và hỗ trợ cuối đời vào gói bảo hiểm y tế cơ bản [10]. Nhằm đáp ứng nhu cầu cấp thiết về phát triển và mở rộng CSGN trên

toàn hệ thống y tế theo định hướng triển khai CSGN toàn diện tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, nghiên cứu này được tiến hành trong giai đoạn 2022–2023 với mục tiêu là mô tả sự cải thiện CLCS của người bệnh ung thư sau can thiệp CSGN.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ung thư từ 18 tuổi trở lên ở mọi giai đoạn và đang được điều trị ngoại trú hoặc nội trú tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh, trong thời gian nghiên cứu. Người chăm sóc chính của người bệnh cũng được tiếp cận trong trường hợp cần hỗ trợ cung cấp thông tin. Người bệnh trong tình trạng nguy kịch hoặc không đủ khả năng giao tiếp để tham gia phỏng vấn sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức giai đoạn năm 2022-2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả có phân tích trước – sau không nhóm chứng, nhằm so sánh sự thay đổi ở 5 thời điểm: 1 lần đo trước can thiệp và 4 lần đo sau can thiệp tại các thời điểm 1, 2, 4 và 8 tuần. Các chiến lược triển khai gồm:

Ở cấp độ NVYT

Chiến lược cập nhật kiến thức, nâng cao năng lực chuyên môn cho NVYT tại khoa Ung Bướu

Tập huấn luyện, cập nhật kiến thức về CSGN với bác sĩ và điều dưỡng: phối hợp với Bộ môn CSGN – Đại học Y Dược TP.HCM, Khoa CSGN bệnh viện Ung Bướu TP.HCM và Khoa Ung Bướu BVTPĐ để tổ chức 06 buổi tập huấn với các nội dung như kiểm soát giảm đau trong CSGN, hướng dẫn quy trình thông báo tin xấu, dinh dưỡng lâm sàng cho người bệnh,

thực hành đặt kim dưới da để tiêm morphine, kỹ năng thấu cảm chia sẻ nỗi đau, hướng dẫn chăm sóc cuối đời cho người bệnh và NCS.

Thành lập nhóm NVYT nòng cốt hỗ trợ CSGN cho người bệnh bao gồm bác sĩ và điều dưỡng Khoa Ung Bướu, nhân viên Phòng Công tác xã hội, nhân viên Khoa Tâm thể tình nguyện tham gia vào nhóm.

Chiến lược kết nối các giá trị giữa NVYT với người bệnh và NCS.

Nghiên cứu viên kết hợp với các cán bộ triển khai (bao gồm nhà quản lý bệnh viện, lãnh đạo Khoa Ung Bướu, các bác sĩ, điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh) để thực hiện kết nối và tổ chức cho NVYT tham gia những chuyến đi mang tính chữa lành về tinh thần để giảm bớt áp lực, căng thẳng trong công việc, giúp người bệnh có thể kết nối với nhau, kết nối với NVYT nhiều hơn.

Ở cấp độ người bệnh

Chiến lược kết nối các giá trị giữa NVYT với người bệnh và NCS.

Thành lập CLB Sống khỏe Sống vui cho người bệnh, NCS, với sự tham gia của NVYT Khoa Ung Bướu – BVTPTĐ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM. CLB Sống khỏe Sống vui tổ chức thường xuyên 2 lần/tháng các buổi giao lưu, sinh hoạt chuyên đề, nhằm kết nối giữa người bệnh, NCS và NVYT tại nhà của người bệnh, tại bệnh viện, tại các không gian sinh hoạt cộng đồng. Đồng thời, CLB tổ chức sinh hoạt định kỳ các chuyến dã ngoại, du lịch chữa lành 2 lần/năm. CLB Sống khỏe Sống vui được tài trợ bởi quỹ Hành trình Gieo yêu thương và do người bệnh đóng góp tự nguyện, công khai, minh bạch.

Chiến lược truyền thông, cung cấp thông tin về y tế và sức khỏe cộng đồng mang tính chính thống, khoa học cho người bệnh, NCS và NVYT

Tạo nhóm Zalo kết nối giữa người bệnh, NCS và NVYT. Đồng thời, kết hợp tư vấn kịp

thời và giải đáp các thắc mắc của người bệnh và NCS. Thành lập trang thông tin về CSGN, biên soạn, cung cấp và chia sẻ tài liệu, bài viết hướng dẫn CSGN cho người bệnh, NCS, NVYT.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức so sánh hai trung bình ghép cặp với các giả định như sau: điểm số trung bình CLCS trước can thiệp của người bệnh ung thư trong nghiên cứu là 55,4, trung bình CLCS sau can thiệp của người bệnh ung thư được kỳ vọng là 58,4 điểm, mức ý nghĩa là 5%, lực nghiên cứu là 80%, hệ số tương quan giữa CLCS trước và sau can thiệp của người bệnh là 0,5, phương sai phần dư là 100 Cỡ mẫu tính được bằng phần mềm Stata với lệnh `power repeated 55,4 58,4, corr(0.5) varerror(100)`. Kết quả tính toán cho thấy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 90 người bệnh. Thời gian đánh giá trước sau là 1, 2, 4, 8 tuần, do đó có khả năng có người bệnh tử vong hoặc mất theo dõi hoặc từ chối tham gia tiếp tục nghiên cứu. Như vậy, cỡ mẫu cần thiết được bổ sung 30% để dự phòng các tình huống này. Vậy cỡ mẫu cần thiết là $90 + 30 = 120$ người bệnh.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Trên thực tế, nghiên cứu đã thu nhận 126 người bệnh, được chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách người bệnh nội trú tại thời điểm thu thập dữ liệu và từ danh sách người bệnh ngoại trú đến truyền thuốc trong vòng một tuần kết quả có 40 người nội trú tại thời điểm thu thập số liệu của giai đoạn này và 86 người ngoại trú (trong tổng số 140 người đến truyền thuốc trong 1 tuần thu thập dữ liệu) được đưa vào nghiên cứu, thỏa mãn các tiêu chí chọn vào và loại ra. Tất cả đối tượng được theo dõi qua 5 vòng khảo sát: 1 vòng trước và 4 vòng sau can thiệp (tại các thời điểm 1, 2, 4 và 8 tuần), trong đó có 115 người bệnh hoàn thành đầy đủ toàn bộ các vòng đánh giá.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số bao gồm đặc điểm dân số xã hội và các triệu chứng của người bệnh theo bộ công cụ VietPOS và biến số về CLCS của người bệnh được đánh giá bằng bộ công cụ WHOQOL-

BREF của Tổ chức Y tế Thế giới [11] . Bộ công cụ này gồm 26 câu hỏi, chia thành bốn lĩnh vực: thể chất, tâm lý, quan hệ xã hội và môi trường. Tổng điểm CLCS được tính bằng trung bình cộng của các lĩnh vực và quy đổi về thang điểm 100 theo hướng dẫn của WHO, trong đó điểm số càng cao phản ánh CLCS càng tốt.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Chuẩn bị:

Nhóm gồm 03 điều tra viên có kinh nghiệm phỏng vấn định lượng.

Tập huấn cho 03 điều tra viên về nội dung, phương pháp nghiên cứu và các bước tiến hành khảo sát.

Cách thức tập huấn:

Tập huấn chậm rãi, bám sát nội dung bộ câu hỏi và mục tiêu của nghiên cứu.

Hướng dẫn điều tra viên kiểm tra, rà soát lại sau mỗi cuối ngày đảm bảo đầy đủ các thông tin.

Hướng dẫn điều tra viên khi phỏng vấn không gợi mở câu trả lời cho đối tượng tham gia.

Điều tra viên phối hợp cùng với điều dưỡng của Khoa Ung Bướu tiến hành phỏng vấn người bệnh. Cuối mỗi ngày, điều tra viên tiến hành kiểm tra lại mẫu khảo sát và bổ sung những nội

dung còn thiếu, báo cáo số lượng để đảm bảo không mất mẫu nghiên cứu.

Các ĐTV tiến hành họp để trao đổi về những khó khăn, thắc mắc trong quá trình thu thập mẫu . Người phụ trách nghiên cứu sẽ đưa ra giải pháp và cung cấp hướng dẫn ngay trong ngày, nhằm hạn chế sai sót lặp lại.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng Stata 15.1. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Sự thay đổi điểm CLCS trước và sau can thiệp được đánh giá theo thời gian qua 5 vòng khảo sát phân tích bằng mô hình mixed-effect model (MEM).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng cho phép theo Quyết định số 54/2023/YTCC-HD3 ngày 10 tháng 02 năm 2023. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện thành phố Thủ Đức số 68/QĐ-BV ngày 01 tháng 06 năm 2022.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 115)

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<60	60	52,2
	≥60	55	47,8
Giới tính	Nam	41	35,7
	Nữ	74	64,3
Hộ khẩu thường trú	Thành thị	50	43,5
	Nông thôn	65	56,5
Dân tộc	Kinh	114	99,1
	Khác	1	0,9
Tôn giáo	Phật giáo	24	20,9
	Thiên Chúa giáo	21	18,3
	Không tôn giáo	58	50,4
	Khác (Cao Đài)	12	10,4

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 115) (tiếp)

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Học vấn	Không đi học	8	7,0
	Tiểu học	27	23,5
	THCS	32	27,8
	THPT	29	25,2
	Trung cấp – Cao đẳng	3	2,6
	Đại học – Sau đại học	16	13,9
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	7	6,1
	Kết hôn	99	86,1
	Khác	9	7,8
Nghề nghiệp trước khi mắc bệnh	Cán bộ viên chức	10	8,7
	Công nhân	20	17,4
	Kinh doanh, buôn bán	15	13,0
	Nội trợ/Lao động tự do	46	40,0
	Khác	24	20,9
Tình trạng nghề nghiệp hiện tại	Đang làm việc bình thường	19	16,5
	Nghỉ việc có thời hạn	12	10,4
	Không đi làm (nghỉ việc hẳn)	84	73,0
Tham gia bảo hiểm y tế	Không	1	0,9
	Có	114	99,1
Người hỗ trợ trong quá trình điều trị	Bố/mẹ	5	4,3
	Vợ/chồng	63	54,8
	Anh/chị/em	9	7,8
	Khác	38	33,0

Trong tổng số 115 người bệnh được theo dõi đầy đủ qua 5 vòng, tỷ lệ người bệnh dưới 60 tuổi và từ 60 tuổi trở lên là tương đương nhau. Phụ nữ chiếm đa số với khoảng 64% tổng số

người bệnh, trong đó 86,1% đã lập gia đình. Bên cạnh đó, 73% người bệnh đã nghỉ hưu hoặc không còn khả năng lao động và có tới 99,1% tham gia bảo hiểm y tế (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh học của người bệnh (n = 115)

Đặc điểm bệnh học		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ung thư nguyên phát	Đầu - Mặt - Cổ	11	
	Hô hấp	15	9,6
	Tiêu hóa	39	13,0
	Vú – phụ khoa	33	28,7
	Tiết niệu - Sinh dục nam	4	3,5
	Khác (Máu,...)	13	11,3

Bảng 2. Đặc điểm bệnh học của người bệnh (n = 115) (tiếp)

	Đặc điểm bệnh học	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh hiện tại	Giai đoạn 1	12	10,4
	Giai đoạn 2	39	33,9
	Giai đoạn 3	52	45,2
	Giai đoạn 4	12	10,5
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật (Có)	65	56,5
	Hóa trị (Có)	89	77,4
	Xạ trị (Có)	9	7,8
	Nội tiết (Có)	6	5,2
	Nhắm trúng đích (Có)	6	5,2
Biến chứng	Phù chi (có)	6	5,2
	Rụng tóc (có)	57	49,6
	Không biến chứng (có)	51	44,3
	Khác (đau cơ, sụt cân,...) (có)	9	7,8

Trong 115 người bệnh tham gia nghiên cứu, vị trí ung thư nguyên phát rất đa dạng, phổ biến nhất là cơ quan tiêu hóa chiếm 33,9% và vú - phụ khoa chiếm 28,7%. Tiếp theo là vùng hô hấp, vùng khác (máu,...), vùng đầu - mặt - cổ và vùng tiết niệu - sinh dục nam lần lượt là 13,0%, 11,3%, 9,6% và 3,5%. Tỷ lệ người bệnh trong nghiên cứu đang ở giai đoạn 3 chiếm 45,2%.

Các giai đoạn còn lại là lần lượt là giai đoạn 2 (33,9%), giai đoạn 4 (10,5%) và giai đoạn 1 (10,4%). Phương pháp điều trị được chỉ định thực hiện với phương pháp hoá trị (77,4%) và phẫu thuật (56,5%), xạ trị (7,8%), nội tiết và nhắm trúng đích với cùng tỷ lệ 5,2%, biến chứng rụng tóc là xuất hiện nhiều nhất chiếm 49,6%.

Bảng 3. Kết quả điểm chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp (n = 115)

		Thể chất	Tâm lý	Xã hội	Môi trường	Chung
Trước can thiệp	Trung bình	48,8	55,6	58,3	58,8	55,4
	Độ lệch chuẩn	13,5	15,1	15,6	13,1	11,3
	Điểm thấp nhất	6	8	19	25	29,7
	Điểm cao nhất	81	94	100	88	76,5
Sau 01 tuần	Trung bình	47,7	57,1	63,5	58,5	56,7
	Độ lệch chuẩn	11,5	12,9	14,6	12,7	10,0
	Điểm thấp nhất	19	25	31	25	33
	Điểm cao nhất	69	94	94	94	81,2
Sau 02 tuần	Trung bình	50,5	61,8	64,9	59,5	59,2
	Độ lệch chuẩn	9,8	13,4	15,5	11,7	10,2
	Điểm thấp nhất	19	31	25	25	36
	Điểm cao nhất	78	94	94	94	83

Bảng 3. Kết quả điểm chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp (n = 115) (tiếp)

		Thể chất	Tâm lý	Xã hội	Môi trường	Chung
Sau 04 tuần	Trung bình	52,4	59,1	68,1	61,1	60,2
	Độ lệch chuẩn	10,1	11,3	12,3	9,2	7,8
	Điểm thấp nhất	25	31	44	31	40,5
	Điểm cao nhất	69	88	100	81	78,2
Sau 08 tuần	Trung bình	50,1	65,5	72,3	65,6	63,4
	Độ lệch chuẩn	11,6	9,7	13,7	10,0	7,3
	Điểm thấp nhất	19	38	19	38	40,8
	Điểm cao nhất	75	88	100	88	81,2

Kết quả sơ bộ về điểm CLCS trung bình theo từng phương diện và điểm CLCS chung bình chung của toàn bộ mẫu nghiên cứu cho thấy có một sự cải thiện rõ rệt điểm CLCS trung bình cải thiện rõ rệt và liên tục tăng lên qua các giai

đoạn can thiệp. Cụ thể, từ 55,4 điểm trước khi can thiệp lên 56,7 điểm vào tuần đầu tiên sau can thiệp và tiếp tục đạt 59,2, 60,2 và 63,4 điểm vào các tuần thứ 2, 4 và 8 sau can thiệp.

Bảng 4. Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống sau can thiệp so với trước can thiệp (n = 115)

Các biến số		Hệ số hồi quy	P	Khoảng tin cậy (KTC) 95%	
Thời gian	Trước can thiệp	-	-	-	-
	Sau can thiệp 1 tuần	1,31	0,241	-0,88	3,50
	Sau can thiệp 2 tuần	3,80	0,001	1,61	5,99
	Sau can thiệp 4 tuần	4,78	<0,001	2,59	6,97
	Sau can thiệp 8 tuần	7,99	<0,001	5,80	10,18
Giới	Nam	-	-	-	-
	Nữ	-0,94	0,408	-3,16	1,29
Tuổi	<60	-	-	-	-
	≥60	0,43	0,666	-1,52	2,39
Tôn giáo	Phật giáo	-	-	-	-
	Thiên chúa giáo	0,84	0,593	-2,23	3,90
	Không	0,42	0,742	-2,07	2,90
	Khác	2,00	0,28	-1,63	5,62
Hôn nhân	Độc thân/li dị/góa	-	-	-	-
	Kết hôn	2,47	0,077	-0,27	5,20
Nghề nghiệp hiện tại	Đang đi làm	-	-	-	-
	Nghỉ tạm thời	-3,61	0,071	-7,52	0,30
	Nghỉ việc	-4,47	0,001	-7,22	-1,72
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn 1	-	-	-	-
	Giai đoạn 2	0,89	0,608	-2,51	4,28
	Giai đoạn 3	-0,13	0,942	-3,57	3,32
	Giai đoạn 4	-3,62	0,097	-7,89	0,65

Dấu (-): Nhóm so sánh

Nhóm nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp bằng mô hình hỗn hợp tuyến tính đa biến (MEM) với các biến độc lập gồm giới, tuổi, tôn giáo, nghề nghiệp, giai đoạn ung thư, vị trí, di căn... Các biến không liên quan được loại bỏ dựa trên tiêu chí AIC. Điểm CLCS cải thiện rõ rệt sau can thiệp, đặc biệt tại các tuần 2, 4 và 8. Ngoài ra, người bệnh đã nghỉ việc có điểm CLCS thấp hơn đáng kể so với người còn đi làm (KTC 95% -7,22 đến -1,72).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là một trong những nghiên cứu đầu tiên mô tả hiệu quả can thiệp chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam. Trong 115 người bệnh được theo dõi đầy đủ qua 5 vòng, kết quả cho thấy không có sự chênh lệch đáng kể về độ tuổi giữa người bệnh dưới 60 và từ 60 tuổi trở lên. Đa số đối tượng tham gia là nữ chiếm gần một nửa tổng số người bệnh tham gia. Bên cạnh đó, người bệnh tham gia đã có gia đình chiếm 86,1% và có 40% là nội trợ/lao động tự do.

Hầu hết người bệnh tham gia nghiên cứu đều có tham gia bảo hiểm y tế, trong khi 73% người bệnh không đi làm. Trong suốt 5 tháng can thiệp, kết quả cho thấy có sự thay đổi về điểm trung bình ở tình trạng thể chất được cải thiện rõ rệt, từ 48,8 điểm trước can thiệp và 47,7 sau can thiệp 1 tuần, tăng lên trên 50 điểm ở các tuần 2, 4 và 8. Bên cạnh đó, các yếu tố tâm lý, xã hội và môi trường có tăng điểm trung bình nhưng thay đổi nổi bật nhất được ghi nhận ở yếu tố xã hội tăng 14 điểm. Nhìn chung sau 4 vòng khảo sát, điểm CLCS trước và sau khi can thiệp có sự thay đổi đáng kể ($p < 0,05$, $p < 0,001$). Sự cải thiện CLCS được thể hiện rõ qua hệ số hồi quy, tăng 3,80 lần sau 2 tuần với KTC 95% (-0,88) – (3,5), tăng 4,78 lần sau 4 tuần với KTC 95% (2,59) – (6,97) và tăng tới 7,99 lần sau 8 tuần so với trước can thiệp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về tác động tích cực của đi bộ trong chánh niệm hoặc tập thể dục đối với CLCS của người bệnh ung thư [12, 13]. Bên cạnh đó, nghiên cứu thí điểm ngẫu nhiên trên người bệnh ung thư vú, cho thấy cả hai nhóm đi bộ trong chánh niệm và đi bộ vừa

phải đều có thay đổi tích cực về sức khỏe sau 16 tuần. Tương tự, Mishra SI và cộng sự trên 3694 người bệnh ung thư cũng nêu ra rằng tập thể dục mang lại lợi ích rõ rệt cho những người bệnh có CLCS kém [12]. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ ra một điểm đáng lưu ý đó là người bệnh đã nghỉ việc có CLCS giảm 4,47 lần so với người bệnh đang đi làm, cho thấy nghề nghiệp có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với sự thay đổi CLCS sau can thiệp. Điều này có thể phản ánh tác động tiêu cực của việc mất đi vai trò xã hội, nguồn thu nhập và các mối quan hệ lên CLCS của người bệnh. Vì vậy, trong thiết kế và triển khai các chương trình CSGN cần chú trọng đến các can thiệp hỗ trợ tâm lý - xã hội nhằm đáp ứng nhu cầu đặc thù của nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Việc phân tích kết quả sau 5 lần đánh giá đã cho thấy can thiệp CSGN có thể cải thiện CLCS của người bệnh. Điểm số CLCS chung có xu hướng cải thiện rõ rệt sau can thiệp, từ 55,4 trước can thiệp lên 63,4 sau 8 tuần can thiệp. Sự cải thiện này không chỉ được ghi nhận ở điểm số tổng thể mà còn thể hiện ở tất cả các khía cạnh của CLCS, bao gồm tâm lý (tăng từ 55,6 lên 65,5), thể chất (tăng từ 48,8 lên 50,1), xã hội (tăng từ 58,3 lên 72,3) và môi trường (tăng từ 58,8 lên 65,6). Kết quả cho thấy CSGN có thể mang lại lợi ích toàn diện, đặc biệt trong việc nâng cao sức khỏe tinh thần và chất lượng các mối quan hệ xã hội – những yếu tố vốn đóng vai trò quyết định đối với sự thích ứng và khả năng đối diện với bệnh tật của người bệnh ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020. Accessed on 20 June 2025. <https://www.iarc.who.int/news-events/latest-global-cancer-data-cancer-burden-rises-to-19-3-million-new-cases-and-10-0-million-cancer-deaths-in-2020/>.

2. Bộ Y tế. Tình hình ung thư tại Việt Nam. Truy cập ngày 20 tháng 6 năm 2025. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/tinh-hinh-ung-thu-tai-viet-nam.
3. Chen S, Cao Z, Prettnner K, et al. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050". *JAMA Oncol.* 2023; 9 (4): 465 - 472.
4. WHO. Palliative care. Accessed on 20 June 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. WHO. Global atlas of medical devices, World Health Organization. Geneva. 2020.
6. Bộ Y tế. Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25/01/2022 về việc ban hành “Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
7. Pacific Cross Chăm sóc giảm nhẹ (Palliative Care) ở Việt Nam. Truy cập ngày 20 tháng 6 năm 2025. <https://pacificcross.com.vn/vi/cham-soc-giam-nhe-palliative-care-o-viet-nam/>.
8. Y học Cộng đồng. Thực trạng chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam. Truy cập ngày 20 tháng 6 năm 2025. <https://yhoccongdong.com/ung-thu/thuc-trang-cham-soc-giam-nhe-tai-viet-nam/>.
9. Ngọc Ánh Phạm Đình Sơn Vũ, Thị Vân Anh Đặng, Thúy Phượng Lê. Thực trạng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại Trung tâm ung bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2022; 05: 02
10. WHO. WHO Global Survey on the Inclusion of Cancer Care in Health-Benefit Packages, 2020–2021, World Health Organization, Geneva. 2024.
11. WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, World Health Organization. Accessed on 20 June 2025. https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.
12. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 8: Cd007566.
13. Schröder ML, Stöckigt B, Binting S, et al. Feasibility and Possible Effects of Mindful Walking and Moderate Walking in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Pilot Study With a Nested Qualitative Study Part. *Integr Cancer Ther.* 2022; 21: 15347354211066067.

IMPROVEMENTS IN THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS AT THU DUC CITY HOSPITAL AFTER PALLIATIVE CARE INTERVENTION IN 2023

Nguyen Thi Hai Lien¹, Dang Huy Quoc Thinh², Le Thi Kim Anh³,
Le Nguyen Thuy Khanh⁴, Le Hoang Linh¹, Vo Thi Thuy Trang¹, Le Thi Uyen Nhi¹,
Nguyen Quoc Dat¹, Tran Thi Diem Hang¹, Vo Minh Tuan¹

¹*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city*

²*Ho Chi Minh Oncology Hospital*

³*Hanoi University of Public Health*

⁴*University Medical Center HCMC*

Cancer remains one of the greatest global health challenges, with incidence and mortality rates continuing to rise worldwide. This escalating burden has created an urgent demand for palliative care (PC) to improve and enhance patients' quality of life (QoL), particularly among those with advanced-stage cancer. However, the implementation of PC in many healthcare settings remains limited due to constraints in resources and organization, leaving a gap between clinical needs and service provision. In the context of Vietnam's health system undergoing continuous expansion and improvement toward comprehensive development of palliative care services for patients with cancer across all levels, we conducted a pre-post analytical descriptive study without a control group on 115 inpatients and outpatients with cancer and their primary caregivers at Thu Duc City Hospital (2022–2023) to describe the improvements in the quality of life of cancer patients after

comprehensive palliative care interventions. Results showed significant improvements in QoL after the intervention, with notable changes observed as early as week 2. Patients who were unemployed reported significantly lower QoL compared with those still employed (95% CI: -7.22 to -1.72). Overall, mean QoL scores increased from 55.4 at baseline to 63.4 after 8 weeks, highlighting the positive impact of a comprehensive PC model on the well-being of cancer patients. PC intervention can improve patients' QoL. It can bring comprehensive benefits, especially in improving mental health and the quality of social relationships - factors that play a decisive role in the adaptation and ability to face the disease of cancer patients.

Keywords: Cancer; Palliative care; QoL improvement intervention;

WHOQOL-BREF assessment; Mixed-effects model regression; Thu Duc City Hospital

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH 2021-2023

Nguyễn Thị Hồng^{1*}, Trương Thị Thùy Dương¹, Vũ Ngọc Huyền¹, Phạm Huy Cường²
Hoàng Quốc Huy¹

¹*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

²*Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và mô tả một số yếu tố liên quan của thai phụ tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh 2021-2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 286 thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần được sàng lọc ĐTĐTK tại khoa khám Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ 10/2021 đến 10/2023. Kết quả cho thấy tuổi thai phụ gặp nhiều nhất là từ 25-29 (43,7%), tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là $28,59 \pm 5,08$, tỉ lệ mắc ĐTĐTK của nhóm nghiên cứu là 39,9% (114). Một số yếu tố liên quan đến tình trạng ĐTĐTK gồm tuổi sản phụ ≥ 35 , BMI ≥ 25 , siêu âm thai có đa ối, thai phụ có ĐTĐ thể hệ 1, THA thể hệ 1 ($p < 0,05$). Không thấy có mối liên quan giữa trọng lượng thai to trên siêu âm với tình trạng ĐTĐTK. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc ĐTĐTK là khá cao. Vì vậy, tất cả các phụ nữ mang thai cần phải được sàng lọc ĐTĐTK, giúp phát hiện sớm bệnh lý này từ đó quản lý thai chặt chẽ, kiểm soát chế độ ăn và điều trị kịp thời, giảm biến chứng cho mẹ và thai.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ; yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã định nghĩa đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai. Định nghĩa này không loại trừ trường hợp bệnh nhân đã có rối loạn dung nạp glucose từ trước (nhưng chưa được phát hiện) hay là xảy ra đồng thời với quá trình mang thai. Tỷ lệ phổ biến ĐTĐTK ước tính trên toàn thế giới là 7,0%. Ở Châu Á, tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 0,7 - 51,0%. Tại Việt Nam, tỉ lệ ĐTĐTK dao động từ 6,1-24,3%, chiếm tỉ lệ cao nhất so với các quốc gia khác thuộc khu vực Đông Nam Á [1]. ĐTĐTK nếu không được tầm soát và điều trị sẽ để lại các kết cục sản khoa bất lợi cho cả mẹ và con như tiền

sản giật, đa ối, nhiễm trùng, thai to, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, hạ đường huyết sơ sinh, dị tật thai nhi.... Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện, có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở thai phụ với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ tít 2. Các kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung ở một số thành phố lớn hai miền Nam, Bắc và thực hiện tại bệnh viện, như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, thiếu các nghiên cứu ở các tỉnh lẻ, tại Bắc Ninh hiện còn ít các nghiên cứu về ĐTĐTK. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và mô tả một số yếu tố liên quan của thai phụ tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh 2021-2023

*Tác giả: Nguyễn Thị Hồng

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Điện thoại: 0984 900 814

Email: drnguyenthihong77@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/07/2025

Ngày phản biện: 27/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Là những sản phụ đến khám thai và làm xét nghiệm sàng lọc đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu 10/2021 đến 10/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn

Thai phụ có 1 thai sống

Tuổi thai 24-28 tuần (tính tuổi thai theo Siêu âm 3 tháng đầu hoặc kinh cuối cùng)

Có kết quả xét nghiệm sàng lọc đái tháo đường thai kỳ

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá đường

Đã được chẩn đoán đái tháo đường týp 1 hoặc týp 2 (từ trước khi có thai)

2.5 Các chỉ số biến số

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi mẹ theo nhóm.

- Tỷ lệ các tuần tuổi thai từ 24-28 tuần.

- Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ: số thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ/ tổng số thai phụ nghiên cứu * 100%.

- Các yếu tố liên quan đến ĐTĐTK:

+ Chỉ số khối cơ thể

+ Trọng lượng thai nhi

+ Tình trạng nước ối

+ Đái tháo đường thế hệ thứ nhất: Tình trạng có người thân bậc một (cha, mẹ, anh/chị/em ruột, con) mắc bệnh đái tháo đường.

+ Tăng huyết áp thế hệ thứ nhất: Tình trạng có người thân bậc một (cha, mẹ, anh/chị/em ruột, con) mắc bệnh tăng huyết áp.

2.6 Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu

Tuổi mẹ: nhóm tuổi của thai phụ tính theo năm dương lịch. Tuổi thai: ngày đầu kỳ kinh cuối cùng (nếu kinh nguyệt đều), dự kiến sinh theo siêu âm trong 3 tháng đầu hoặc ngày chuyển phôi nếu có hỗ trợ sinh sản

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐTK theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2018 về “Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ” nếu mức glucose huyết tương đạt ít nhất 1 tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

+ Glucose huyết tương lúc đói 5,1 - 6,9 mmol/l (92 - 125 mg/dl);

+ Glucose huyết tương 1 giờ sau uống 75 gr anhydro glucose $\geq$ 10,0 mmol/l (180 mg/dl).

+ Glucose huyết tương 2 giờ sau uống 75 gr anhydro glucose 8,5 - 11,0 mmol/l (153 -199 mg/dl).

- Thai to: trọng lượng thai nhi $\geq$ 90% bách phân vị

+ Đa ối là khi siêu âm góc ối sâu nhất $\geq$ 80mm

+ BMI: theo tổ chức y tế thế giới dành cho người châu Á:

BMI <25: bình thường.

BMI $\geq$ 25: thừa cân

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Hồi cứu hồ sơ bệnh án thông qua bộ câu hỏi nghiên cứu gồm: thông tin chung, tuổi sản phụ, tuổi thai, tiền sử, kết quả siêu âm, kết quả sàng lọc ĐTĐTK.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập trên phần mềm Epidata 3.1 và xử bằng phần mềm SPSS 22.0 với test thống kê thích hợp.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên số 851/ ĐHYD- HĐĐĐ ngày 26/7/2023

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 24	59	20,6
25 – 29	125	43,7
30 – 34	59	20,6
35-39	35	12,2
≥ 40	8	2,8
Tổng	286	100
Trung bình	28,59±5,08	
Min	18	
Max	44	

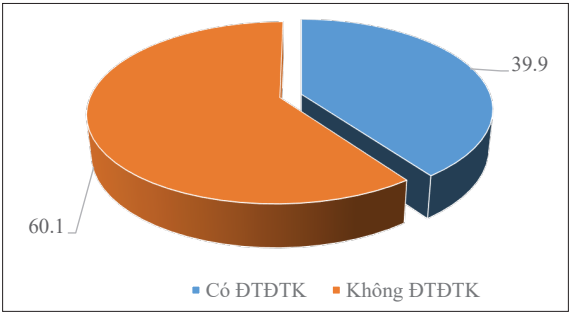
Độ tuổi gặp nhiều nhất là 25-29 tuổi chiếm tỷ lệ 43,7%, độ tuổi trên 40 tuổi gặp ở 2,8%, độ tuổi dưới 24 là 20,6%.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28,59±5,08 tuổi, trong đó thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 44 tuổi.

Bảng 2. Phân bố tuổi thai của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
24 tuần	54	18,9
25 tuần	50	17,5
26 tuần	67	23,4
27 tuần	47	16,4
28 tuần	68	23,8
Tổng	286	100

Có 23,8% bệnh nhân có tuổi thai 28 tuần, chiếm tỉ lệ cao nhất và 16,4% bệnh nhân có tuổi thai 27 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất



Hình 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ bệnh nhân có đái tháo đường thai kỳ là 39,9%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tuổi và BMI của thai phụ với đái tháo đường thai kì

Đặc điểm \ ĐTĐTK		Có		Không		OR/ (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
Tuổi	≥ 35	95	37,4	159	62,6	2,446 (1,156-5,178)	0,017
	< 35	19	59,4	13	40,6		
BMI	≥ 25	17	65,4	9	34,6	3,174 (1,362-7,398)	0,005
	< 25	97	37,3	163	60,7		
Tổng		114		172			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa những phụ nữ mang thai có tuổi ≥ 35 , BMI ≥ 25 với tình trạng ĐTĐTK.

Bảng 4. Mối liên quan đa ối, thai to với ĐTĐTK

Đặc điểm \ ĐTĐTK		Có		Không		OR/ (95%/CI)	p
		SL	%	SL	%		
Trọng lượng thai	Thai to	20	38,5	32	61,5	1,074 (0,58-1,991)	0,82
	Thai không to	94	40,2	140	59,2		
Đa ối	Có	6	75	2	25	4.72(0,93-23,8)	0,039
	Không	108	38,8	170	61,2		
Tổng		114		172			

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nhóm bà mẹ mang thai to với tình trạng ĐTĐTK.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thai phụ có đa ối với tình trạng ĐTĐTK

Bảng 5. Mối liên quan tiền sử đái tháo đường thể hệ 1, tăng huyết áp thể hệ 1 với đái tháo đường thai kì

Đặc điểm \ ĐTĐTK		Có		Không		OR/ (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
ĐTĐ thể hệ 1	Có	12	70,6	5	29,4	3,929 (1,345-11,478)	0,008
	Không	102	37,9	167	62,1		
THA thể hệ 1	Có	13	72,2	5	27,8	4,299 (1,489-12,416)	0,04
	Không	101	37,7	167	62,3		
Tổng		114		172			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhóm bà mẹ mang thai có tiền sử đái tháo đường thể hệ 1 và tăng huyết áp thể hệ 1 với tình trạng ĐTĐTK ở đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Đối với tuổi trung bình của phụ nữ đưa vào nghiên cứu là 28,59±5,08 tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi gặp nhiều nhất là 25-29 tuổi chiếm tỷ lệ 43,7%, độ tuổi trên 40 tuổi gặp ở 2,8%, độ tuổi dưới 24 là 20,6%. Trong nhóm mắc ĐTĐTK số lượng bệnh nhân gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 25-29 tuổi, tuy nhiên đối với các bệnh nhân trên 35 tuổi thì tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn so với nhóm không mắc.

Tỉ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,9% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thái Hòa tại Bệnh viện Quận 2 năm 2018 và tác giả Phạm Thị Thu Hiền tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí năm 2024 là 35,9. Tỷ lệ ĐTĐTK của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lương Hoàng Thành năm 2022 là 27,73%. Sự khác biệt này do BVPSHN đã có quy trình sàng lọc chặt chẽ cho tất cả các phụ nữ mang thai đến khám, còn tại BV Sản Nhi Bắc Ninh là một bệnh viện tại tỉnh lẻ, quy trình sàng lọc chưa được chặt chẽ như BVPSHN, bên cạnh đó, những người có nguy cơ cao mới chấp nhận

làm sàng lọc ĐTĐTK, còn những người nguy cơ thấp thì thường từ chối sàng lọc.

BMI mẹ ≥25 chiếm tỷ lệ 9,1 % và BMI mẹ < 25 chiếm tỷ lệ 90,9%. Tương tự như tuổi của thai phụ, chỉ số BMI càng cao thì người phụ nữ càng có nhiều nguy cơ mắc bệnh tật nói chung và nguy cơ trong thai nghén nói riêng. Những bệnh nhân có BMI ≥ 25 có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 3,174 lần so với những bệnh nhân có BMI < 25, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Người béo phì có tình trạng kháng insulin, tăng tiết insulin, dễ mắc ĐTĐ. Theo Dornhorst, nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK có BMI trước khi có thai cao hơn nhóm không ĐTĐTK (27.7 kg/m2 so với 23.8 kg/m2, p < 0,001). Theo Shuang Zhang tổng cộng có 41.845 phụ nữ mang thai được đưa vào phân tích cuối cùng (nhóm ĐTĐTK, n = 4257 so với nhóm không ĐTĐTK, n = 37.588). BMI trong thời kỳ đầu mang thai là một yếu tố rủi ro đối với ĐTĐTK (OR 1,131, KTC 95% 1,122 – 1,139). Và chỉ số BMI tăng có liên quan đến việc tăng nguy cơ ĐTĐTK trong phân tích đơn biến chưa điều chỉnh (OR 0,895, KTC 95% 0,869 – 0,922) [2].

So sánh với một số tác giả khác

Tác giả	OR (KTC 95%)
Huỳnh Ngọc Duyên [3]	PR = 2,08 (KTC 95% [1,01 – 4,27]; p = 0,047
Trương Thị Quỳnh Hoa [4]	OR =1,3 (0,4- 3,5); p= 0,59
Lê Lam Hương [5]	OR =3,4 lần 95%CI (1,1-10,3)
Nguyễn Thị Mai Phương [6]	OR = 1,69, 95%CI: 1,16 - 2,48
Chúng tôi	OR= 3,174 (1,362-7,398)

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác khi cho rằng BMI của mẹ có ảnh hưởng đến ĐTĐTK.

Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và sinh con nặng trên 3.500g là một vấn đề quan trọng trong sức khỏe bà mẹ và thai nhi. ĐTĐTK là một tình trạng sức khỏe phổ biến ảnh hưởng đến phụ nữ trong thời kỳ mang thai và có thể dẫn đến cân nặng khi sinh cao ở trẻ sơ sinh. Một yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường thai kỳ sau khi sinh em

bé có cân nặng cao là tình trạng kháng insulin. Phụ nữ sinh con có cân nặng cao có nhiều khả năng bị kháng insulin, điều này có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường thai kỳ trong những lần mang thai sau này. Một yếu tố khác là tình trạng viêm mãn tính, đây là một phản ứng miễn dịch cấp thấp có thể góp phần vào sự phát triển của bệnh tiểu đường thai kỳ. Viêm mãn tính có thể được kích hoạt bởi một số yếu tố, bao gồm béo phì và cân nặng khi sinh cao ở trẻ sơ sinh. Phụ nữ sinh con nặng cân có nhiều

khả năng bị viêm mãn tính ở mức độ cao hơn, điều này có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường thai kỳ trong những lần mang thai sau này. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bà mẹ có tiền sử sinh con ≥ 3500 ở những lần trước không có liên quan với ĐTĐTK lần này. Hơn thế khi siêu âm thì chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt về siêu âm thai to so với tuổi thai và mắc ĐTĐTK với $p > 0,05$. Theo Huỳnh Ngọc Duyên phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐTĐTK lên 2,30 lần (KTC95%: 1,11 – 4,78) và 4,84 lần (KTC95%: 1,55 - 15,05) tương ứng [3]. Các nghiên cứu trong nước chủ yếu lấy mốc thai to là từ 3500gram còn đối với một số tác giả khác thì chọn mốc từ 4000 gram, sự khác nhau ở đây là do vóc dáng của người Việt Nam ở các tỉnh thành cũng có sự khác biệt. Hơn thế số lượng bệnh nhân sinh con to lần trước trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp do vậy cần phải theo dõi bệnh nhân sau sinh và có cỡ mẫu đủ lớn.

Bệnh nhân siêu âm có đa ối nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn so với những bệnh nhân không đa ối, có sự khác biệt giữa 2 nhóm $p < 0,05$. Mỗi liên quan giữa đa ối và đái tháo đường có thể giải thích do : (1) Tăng sản xuất nước tiểu của thai nhi: khi mẹ bệnh tiểu đường, lượng đường trong máu tăng cao có thể dẫn đến tăng chuyển glucose sang thai nhi. Lượng glucose dư thừa này được thai nhi chuyển hóa và bài tiết qua nước tiểu. Việc sản xuất nước tiểu của thai nhi tăng lên góp phần tích tụ nước ối, dẫn đến đa ối. (2) Tăng insulin máu ở thai nhi: thai nhi có thể bị tăng insulin. Tăng insulin máu có thể kích thích tăng sản xuất nước tiểu của thai nhi và góp phần gây đa ối. (3) Bất thường về tim thai: Bệnh tiểu đường ở mẹ không được kiểm soát có thể làm tăng nguy cơ dị tật tim bẩm sinh ở thai nhi. Một số bất thường về tim có thể làm giảm khả năng điều chỉnh lượng nước ối của tim thai, dẫn đến đa ối. (4) Suy giảm khả năng nuốt của thai nhi: tình trạng tăng đường huyết ở thai nhi có thể ảnh hưởng đến sự phát triển và chức năng của đường tiêu hóa của thai nhi, bao gồm cả tình trạng khó nuốt. Điều này có thể dẫn đến giảm hấp thu nước ối và góp phần gây đa ối. Lisa E Moore (2017) 1545 bệnh nhân đã

được đưa vào nghiên cứu. 8,5% ($n = 131$) mắc bệnh tiểu đường và không có nguyên nhân nào khác gây đa ối [7].

Trong số các thai phụ tham gia nghiên cứu có 17% thai phụ có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất bị ĐTĐ và có 6,3% thai phụ có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất tăng huyết áp mạn tính. Theo nghiên cứu của Lê Thị Tường Vy (2021) ở nhóm đối tượng nghiên cứu có ĐTĐTK thì gia đình có người mắc ĐTĐ chiếm tỷ lệ 43,3% [8]. Nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 3,929 lần ở người có tiền sử gia đình ĐTĐ và tăng 4,299 lần ở người có tiền sử huyết áp cao. Như vậy, tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ, cao huyết áp mạn tính là yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐTĐTK. Theo Lê Lam Hương, thai phụ gia đình có người bệnh tăng huyết áp có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng 8,2 lần 95%CI (0,4 - 7,6) với $p > 0,05$ cao hơn so với nghiên cứu khác tiền sử tăng huyết áp thai kỳ ($p = 0,004$, OR = 4,32). Gia đình có người bệnh ĐTĐ tăng lên cao gấp 8,8 (1,06 - 73,6), $p < 0,05$ [5]. Có mối liên hệ chặt chẽ giữa đa hình gen nguy cơ T2D phổ biến và ĐTĐTK. Năm trong số các gen được xác định nhiều nhất trong ĐTĐTK là: (1) Yếu tố phiên mã 7-like 2 [TCFL7L2]; (2) Thụ thể melatonin 1B [MTNR1B]; (3) Protein liên kết với tiểu đơn vị điều hòa CDK5 1-like 1 [CDKAL1]; (4) Kênh kiểm soát điện áp kali, phân họ giống KQT, thành viên 1 [KCNQ1]; và (5) Cơ chất của thụ thể insulin-1 [IRS1]. Các tìm kiếm toàn diện và gần đây nhất về nguyên nhân di truyền và bệnh sinh của ĐTĐTK đã được xem xét ở những nơi khác. Những sửa đổi bệnh sinh này có thể dẫn đến sự di truyền béo phì và không dung nạp glucose ở thế hệ sau của cả bố và mẹ [9]. Hơn nữa, các loại biến dị di truyền và cơ chế bệnh sinh có thể góp phần tạo nên các đặc điểm kiểu gen và kiểu hình ở các dân tộc khác nhau. Ví dụ, các nghiên cứu khám phá mối quan hệ giữa sắc tộc và GDM cho thấy phụ nữ châu Á có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao nhất. Sự thay đổi trong mối liên hệ giữa tính đa hình di truyền và nguy cơ ĐTĐTK được cho là do sự khác biệt về sắc tộc hoặc dân số; do đó, cần phải thực hiện các nghiên cứu phụ thuộc vào dân số về ảnh hưởng của tính đa hình di truyền đối với nguy cơ ĐTĐTK.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 286 thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần cho thấy: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $28,59 \pm 5,08$ tuổi, gặp nhiều nhất ở tuổi từ 25-29 (43,7%), 39,9% (114) mắc ĐTĐTK. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng ĐTĐTK gồm tuổi sản phụ ≥ 35 , BMI ≥ 25 , siêu âm thai có đa ối, thai phụ có ĐTĐ thể hệ 1, THA thể hệ 1 ($p < 0,05$). Không thấy có mối liên quan giữa trọng lượng thai to trên siêu âm với tình trạng ĐTĐTK

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kunasegaran T, Balasubramaniam VRMT, Arasoo VJT, et al. Gestational Diabetes Mellitus in Southeast Asia: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18 (3): 1272.
2. Zhang S, Liu H, Li N, et al. Relationship between gestational body mass index change and the risk of gestational diabetes mellitus: a community-based retrospective study of 41,845 pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22 (1): 336.
3. Huỳnh Ngọc Duyên, Bùi Chí Thương. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2019; 23 (2): 95 - 100.
4. Bùi Chung Thủy. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023; 58: 194 - 201.
5. Lê Lam Hương. Đái tháo đường thai kỳ: Nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. *Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường*. 2021; 46: 247 - 252.
6. Nguyễn Thị Mai Phương. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015. *Tạp chí Phụ Sản*. 2016; 13 (4): 24 - 38.
7. Moore LE. Amount of polyhydramnios attributable to diabetes may be less than previously reported. *World J Diabetes*. 2017; 8 (1): 7 - 10.
8. Lê Thị Tường Vy. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Quận 1. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021; 25 (1): 108 - 113.
9. Ding GL, Huang HF. Paternal transgenerational glucose intolerance with epigenetic alterations in second generation offspring of GDM. *Asian J Androl*. 2013; 15 (4): 451 - 452.

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND RELATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN AT BAC NINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL, 2021-2023

Nguyen Thi Hong¹, Truong Thi Thuy Duong¹, Vu Ngoc Huyen¹, Pham Huy Cuong²,
Hoang Quoc Huy¹

¹*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy*

²*Bac Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital*

The objective of this study was to identify prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) and describe some related factors among pregnant women at Bac Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital, 2021-2023. A cross-sectional descriptive study was conducted on 286 pregnant women between 24 and 28 weeks of gestation who underwent GDM screening at the outpatient department of Bac Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital from October 2021 to October 2023. The most common maternal age group was 25–29 years (43.7%), with a mean age of 28.59 ± 5.08 years. The prevalence of GDM in the study population was 39.9% (114 cases). Factors significantly associated with

GDM included maternal age ≥ 35 years, BMI ≥ 25 , polyhydramnios on ultrasound, a first-degree family history of diabetes mellitus, and a first-degree family history of hypertension ($p < 0.05$). No significant association was found between fetal macrosomia on ultrasound and GDM status. The findings indicate a relatively high prevalence of GDM, underscoring the importance of universal screening for all pregnant women to enable early detection, close monitoring, dietary management, and timely treatment, thereby reducing complications for both mother and fetus.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; related factors

MÔ HÌNH TIÊU THỤ CHẤT TINH BỘT VÀ CHẤT ĐẠM CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2024

Vũ Phong Túc¹, Trần Thái Hà², Nguyễn Thanh Sơn⁴, Phạm Thị Vân Anh³

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa liễu

³Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hưng Yên

⁴Trường Cao đẳng y tế Thái Bình

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định mô hình tiêu thụ chất tinh bột và chất đạm ở người trưởng thành tại tỉnh Thái Bình bằng phương pháp phân tích thành phần chính (Principal Component Analysis – PCA). Nghiên cứu được thực hiện với 1330 người dân trong độ tuổi từ 25 đến 64 tuổi tại tỉnh Thái Bình, từ tháng 6 đến tháng 7 năm 2024. Biến số nghiên cứu các thực phẩm trong nhóm tinh bột và nhóm chất đạm phổ biến tại Thái Bình được phân loại theo các nhóm nguy cơ là khu vực, tình trạng rối loạn Lipid máu và tình trạng thừa cân. Kết quả PCA đã lựa chọn ra các thành phần chính đại diện cho mô hình tiêu thụ thực phẩm điển hình, qua đó cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ. Mô hình tiêu thụ tinh bột và đạm có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu, đặc biệt là giữa khu vực thành thị và nông thôn, cũng như giữa các nhóm có và không có rối loạn lipid máu hoặc thừa cân. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng PCA chuẩn hóa, bao gồm phương sai trích, ma trận xoay, điểm tải thành phần và hệ số KMO/Bartlett để minh chứng tính hợp lệ của phân tích. Dựa trên kết quả phân tích, nghiên cứu đề xuất các chiến lược truyền thông dinh dưỡng cần ưu tiên giảm tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn tại khu vực thành thị, đồng thời khuyến khích tăng cường sử dụng đạm từ thực vật và cá, đặc biệt đối với nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc rối loạn lipid máu.

Từ khóa: Mô hình tiêu thụ thực phẩm; rối loạn lipid máu; PCA; người trưởng thành; Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chế độ ăn uống là yếu tố trung tâm trong phòng ngừa các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 và rối loạn lipid máu. Tại Việt Nam, đặc biệt ở khu vực đồng bằng Bắc Bộ như Thái Bình, quá trình công nghiệp hóa và đô thị hóa đang làm thay đổi nhanh chóng mô hình tiêu thụ thực phẩm, từ truyền thống giàu rau củ và đạm thực vật sang xu hướng tăng sử dụng thực phẩm chế biến sẵn, giàu tinh bột tinh luyện và chất béo bão hòa [1]. Ở khu vực đồng bằng Bắc Bộ như Thái Bình, các yếu tố xã hội, địa lý và kinh tế đang tác động mạnh mẽ đến cấu trúc bữa ăn của người dân. Các nghiên cứu gần đây tại Việt

Nam cho thấy mô hình tiêu thụ thực phẩm giàu tinh bột tinh chế, thực phẩm chế biến sẵn, và giảm sử dụng đạm thực vật là phổ biến hơn ở nhóm dân cư thành thị và có liên quan đến các chỉ số lipid bất lợi [2, 3].

Cùng với sự gia tăng của thừa cân, béo phì và các rối loạn chuyển hóa, việc xác định các mô hình tiêu thụ thực phẩm theo đặc trưng nhóm dân cư và yếu tố nguy cơ là rất cần thiết để định hướng các can thiệp y tế dự phòng hiệu quả [4]. Phân tích thành phần chính (Principal Component Analysis, PCA) là phương pháp thống kê đa biến được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu dinh dưỡng toàn cầu để xác định các mô hình tiêu thụ thực phẩm phổ biến trong

*Tác giả: Phạm Thị Vân Anh

Địa chỉ: Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hưng Yên

Số điện thoại: 0982 438 866

Email: phamanh.nihe@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/07/2025

Ngày phản biện: 16/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

quần thể và mối liên quan của chúng với tình trạng sức khỏe, đặc biệt là thừa cân, béo phì và rối loạn chuyển hóa. PCA cho phép tổng hợp dữ liệu tiêu thụ thực phẩm phức tạp thành các nhóm thực phẩm hoặc kiểu ăn uống đặc trưng (dietary patterns), từ đó đánh giá nguy cơ bệnh lý liên quan đến từng kiểu ăn [5]. Vì vậy, nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định mô hình tiêu thụ chất bột đường và chất đạm ở người trưởng thành tại tỉnh Thái Bình bằng phương pháp phân tích thành phần chính (Principal Component Analysis – PCA).

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành từ 25 đến 64 tuổi tại tỉnh Thái Bình

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 13 xã, phường của tỉnh Thái Bình từ tháng 6 đến tháng 7 năm 2024.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z: độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha=0,05$ ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); p: tỷ lệ thừa cân béo phì người trưởng thành tại cộng đồng; ε : là hệ số tương đối so với p, chọn $\varepsilon=0,1$. Lấy tỷ lệ thừa cân béo phì ở người trưởng thành ở Việt Nam theo tiêu chuẩn cho người châu Á là 27,6% ($p = 0,276$) [6], áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu cần tối thiểu là 1008 người. Thực tế cỡ mẫu nghiên cứu là 1330. Cỡ mẫu xét nghiệm máu: Dự kiến số người thừa cân béo phì là 27,6%, nên số người tham gia lấy máu dự kiến là 370. Thực tế nghiên cứu có 350 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Mẫu được chọn ngẫu nhiên tại 13 xã phường trong 8 huyện thành phố tỉnh Thái Bình trong đó thành phố 332 người, nông thôn 998 người. Nghiên cứu áp dụng phối hợp chọn mẫu phân tầng (chia tỉnh Thái Bình thành 3 vùng gồm thành thị, nội đồng và ven biển) và chọn ngẫu nhiên hệ thống hai giai đoạn (vùng 1 chọn ngẫu nhiên 1 phường và 2 xã, vùng 2 chọn ngẫu nhiên 3 xã, vùng 3 chọn ngẫu nhiên 7 xã), lập danh sách toàn bộ người từ 25-64 tuổi và chia vào 4 nhóm, chọn ngẫu nhiên người trong mỗi nhóm cho đến khi đủ số lượng.

Trong số 1330 người tham gia nghiên cứu, lựa chọn các đối tượng có BMI ≥ 23 để xét nghiệm máu. Tổng số có 350 người đạt tiêu chuẩn.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nhóm thực phẩm chứa chất tinh bột gồm: cơm trắng, xôi, bánh mì, bún, phở, miến, mỳ tôm.

Nhóm thực phẩm chứa chất đạm gồm: thịt lợn (nạc và mỡ), thịt bò/bê, thịt gia cầm, cá nước ngọt, cá biển, tôm cua, phủ tạng động vật, đậu phụ

Nhóm thực phẩm chứa chất bột đường, chất đạm

Khu vực cư trú (thành thị/nông thôn).

Tình trạng rối loạn lipid máu (cholesterol và triglycerid).

Tình trạng thừa cân: bình thường, thừa cân

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đo chỉ số nhân trắc: Sử dụng cân Omron HBF-702T với độ chính xác 0,05kg. Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với một số lẻ. Chiều cao đứng đo bằng thước gỗ, độ chia chính xác tới milimet

Xét nghiệm hóa sinh máu (Cholesterol, triglycerid) với đối tượng có BMI ≥ 23

Dữ liệu về tần suất tiêu thụ thực phẩm được thu thập thông qua bảng câu hỏi đối tượng nghiên cứu về tần suất thực phẩm (Food

Frequency Questionnaire - FFQ), bảng câu hỏi được xây dựng dựa trên bảng chuẩn, điều chỉnh và điều tra thử phù hợp với địa phương, trong đó người dân được hỏi về mức độ thường xuyên tiêu thụ các thực phẩm phổ biến tại địa phương trong khoảng ngày/tháng/tuần

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phương pháp PCA với phương pháp trích xuất thành phần chính và xoay Varimax. Ngưỡng chọn thành phần chính là Eigenvalue > 1. Các thành phần chính liên quan đến tình bột được phân tích theo 2 yếu tố: khu vực cư trú so sánh mẫu hình tiêu thụ tinh bột giữa nhóm người sống ở thành thị và nông thôn, tình trạng thừa cân so sánh mẫu hình tiêu thụ tinh bột giữa nhóm có và không có tình trạng thừa cân. Các thành phần chính liên

quan đến chất đạm được phân tích theo 2 yếu tố: so sánh mẫu hình tiêu thụ đạm giữa nhóm có và không có các chỉ số mỡ máu bất thường và tình trạng thừa cân. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua tại QĐ119/QĐ-UBND ngày 29 tháng 01 năm 2024 của UBND tỉnh Thái Bình về việc phê duyệt đề tài và công nghệ cấp tỉnh thực hiện từ năm 2024. Những người tham gia đã được thông báo về mục đích, rủi ro và lợi ích của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	%
Khu vực cư trú (n=1330)		
Thành thị (thành phố Thái Bình)	332	25,0
Nông thôn (7 huyện)	998	75,0
Cholesterol toàn phần (n=350)		
Bình thường (<5,1 mmol/L)	174	49,7
Ngưỡng (5,1-6,2 mmol/L)	112	32,0
Cao (≥6.2 mmol/L)	64	18,3
Triglycerid (n=350)		
Bình thường (<1,7 mmol/L)	88	25,1
Ngưỡng cao (1,7-2,2 mmol/L)	31	8,9
Cao (2-6 mmol/L)	196	56,0
Rất cao (>6 mmol/L)	35	10,0

Đối tượng nghiên cứu ở thành thị chiếm 25%, với 75% đến từ các khu vực nông thôn, phù hợp với đặc điểm chủ yếu là nông thôn của tỉnh. Kết quả xét nghiệm mỡ máu cho

thấy những bất thường đáng kể: 50,3% có cholesterol cao hoặc ranh giới (32,0% ranh giới, 18,3% cao), và 66,0% có triglycerid cao hoặc rất cao (56,0% cao, 10,0% rất cao).

3.2 Phân tích PCA nhóm chất bột đường

3.2.1 Theo khu vực cư trú

Bảng 2. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất bột đường theo khu vực cư trú (n = 1330)

Thực phẩm	Thành thị			Nông thôn	
	PC1	PC2	PC3	PC1	PC2
Cơm trắng	0,016	-0,037	0,985	-0,346	0,658
Xôi	0,614	0,317	0,084	0,674	0,119
Cơm gạo lứt	0,293	0,660	0,042	0,606	-0,163
Bánh mì	0,21	0,772	-0,078	0,669	0,052
Bún/phở/miến	0,674	0,232	0,037	0,496	0,414
Mì tôm	0,692	-0,432	-0,159	0,214	0,641
KMO		0,600			0,668
Bartlett's Test Sig.		0,000			0,000
Tổng phương sai trích (%)		63,056			45,647

Tại thành thị, thành phần 2 có tải trọng cao ở bánh mì và cơm gạo lứt, Thành phần 1 ở bún/phở/miến và mì tôm, và Thành phần 3 ở cơm trắng. Điều này phản ánh mô hình tiêu thụ đa dạng, với cả thực phẩm truyền thống và tiện lợi. Tại nông thôn, thành phần 1 có tải trọng

cao ở xôi, cơm gạo lứt, bánh mì và bún/phở/miến, Thành phần 2 có tải trọng cao ở cơm trắng và mì tôm. Điều này cho thấy sự duy trì mô hình truyền thống nhưng cũng có sự xuất hiện của thực phẩm chế biến sẵn.

3.2.2 Theo tình trạng thừa cân

Bảng 3. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất bột đường theo tình trạng thừa cân (n=1330)

Thực phẩm	Bình thường			Thừa cân	
	PC1	PC2	PC3	PC1	PC2
Cơm trắng	-0,001	0,006	0,987	-0,208	0,823
Xôi	0,459	0,510	-0,156	0,657	0,006
Cơm gạo lứt	0,757	-0,018	-0,064	0,580	-0,006
Bánh mì	0,753	0,092	0,088	0,615	-0,246
Bún/phở/miến	0,254	0,676	0,051	0,582	0,224
Mì tôm	-0,229	0,766	0,012	0,365	0,462
KMO		0,627			0,659
Bartlett's Test Sig.		0,000			0,000
Tổng phương sai trích (%)		63,234			44,385

Ở nhóm bình thường, thành phần 3 có tải trọng cao ở cơm trắng, trong khi thành phần 1 liên quan đến xôi, cơm gạo lứt, bánh mì và Component 2 liên quan đến bún/phở/miến,

mì tôm. Ở nhóm thừa cân, thành phần 2 có tải trọng cao ở cơm trắng và mì tôm, trong khi thành phần 1 tập trung vào xôi, cơm gạo lứt, bánh mì và bún/phở/miến.

Bảng 4. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất bột đường theo mức Triglycerid (n = 350)

Thực phẩm	Toàn bộ mẫu		Bình thường		Ranh giới cao		Cao	Rất cao	
	PC1	PC2	PC1	PC2	PC1	PC2	PC1	PC1	PC2
Cơm trắng	-0,308	0,281	0,001	0,807	0,208	-0,713	-0,174	-0,297	0,723
Xôi	0,577	0,312	0,762	-0,005	0,497	0,321	0,741	0,814	0,030
Cơm gạo lứt	0,707	-0,054	0,421	-0,119	0,824	-0,028	0,573	0,797	-0,052
Bánh mì	0,692	0,071	0,585	-0,471	0,738	0,185	0,560	0,608	0,017
Bún/phở/miến	0,318	0,615	0,678	0,341	0,467	0,721	0,628	0,792	-0,164
Mì tôm	-0,061	0,795	0,028	-0,529	-0,708	0,266	0,440	0,191	0,837
KMO	0,640		0,532		0,566		0,666		0,729
Bartlett's Test Sig.	0,000		0,012		0,007		0,000		0,001
Tổng phương sai trích (%)	45,079		47,419		57,834		30,147		61,207

Nhóm triglycerid bình thường: Thành phần 1 có tải trọng cao ở xôi, bún/phở/miến, bánh mì, cơm gạo lứt. Thành phần 2 có tải trọng cao ở cơm trắng. Nhóm triglycerid ranh giới cao: thành phần có tải trọng cao ở cơm gạo lứt, bánh mì, xôi, bún/phở/miến. Thành phần 2 có tải trọng cao ở bún/phở/miến. Nhóm triglycerid cao: Chỉ có 1 thành phần chính được trích xuất (do Eigenvalue > 1 chỉ có 1). Thành phần này

có tải trọng cao ở xôi, bún/phở/miến, cơm gạo lứt, bánh mì. Nhóm triglycerid rất cao: thành phần 1 có tải trọng cao ở xôi, cơm gạo lứt, bún/phở/miến, bánh mì. Thành phần 2 có tải trọng cao ở mì tôm và cơm trắng.

3.3 Phân tích PCA nhóm đạm

3.3.1 Theo khu vực cư trú

Bảng 5. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất đạm theo khu vực cư trú (n = 1330)

Thực phẩm	Thành thị				Nông thôn			
	PC1	PC2	PC3	PC4	PC1	PC2	PC3	PC4
Thịt lợn nạc và mỡ	-0,055	0,381	-0,194	-0,704	0,374	-0,036	-0,133	-0,708
Thịt lợn nạc	-0,040	0,319	-0,132	0,781	0,282	-0,020	-0,075	0,792
Thịt bò	0,002	0,726	0,257	-0,030	0,739	-0,054	0,258	-0,034
Thịt gia cầm	0,156	0,767	0,022	0,057	0,779	0,203	-0,028	0,050
Cá nước ngọt	0,554	0,062	0,249	0,073	0,052	0,453	0,330	0,016
Cá biển	0,015	0,147	0,721	0,032	0,114	-0,136	0,826	0,023
Tôm	0,434	0,131	0,619	-0,019	0,067	0,421	0,653	0,002
Cua	0,747	0,005	0,106	-0,067	0,016	0,752	0,075	-0,156
Đậu phụ	0,593	0,129	-0,399	0,022	0,071	0,590	-0,103	0,137
KMO	0,624				0,586			
Bartlett's Test Sig.	0,000				0,000			
Tổng phương sai trích (%)	58,171				58,427			

Tại thành thị, thành phần 2 có tải trọng cao ở thịt bò và thịt gia cầm. Thành phần 4 có tải trọng cao ở thịt lợn nạc. Thành phần 3 có tải trọng cao ở cá biển và tôm. Thành phần 1 có tải trọng cao ở cua và đậu phụ. Điều này cho thấy sự đa dạng trong tiêu thụ protein, với xu hướng tăng thịt đỏ và gia cầm. Tại nông thôn, thành phần 1 có tải trọng cao ở thịt bò và thịt gia cầm.

Thành phần 4 có tải trọng cao ở thịt lợn nạc. Thành phần 2 có tải trọng cao ở cua và đậu phụ. Thành phần 3 có tải trọng cao ở cá biển và tôm. Điều này phản ánh xu hướng tiêu thụ tương tự thành thị ở một số loại thịt, nhưng vẫn giữ thói quen sử dụng cá và đậu phụ.

3.3.2 Theo mức Cholesterol

Bảng 6. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất đạm theo mức Cholesterol (n = 350)

Thực phẩm	Cholesterol bình thường				Cholesterol (5,1-6,2) và Cholesterol cao			
	PC1	PC2	PC3	PC4	PC1	PC2	PC3	PC4
Thịt lợn nạc và mỡ	-0,093	0,081	0,192	0,780	0,187	-0,093	0,081	0,192
Thịt lợn nạc	-0,036	0,121	0,087	-0,783	0,730	-0,036	0,121	0,087
Thịt bò	0,302	-0,031	0,749	0,021	0,704	0,302	-0,031	0,749
Thịt gia cầm	-0,038	0,322	0,712	0,102	0,163	-0,038	0,322	0,712
Cá nước ngọt	0,094	0,562	0,076	-0,066	0,201	0,094	0,562	0,076
Cá biển	0,818	-0,139	0,177	-0,038	0,733	0,818	-0,139	0,177
Tôm	0,634	0,345	0,218	-0,109	0,140	0,634	0,345	0,218
Cua	0,016	0,801	0,086	0,028	-0,036	0,016	0,801	0,086
Đậu phụ	0,553	0,369	-0,360	0,121	-0,150	0,553	0,369	-0,360
KMO		0,582				0,363		
Bartlett's Test Sig.		0,000				0,000		
Tổng phương sai trích (%)		60,518				63,683		

nhóm cholesterol bình thường, thành phần 1 có tải trọng cao ở cá biển và tôm. Thành phần 2 có tải trọng cao ở cua và cá nước ngọt. Thành phần 3 có tải trọng cao ở thịt bò và thịt gia cầm. Thành phần 4 có tải trọng cao ở thịt lợn nạc và mỡ. Ở nhóm cholesterol cao, thành phần 1 có tải trọng cao ở thịt lợn nạc và thịt bò. Thành

phần 2 có tải trọng cao ở tôm và cua. Thành phần 3 có tải trọng cao ở thịt lợn nạc và mỡ, đậu phụ. Thành phần 4 có tải trọng cao ở cá nước ngọt và thịt gia cầm. Điều này cho thấy xu hướng tiêu thụ thịt đỏ và thịt mỡ cao hơn ở nhóm cholesterol cao, trong khi nhóm bình thường ưu tiên cá và hải sản.

3.3.3 Theo tình trạng thừa cân

Bảng 7. Ma trận xoay thành phần nhóm thực phẩm chứa chất đạm theo tình trạng thừa cân (n = 1330)

Thực phẩm	Bình thường			Thừa cân			
	PC1	PC2	PC3	PC1	PC2	PC3	PC4
Thịt lợn nạc và mỡ	-0,154	0,392	0,706	0,425	-0,123	-0,077	-0,665
Thịt lợn nạc	-0,022	0,250	-0,641	0,250	0,001	-0,025	0,795
Thịt bò	0,087	0,757	-0,104	0,743	0,014	0,274	-0,005
Thịt gia cầm	0,206	0,718	0,033	0,774	0,161	-0,057	0,056
Cá nước ngọt	0,617	0,119	0,020	0,044	0,640	0,031	0,130
Cá biển	0,487	0,074	-0,213	0,139	-0,111	0,862	0,062
Tôm	0,604	0,275	-0,103	0,008	0,422	0,705	-0,057
Cua	0,657	0,023	0,145	-0,058	0,706	0,108	-0,288
Đậu phụ	0,403	-0,091	0,354	0,130	0,487	0,005	0,114
KMO		0,661				0,558	
Bartlett's Test Sig.		0,000				0,000	
Tổng phương sai trích (%)		46,486				59,425	

IV. BÀN LUẬN

Tại các khu vực thành thị, mô hình tiêu thụ tinh bột cho thấy sự đa dạng với sự hiện diện của cả thực phẩm truyền thống và tiện lợi như bánh mì, cơm gạo lứt, bún/phở/miến và mì tôm. Ngược lại, ở khu vực nông thôn, mô hình truyền thống vẫn được duy trì mạnh mẽ hơn, nhưng cũng có sự xuất hiện của thực phẩm chế biến sẵn. Sự thay đổi này phù hợp với xu hướng chung về tăng tiêu thụ các sản phẩm chế biến và công nghiệp hóa trong khẩu phần ăn, đặc biệt ở các vùng đô thị. Nghiên cứu về mô hình ăn uống và tiêu thụ tinh bột ở người trưởng thành Việt Nam cho thấy tỷ lệ năng lượng từ carbohydrate trong khẩu phần đã giảm từ khoảng 70% xuống còn 65–66% trong giai đoạn 2004–2014, chủ yếu do tăng tiêu thụ chất béo và protein, đặc biệt ở nhóm thu nhập cao và khu vực đô thị hóa. Tuy nhiên, carbohydrate—chủ yếu từ gạo—vẫn chiếm tỷ lệ cao trong tổng năng lượng khẩu phần, nhất là ở nông thôn và nhóm thu nhập thấp [7]. Nghiên cứu khác tại Trà Vinh cho thấy người cao tuổi vẫn giữ mô hình ăn truyền thống nhưng đang có xu hướng gia tăng tiêu thụ các thực phẩm tiện lợi, đặc biệt

ở nhóm sống cùng con cháu có điều kiện kinh tế khá hơn [3].

Về nhóm tinh bột, ở nhóm đối tượng thừa cân, có sự tập trung vào cơm trắng và mì tôm, trong khi nhóm bình thường có xu hướng đa dạng hơn với xôi, cơm gạo lứt và bánh mì. Điều này có thể gợi ý rằng việc tiêu thụ các loại tinh bột đơn giản, đã qua chế biến nhiều hơn có thể liên quan đến tình trạng thừa cân. Tương tự, một nghiên cứu ở người phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi sinh sản tại Thái Nguyên cũng cho thấy tinh bột chiếm tỷ lệ lớn trong tổng năng lượng (65.6%), và 54.6% đối tượng có lượng tinh bột vượt quá mức khuyến nghị. Điều này khẳng định sự mất cân bằng trong khẩu phần ăn với tỷ lệ tinh bột cao [2].

Đối với nhóm đạm, kết quả phân tích theo mức cholesterol cho thấy xu hướng tiêu thụ thịt đỏ và thịt mỡ cao hơn ở nhóm có cholesterol cao, trong khi nhóm bình thường ưu tiên cá và hải sản. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi mô hình tiêu thụ protein động vật giàu cholesterol trong dự phòng các bệnh lý tim mạch [8].

Mô hình tiêu thụ đậm theo tình trạng thừa cân cũng cho thấy sự khác biệt. Ở nhóm bình thường, protein được lấy chủ yếu từ cá và hải sản, trong khi nhóm thừa cân có xu hướng tiêu thụ thịt bò và thịt gia cầm nhiều hơn, và thịt lợn nạc/mỡ cũng có vai trò đáng kể. Mặc dù tỷ lệ protein trong tổng năng lượng thường nằm trong giới hạn khuyến nghị, nhưng tỷ lệ protein từ nguồn gốc động vật vẫn còn thấp ở một số đối tượng. Các nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế nhất quán cho thấy mô hình ăn uống giàu thực phẩm chế biến sẵn, thịt đỏ, thịt mỡ và tinh bột tinh luyện liên quan chặt chẽ với tăng nguy cơ thừa cân, béo phì, rối loạn chuyển hóa và bệnh tim mạch. Ở Việt Nam, tiêu thụ thịt đỏ và thịt chế biến cao hơn có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tiền đái tháo đường và đái tháo đường ở người trưởng thành, trong khi tiêu thụ cá và hải sản không làm tăng nguy cơ này [[8]. Tương tự, nghiên cứu trên 105.000 người trưởng thành tại Hoa Kỳ xác định rằng việc tuân thủ mô hình ăn uống lành mạnh như chỉ số Ăn uống lành mạnh thay thế (AHEI) hoặc kiểu ăn Địa Trung Hải có liên hệ mật thiết với “lão hóa khỏe mạnh”, giảm nguy cơ các bệnh mạn tính và cải thiện chất lượng cuộc sống dài hạn [9].

V. KẾT LUẬN

Về tinh bột, người dân thành thị tiêu thụ đa dạng hơn với cả món ăn truyền thống lẫn tiện lợi, trong khi ở nông thôn duy trì thói quen ăn truyền thống nhưng đã bắt đầu xuất hiện các thực phẩm tiện lợi hơn như mì tôm. Đối với nhóm thừa cân, mô hình tiêu thụ tinh bột cũng có sự khác biệt so với nhóm có cân nặng bình thường

Về mô hình tiêu thụ đạm, cả thành thị và nông thôn đa dạng, nhưng ở thành thị có xu hướng tiêu thụ thịt đỏ và thịt gia cầm nhiều hơn. Nhóm có cholesterol cao thường ăn nhiều thịt đỏ và thịt mỡ hơn, trong khi nhóm bình thường ưu tiên cá, hải sản và đạm thực vật. Tương tự, người thừa cân cũng có xu hướng tiêu thụ thịt bò và thịt gia cầm nhiều hơn so với người có cân nặng bình thường

Phương pháp truyền thông dinh dưỡng nên tập trung vào việc giảm tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn ở khu vực thành thị và tăng cường sử dụng đạm thực vật và cá cho những người có nguy cơ rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harris J, Nguyen PH, Tran LM, et al. Nutrition transition in Vietnam: changing food supply, food prices, household expenditure, diet and nutrition outcomes. *Food Security*. 2020; 12 (5): 1141 - 1155.
2. Umberger WJ, Rupa JA, Zeng D. Understanding food westernisation and other contemporary drivers of adult, adolescent and child nutrition quality in urban Vietnam. *Public Health Nutr*. 2020; 23 (14): 2571 – 2583.
3. Huỳnh Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Nhật Tảo, Huỳnh Thị Hồng Ngọc. Khảo sát tần suất tiêu thụ các nhóm thực phẩm của người cao tuổi tại tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 2: 196 – 200.
4. Pham T, Bui L, Giovannucci E, et al. Prevalence of obesity and abdominal obesity and their association with metabolic-related conditions in Vietnamese adults: an analysis of Vietnam STEPS survey 2009 and 2015. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023; 39: 100859.
5. Ayala-Aldana N, Pinar-Martí A, Ruiz-Rivera M, et al. Adolescent dietary patterns derived using principal component analysis and neuropsychological functions: a cross-sectional analysis of the Walnuts Smart Snack cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025; 34: 1569 – 1578.
6. Phuc TT, Duc TQ, Quynh CVT, Quang PN. The Prevalence of Excess Weight among Vietnamese Adults: A Pooled Analysis of 58 Studies with More Than 430,000 Participants Over the Last Three Decades. *Nutrition and Health*. September. 2023; 29 (3): 443 – 452.
7. Trinh HT, Simioni M, Thomas-Agnan C. Decomposition of changes in the consumption of macronutrients in Vietnam between 2004 and 2014. *Econ Hum Biol*. 2018;31:259-275
8. Nguyen CQ, Pham TTP, Fukunaga A, et al. Red meat consumption is associated with prediabetes and diabetes in rural Vietnam: a cross-sectional study. *Public Health Nutr*. 2023; 26 (5): 1006 – 1013.
9. Tessier AJ, Wang F, Korat AA, et al. Optimal dietary patterns for healthy aging. *Nat Med*. 2025; 31 (5): 1644 – 1652.

DIETARY PATTERNS OF CARBOHYDRATES AND PROTEINS AMONG ADULTS IN THAI BINH PROVINCE IN 2024

Vu Phong Tuc¹, Tran Thai Ha², Pham Thi Van Anh³, Nguyen Thanh Son⁴

¹*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy*

²*Dermatology Hospital*

³*Hung Yen Center for Disease Control*

⁴*Thai Binh Medical College*

The study aimed to identify dietary patterns of carbohydrate and protein consumption among adults in Thai Binh province using Principal Component Analysis (PCA). The study involved 1330 individuals aged 25-64 years in Thai Binh province, conducted from June-July 2024. The research variables included common foods in the carbohydrate and protein groups in Thai Binh, categorized by risk groups such as residence area, dyslipidemia status, and overweight status. PCA results selected key components representing typical food consumption patterns, revealing differences among risk groups. Dietary patterns of carbohydrate and protein significantly differed among study groups, especially between urban

and rural areas, as well as between groups with and without dyslipidemia or overweight status. The findings are presented in standardized PCA tables, including explained variance, rotated matrix, component loadings, and KMO/Bartlett coefficients, validating the analysis. Based on the analysis, the study recommends that nutrition communication strategies should prioritize reducing the consumption of processed foods in urban areas and encouraging increased intake of plant-based protein and fish, especially for individuals at high risk of dyslipidemia

Keywords: Food consumption patterns; dyslipidemia; PCA; adults; Thai Binh

THỰC TRẠNG AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA BẾP ĂN TẬP THỂ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HUYỆN CAI LẬY, TIỀN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Thị Ngọc Ngân¹, Hồ Đắc Thoàn^{2,3}

¹*Trung tâm y tế huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang*

²*Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Quy Nhơn*

³*Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang về an toàn thực phẩm của bếp ăn tập thể (BATT) được tiến hành tại huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2024 nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ an toàn thực phẩm (ATTP) của các BATT; kiến thức, thực hành của NVCB về ATTP và yếu tố liên quan. Nghiên cứu được thực hiện trên 33 BATT và 135 nhân viên chế biến thực phẩm (NVCB), sử dụng bộ câu hỏi và bảng kiểm quan sát được thiết kế theo Nghị định 124/2021/NĐ-CP và Quyết định 75/QĐ ATTP. Kết quả cho thấy BATT thực hiện đúng quy định ATTP đạt 69,7%; NVCB có kiến thức, thực hành đúng về ATTP lần lượt là 82,2% và 177,8%. Yếu tố liên quan đến tuân thủ ATTP của BATT gồm: quy mô bếp ăn ($p < 0,05$); tần suất kiểm tra, giám sát ($p < 0,05$); tham gia tập huấn ($p < 0,05$); kiến thức ($p < 0,05$) và thực hành của NVCB ($p < 0,05$). Yếu tố liên quan đến kiến thức ATTP của NVCB gồm: tham dự tập huấn ($p < 0,01$); tần suất kiểm tra ($p < 0,01$). Yếu tố liên quan đến thực hành của NVCB gồm: tham dự tập huấn ($p < 0,05$); quy mô bếp ăn ($p < 0,05$); tần suất kiểm tra, giám sát ($p < 0,05$); kiến thức của NVCB ($p < 0,05$). Cần tăng cường kiểm tra, giám sát; nâng cấp cơ sở hạ tầng, NVCB chủ động tham dự tập huấn về kiến thức ATTP.

Từ khóa: An toàn thực phẩm; bếp ăn tập thể; nhân viên chế biến; tuân thủ quy định; Cai Lậy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) là một trong những lĩnh vực quan trọng trong y tế công cộng, đóng vai trò thiết yếu trong việc bảo vệ sức khỏe cộng đồng và duy trì sự ổn định phát triển kinh tế-xã hội [1]. Tại tỉnh Tiền Giang, theo thống kê từ Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm, từ năm 2018 đến 2023 đã ghi nhận 10 vụ ngộ độc thực phẩm với tổng cộng 149 người mắc, trong đó có 1 ca tử vong vào năm 2021. Trong số này, 7 vụ xảy ra tại các bếp ăn tập thể (BATT), chiếm tỷ lệ cao với 110 người mắc. Tại huyện Cai Lậy, năm 2019 ghi nhận 2 vụ ngộ độc với 45 người mắc và đến năm 2024 tiếp tục xuất hiện thêm 1 vụ tương tự với 16 người mắc. Theo báo cáo từ ngành Y tế địa phương, trên địa bàn huyện hiện có 33 bếp ăn

tập thể đang hoạt động, mỗi ngày phục vụ hơn 8.950 suất ăn [2]. Trong điều kiện số lượng bếp ăn tăng nhanh, công tác giám sát ATTP gặp nhiều thách thức, nhất là khi nguồn nhân lực và trang thiết bị phục vụ quản lý còn hạn chế. Trước thực trạng đó, cần làm rõ mức độ tuân thủ các quy định về ATTP tại các cơ sở chế biến và phục vụ tập thể trên địa bàn huyện Cai Lậy. Câu hỏi đặt ra là: Các điều kiện vệ sinh trong khu vực chế biến và phục vụ có được đảm bảo không? Người trực tiếp tham gia chế biến có đủ kiến thức và thực hành đúng quy định hay không? Các yếu tố cá nhân và môi trường nào đang tác động đến việc đảm bảo ATTP trong các bếp ăn tập thể? Do vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ quy định an toàn thực phẩm, kiến thức và thực hành của nhân viên chế biến, đồng thời phân

*Tác giả: Hồ Đắc Thoàn

Địa chỉ: Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Quy Nhơn

Số điện thoại: 0903 578 264

Email: hodacthoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/07/2025

Ngày phản biện: 24/08/2025

Ngày đăng bài: 30/09/2025

tích các yếu tố liên quan tại bếp ăn tập thể tại huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2024. Kết quả từ nghiên cứu này sẽ là cơ sở thực tiễn và khoa học để đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp cho công tác an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trong khu vực.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bếp ăn tập thể tại các công ty, trường mầm non, nhóm trẻ công lập và tư thục đang hoạt động tại huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang tại thời điểm khảo sát.

Nhân viên chế biến bao gồm bếp trưởng, người chế biến trực tiếp tại các bếp ăn tập thể được chọn nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang từ 11/2024 đến 05/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

- 33 bếp ăn tập thể
- 132 mẫu kiểm nghiệm dụng cụ tại 33 bếp ăn tập thể (gồm 66 mẫu bát/khay đựng thức ăn và 66 mẫu muỗng ăn).
- 135 nhân viên chế biến thực phẩm chính (bao gồm bếp trưởng và người chế biến trực tiếp).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

- Bếp ăn tập thể: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng, các BATT hiện đang hoạt động và đã có thời gian hoạt động trên địa bàn từ 12 tháng trở lên thuộc địa bàn huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang.

- Chọn mẫu xét nghiệm nhanh: Mỗi bếp ăn tập thể chọn 02 mẫu bát ăn hoặc khay đựng thức ăn, 02 mẫu muỗng ăn để xét nghiệm độ sạch tinh bột, độ sạch dầu mỡ của bát/khay, muỗng.

- Chọn nhân viên: là bếp trưởng hoặc nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm ít nhất là 3 tháng liên tục tại các BATT ở huyện Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang

2.6 Biến số nghiên cứu

Bộ công cụ: Bộ câu hỏi và bảng kiểm quan sát được xây dựng theo Nghị định 124/2021/NĐ-CP, Nghị định 155/2018/NĐ-CP và Quyết định 75/QĐATTP của Cục ATTP, Bộ Y tế [3-5].

Biến số: Nhóm biến số khảo sát sự tuân thủ về ATTP tại BATT bao gồm: (20 biến số): Nhóm biến số thông tin chung: 04 biến số; nhóm biến số về điều kiện ATTP đối với khu vực chế biến, ăn uống gồm: 7 biến số; nhóm biến số điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ đối với cơ sở gồm: 10 biến số; nhóm biến số về điều kiện ATTP trong chế biến và bảo quản gồm: 3 biến số. Biến số khảo sát về nhân viên chế biến bao gồm: Nhóm biến số thông tin nhân khẩu học gồm: 07 biến số; nhóm biến số về kiến thức ATTP gồm: 30 biến số; thực hành về ATTP của NVCB: 22 biến số.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Kiểm tra, xét nghiệm test nhanh (Mã CK13, sản xuất tại Viện Khoa học và Công nghệ-Bộ Công An) độ sạch tinh bột, dầu mỡ của dụng cụ ăn uống sử dụng bộ kiểm tra độ sạch bát đĩa (dầu mỡ và tinh bột), , quan sát và phỏng vấn để đánh giá sự tuân thủ về ATTP tại BATT, kiến thức, thực hành về ATTP dành cho NVCB tại BATT theo vào bảng kiểm quan sát.

Tiêu chí đánh giá: Sự tuân thủ về ATTP tại BATT: 20 biến số (tiêu chí): Đạt khi 20/20 tiêu chí đều đạt. Kiến thức về ATTP của người chế biến: 30 biến số (tiêu chí): đạt khi có $\geq 24/30$ ($\geq 80\%$) tiêu chí đạt. Thực hành về ATTP của người chế biến: 22 biến số (tiêu chí): đạt khi có $\geq 18/22$ ($\geq 80\%$) tiêu chí đạt [5].

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu vào phần mềm EpiData 3.1, xử lý và phân tích được thực hiện bằng phần mềm Stata 14. Mục tiêu 1 và 2: Sử dụng phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để đánh giá mức độ đạt được của từng biến, kết quả được

trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Mục tiêu 3: Trước hết phân tích hồi quy logistic đơn biến để sàng lọc yếu tố liên quan đến điều kiện ATTP, kiến thức và thực hành chung của người chế biến; yếu tố được xem là có ý nghĩa khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95 % của OR không bao gồm 1. Sau đó đưa những biến có ý nghĩa vào phân tích hồi quy logistic đa biến nhằm đánh giá các mối liên quan.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng

đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Trà Vinh theo Giấy chấp thuận số 407/GCT-HĐĐĐ ngày 07/10/2024. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia, các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể

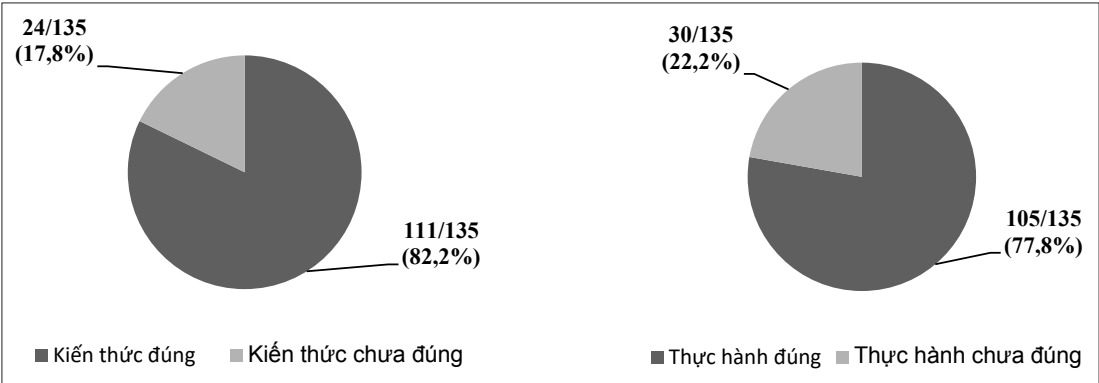
Bảng 1. Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể (n=33)

TT	Tuân thủ quy định về nội dung	Đạt	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Điều kiện bảo đảm ATTP đối với khu vực chế biến, ăn uống	26	78,8
2	Điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ đối với cơ sở	26	78,8
3	Điều kiện ATTP trong chế biến và bảo quản	27	81,8
	Đánh giá chung đạt điều kiện bảo đảm ATTP tại BATT	23	69,7

Tỷ lệ BATT tuân thủ ATTP là 23/33 (69,7%). Trong đó, điều kiện ATTP trong chế biến và bảo quản ghi nhận tỷ lệ tuân thủ cao nhất, đạt 27/33 (81,8%); khu vực chế biến, ăn uống cũng như trang thiết bị và dụng cụ tại cơ sở có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn 26/33 (78,8%). Trong đó đánh giá test nhanh dụng cụ ăn uống

thuộc tiêu chí đánh giá về trang thiết bị, dụng cụ đối với cơ sở đạt độ sạch dầu mỡ của bát/khay là 32/33 (97%), độ sạch tinh bột của bát/khay, muống và độ sạch dầu mỡ của muống là 33/33 (100%).

3.2 Kiến thức, thực hành của nhân viên chế biến tại các bếp ăn tập thể



Hình 1. Tỷ lệ (%) kiến thức, thực hành chung đúng về an toàn thực phẩm (n = 135)

Kiến thức chung đúng về ATTP của NVCB đạt tỷ lệ 111/135 (82,2%). Trong đó nhóm kiến thức đúng về bảo đảm ATTP trong lựa chọn nguyên liệu, chế biến và bảo quản thực phẩm đạt tỷ lệ cao nhất 119/135 (88,2%); nhóm kiến thức về thực hành vệ sinh cá nhân của NVCB đạt tỷ lệ thấp nhất 102 /135 (75,6%).

Tỷ lệ thực hành ATTP của NVCB đạt 105/135 (77,8%). Trong đó, tỷ lệ thực hành về

yêu cầu để tham gia chế biến thực phẩm bao gồm 2 tiêu chí về khám sức khỏe 1 năm/lần (99,3%) và tập huấn kiến thức về ATTP do chủ cơ sở xác nhận (99,3%) đạt cao nhất với 134/135 (99,3%). Tuy nhiên, thực hành về vệ sinh khu vực bếp và thu dọn rác thải ghi nhận tỷ lệ thấp nhất, chỉ đạt 97/135 (71,9 %).

3.3 Một số yếu tố liên quan đến an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể

Bảng 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ quy định an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể

Yếu tố		Tuân thủ quy định ATTP		OR (KTC 95%), Giá trị p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)	
Quy mô bếp	< 50 suất ăn/lần phục vụ	3 (30,3)	6 (66,7)	10 (1,73-57,72) 0,010*
	≥ 50 suất ăn/lần phục vụ	20 (83,3)	4 (16,7)	
Tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý chuyên ngành	< 2 lần/năm	8 (50)	8 (50)	7,5 (1,28-44,08) 0,026*
	≥ 2 lần/năm	15 (88,2)	2 (11,8)	
Có tham dự tập huấn về ATTP do cơ quan quản lý tổ chức	Không	8 (50)	8 (50)	7,5 (1,28-44,08) 0,026*
	Có	15 (88,2)	2 (11,8)	
Kiến thức chung về ATTP của người bếp trưởng	Không đạt	3 (33,3)	6 (66,7)	10 (1,73-57,72) 0,010*
	Đạt	20 (83,3)	4 (16,7)	
Thực hành chung về ATTP của người bếp trưởng	Không đạt	4 (36,4)	7 (63,3)	11,08 (1,97-62,49) 0,006*
	Đạt	19 (86,4)	3 (13,3)	

* Phân tích hồi quy logistic đơn biến, ATTP: an toàn thực phẩm, KTC: Khoảng tin cậy

Một số yếu tố có liên quan đến sự tuân thủ của bếp ăn tập thể như: quy mô bếp; tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan chức năng; tham

dự tập huấn về ATTP do cơ quan quản lý tổ chức; kiến thức và thực hành về an toàn thực phẩm của người bếp trưởng ($p < 0,05$).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về an toàn thực phẩm của nhân viên chế biến

Yếu tố		Kiến thức đúng về ATTP		OR (KTC 95%), Giá trị p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)	
Có tham dự tập huấn về ATTP do cơ quan quản lý tổ chức	Không	15 (53,6)	13 (46,4)	9,39 (2,30-38,33) 0,002**
	Có	96 (89,7)	11 (10,3)	
Tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý chuyên ngành	< 2 lần/năm	49 (73,1)	18 (26,9)	7,39 (1,98-27,63) 0,003**
	≥ 2 lần/năm	62 (91,2)	6 (8,8)	

***Phân tích hồi quy logistic đa biến, ATTP: an toàn thực phẩm, KTC: Khoảng tin cậy*

Yếu tố liên quan đến kiến thức gồm: tham dự tập huấn do cơ quan quản lý tổ chức (OR = 9,39; KTC 95% : 2,30 - 38,33; p = 0,002) và tần suất kiểm tra của cơ quan chuyên ngành (OR = 7,39; KTC 95%: 1,98 - 27,63; p = 0,003). Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

nhóm tuổi; giới tính; trình độ học vấn; thời gian công tác; đào tạo nấu ăn hoặc dinh dưỡng học đường; số nguồn thông tin tiếp cận các vấn đề về ATTP của NCB và quy mô bếp đối với kiến thức chung đúng về ATTP (p > 0,05).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến thực hành về an toàn thực phẩm của nhân viên chế biến

Yếu tố		Thực hành đúng về ATTP		OR (95% KTC), P
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)	
Có tham dự tập huấn về ATTP do cơ quan quản lý tổ chức	Không	11 (39,3)	17 (60,7)	5,74 (1,43-22,95) 0,013**
	Có	94 (87,9)	13 (12,1)	
Quy mô bếp	< 50 suất ăn/lần phục vụ	3 (25)	9 (75)	7,33 (1,37-39,09) 0,020**
	≥ 50 suất ăn/lần phục vụ	102 (82,9)	21 (17,1)	
Tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý chuyên ngành	< 2 lần/năm	47 (70,1)	20 (29,9)	3,62 (1,01-13,03) 0,049**
	≥ 2 lần/năm	58 (85,3)	10 (17,7)	
Kiến thức chung về ATTP	Không đạt	8 (33,3)	16 (66,7)	6,18 (1,79-21,36) 0,004**
	Đạt	97 (87,4)	14 (12,6)	

***Phân tích hồi quy logistic đa biến, ATTP: an toàn thực phẩm, KTC: Khoảng tin cậy*

Các yếu tố liên quan đến thực hành về ATTP của NVCB tại BATT gồm: tham dự tập huấn do cơ quan quản lý tổ chức (p = 0,013), quy mô bếp ăn (p = 0,020), tần suất kiểm tra

giám sát của cơ quan chức năng ($p = 0,049$) và kiến thức chung của NVCB ($p = 0,004$). Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi; giới tính; thâm niên công tác; trình độ học vấn; đào tạo nấu ăn hoặc dinh dưỡng học đường và số nguồn thông tin tiếp cận các vấn đề về ATTP đối với thực hành chung đúng về ATTP ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuân thủ quy định an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể

Kết quả cho thấy, có 23/33 (69,7%) BATT đạt điều kiện chung về ATTP. Tỷ lệ đạt được trong nghiên cứu này cao hơn so với một số kết quả trước đó như của Lưu Thị Minh Lý (2018) với tỷ lệ 20% [6], của Nguyễn Thành Anh Thư, Hồ Đắc Toàn (2023) với 56,5% [7] và Nguyễn Phúc (2023) tại các 55,9% [8]. Mặc dù vậy, con số 69,7% vẫn chưa phải là mức tối ưu. Thực tế vẫn còn 10/33 (30,3%) BATT chưa tuân thủ về ATTP, tiềm ẩn nhiều rủi ro gây ra các ngộ độc thực phẩm.

4.2 Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của nhân viên chế biến

Kiến thức chung về ATTP của NVCB đạt tỷ lệ 111/135 (82,2%). Kết quả cao hơn của tác giả Trần Hữu Thọ (2018) là 67,5% [9], Lê Như Huỳnh (2020) là 74,6% [10]; Nguyễn Phúc (2023) là 73,1% [8], thấp hơn tác giả Lưu Thị Minh Lý (2018) là 90,4% [6]. Thực hành chung đạt tỷ lệ 77,8%, cao hơn của tác giả Trần Hữu Thọ (2018) là 63,6% [9]; Lưu Thị Minh Lý (2018) là 32,9% [6] và Nguyễn Phúc (2023) là 73,1% [8]. Mặc dù đa số NVCB đã được cơ quan chuyên môn tập huấn kiến thức về ATTP (82,2%) và gần như toàn bộ được chủ cơ sở xác nhận đã cập nhật kiến thức 134/135 (99,3), tuy nhiên việc tuân thủ thực hành đúng các quy định về ATTP trong quá trình chế biến vẫn chưa thực sự đạt yêu cầu. Kết quả khảo sát cho thấy mức độ thực hành còn chưa đồng đều giữa các nội dung, trong đó một số chủ đề ghi nhận tỷ lệ thực hành đúng còn thấp như vệ sinh cá nhân (73,3%) và vệ sinh khu vực bếp, thu gom

rác thải (71,9 %). Thực trạng này cho thấy nguy cơ thực phẩm bị nhiễm bẩn trong quá trình chế biến vẫn tồn tại, từ đó tiềm ẩn rủi ro gây ngộ độc thực phẩm và lây lan các bệnh truyền qua đường ăn uống.

4.3 Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể

Qua khảo sát ghi nhận việc tuân thủ quy định về ATTP tại BATT có mối liên hệ thống kê có ý nghĩa ($p < 0,05$) với một số yếu tố như: quy mô bếp, tần suất kiểm tra, giám sát từ cơ quan quản lý chuyên ngành, có tham dự tập huấn về ATTP do cơ quan quản lý tổ chức; kiến thức và thực hành về ATTP. Tuy nhiên vì hạn chế về số lượng mẫu nghiên cứu do trên địa bàn không có nhiều BATT do đó chưa tìm được mối liên hệ nhân quả của việc tuân thủ các quy định về ATTP và các yếu tố có liên quan mà chỉ dừng lại ở mức xác định yếu tố liên quan.

4.4 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành về an toàn thực phẩm của nhân viên chế biến

Về kiến thức: Theo phân tích, NVCB đã được cơ quan quản lý tập huấn ATTP có khả năng đạt kiến thức đúng cao gấp 9,39 lần so với NVCB không tham dự ($OR = 9,39$; 95% KTC: 2,30–38,33; $p = 0,002$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê rõ rệt với $p = 0,002 < 0,05$. Tần suất kiểm tra, giám sát từ cơ quan quản lý chuyên ngành cho thấy có mối liên hệ rõ rệt với kiến thức chung về ATTP của người chế biến. Cụ thể, tại các BATT được kiểm tra, giám sát mỗi năm ≥ 2 lần thì NVCB có thể đạt kiến thức đúng cao hơn 7,39 lần so với cơ sở có tần suất kiểm tra ít hơn ($p < 0,05$).

Về thực hành: NVCB có tham dự tập huấn ATTP do cơ quan quản lý tổ chức có thực hành đúng về ATTP cao hơn 7,54 lần những người không tham gia ($OR = 7,54$; 95% KTC: 1,43–22,95; $p = 0,013$). NVCB làm việc tại các BATT có quy mô ≥ 50 suất ăn có thực hành đúng về ATTP cao hơn 7,33 lần so với NCB tại các bếp có quy mô nhỏ hơn ($OR = 7,33$; 95% KTC: 1,37–39,09; $p = 0,020$). Tần suất kiểm tra, giám sát từ cơ quan chuyên ngành

cũng có mối quan hệ rõ rệt với thực hành ATTP tại BATT. Cụ thể, NVCB tại các BATT được kiểm tra, giám sát ít nhất 2 lần trong năm có thực hành đúng cao hơn 3,62 lần những nơi có tần suất kiểm tra dưới 2 lần/năm (OR = 3,62; 95% KTC: 1,01–13,03; $p = 0,049$), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kiến thức đúng về ATTP có sự liên quan mạnh mẽ đến thực hành đúng tại các BATT. Cụ thể, những NVCB có kiến thức đúng về ATTP có thực hành đúng cao hơn 6,18 lần so với những người có kiến thức sai hoặc chưa đầy đủ (OR = 6,18; 95%KTC: 1,79–21,36; $p = 0,004$). Sự khác biệt này đạt mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu BATT ($n=33$) chưa lớn nên ảnh hưởng đến việc phân tích, so sánh và nhận định kết quả.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các bếp ăn tập thể tuân thủ các quy định về ATTP đạt 69,7%. Kiến thức và thực hành đúng về ATTP của NVCB đạt lần lượt là 82,2% và 77,8%. Yếu tố liên quan đến tuân thủ ATTP tại bếp ăn tập thể gồm: quy mô bếp; tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan chức năng; tham dự tập huấn; kiến thức và thực hành về ATTP của người bếp trưởng ($p < 0,05$). Yếu tố liên quan đến kiến thức về ATTP của NVCB: Tham dự tập huấn ($p < 0,01$) và tần suất kiểm tra, giám sát từ cơ quan quản lý chuyên ngành ($p < 0,01$). Yếu tố liên quan đến thực hành về ATTP của NVCB: tham dự tập huấn ($p < 0,05$); quy mô bếp ($p < 0,05$); tần suất kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý chuyên ngành ($p < 0,05$) và kiến thức về ATTP của NVCB ($p < 0,01$). Cơ quan chức năng cần tăng cường kiểm tra, tập huấn và truyền thông về ATTP. Các bếp ăn tập thể cần cải thiện cơ sở vật chất, tuân thủ quy định ATTP, người chế biến chủ động tham gia tập huấn và tuân thủ quy trình chế biến thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hội nghị tăng cường công tác đảm bảo an toàn thực phẩm và phòng chống ngộ độc thực

- phẩm. Ngày truy cập 22/7/2024: <https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/hoi-nghi-tang-cuong-cong-tac-am-bao-an-toan-thuc-pham-va-phong-chong-ngu-oc-thuc-pham>.
2. Chi Cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Tiền Giang. Báo cáo công tác an toàn thực phẩm năm 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023. 2023.
3. Nghị định số 124/2021/NĐ-CP của Chính phủ: Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 115/2018/NĐ-CP ngày 04 tháng 09 năm 2018 của Chính phủ Quy định xử phạt vi phạm hành chính về an toàn thực phẩm và nghị định số 117/2020/NĐ-CP ngày 28 tháng 9 năm 2020 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực Y tế.
4. Nghị định số 155/2018/NĐ-CP của Chính phủ: Sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.
5. Quyết định số 75/2024/QĐ-ATTP của Cục An toàn thực phẩm. Ban hành bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm cho chủ sơ sở, người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Y tế và đáp án trả lời.
6. Lưu Thị Minh Lý. Thực trạng an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan đến kiến thức - thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến tại các bếp ăn tập thể khu công nghiệp tỉnh Tiền Giang năm 2018. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2018.
7. Nguyễn Thành Anh Thư, Hồ Đắc Thoàn. Tuân thủ quy định an toàn thực phẩm của các bếp ăn tập thể trường học tại Cần Thơ năm 2022 và một số yếu tố ảnh hưởng. Tạp chí Y học dự phòng. 2023; 33 (6PB): 346-354.
8. Nguyễn Phúc. Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan tại các bếp ăn tập thể nhóm trẻ tại thành phố Quy Nhơn năm 2023. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2023.
9. Trần Hữu Thọ. Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể các trường mầm non huyện Cái Bè tỉnh Tiền Giang năm 2018. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2018.
10. Lê Như Huỳnh. Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan của người trực tiếp chế biến tại các bếp ăn tập thể trường học trên địa bàn thành phố Mỹ Tho năm 2020. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2020.

CURRENT STATUS OF FOOD SAFETY OF COLLECTIVE KITCHENS AND SOME RELATED FACTORS IN CAI LAY DISTRICT, TIEN GIANG PROVINCE IN 2024

Nguyen Thi Ngoc Ngan¹, Ho Dac Thoan^{2,3}

¹*Cai Lay District Medical Center, Tien Giang Province,*

²*Institute of Malarillogy, Parasitology and Entomology Quy Nhon,*

³*School of Medicine and Pharmacy, Tra Vinh University*

A cross-sectional study was conducted in 2024 at 33 collective kitchens and with 135 main food handlers in Cai Lay District, Tien Giang Province. Data were collected using questionnaires and observational checklists based on Decree 124/2021/NĐ-CP and Decision 75/QĐ-ATTP, aiming to determine the adherence rate to food safety regulations of collective kitchens, the knowledge and practices of food handlers regarding food safety, and related factors. The results showed that 69.7% of collective kitchens fully adherence to food safety regulations; 82.2% of food handlers had correct knowledge and 77.8% had proper practices regarding food safety. Factors related to collective kitchens adherence to food safety included characteristics of kitchen (OR=10; $p<0.05$), inspection frequency (OR=7.5; $p<0.05$), participation in professional training (OR=7.5;

$p<0.05$), the knowledge (OR=10; $p<0.05$) and practices of head chefs (OR=11.08; $p<0.05$). Factors related to food handlers' knowledge in term of food safety included participation in training (OR=9.39; $p<0.01$) and inspection frequency (OR=7.39; $p<0.01$). Factors related to food handlers' practices regarding food safety were training participation (OR=5.74; $p<0.05$), characteristics of collective kitchen (OR=7.33; $p<0.05$), inspection frequency (OR=3.62; $p<0.05$), and knowledge level (OR=6.18; $p<0.01$). Strengthening inspections, communication, infrastructure, internal supervision, and proactive training is essential to improve compliance and prevent foodborne diseases.

Keywords: Food safety, collective kitchen, food handlers, regulatory adherence, Cai Lay.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH, KẾT QUẢ VỀ HOẠT ĐỘNG VẮNG GIA TRONG PHÒNG CHỐNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CỦA CỘNG TÁC VIÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN LIÊN QUAN TẠI HUYỆN TÂN PHÚ ĐÔNG, TIỀN GIANG NĂM 2022

Hồ Văn Sơn*, Trần Văn Danh

Trung tâm Y tế Khu vực Tân Phú Đông, Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp

TÓM TẮT

Chiến dịch diệt lăng quăng/bọ gậy (LQ/BG) phòng chống sốt xuất huyết dengue (SXHD) tại huyện Tân Phú Đông chưa mang lại hiệu quả như mong đợi, một trong những nguyên nhân đó là do chất lượng công tác vắng gia (thăm hộ gia đình) còn hạn chế. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức, thực hành, kết quả về hoạt động vắng gia trong phòng chống sốt xuất huyết Dengue của cộng tác viên (CTV) và một số yếu tố liên quan liên quan tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang năm 2022. Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện từ 02–06/2022 trên 108 cộng tác viên (CTV) và 540 hộ gia đình (HGD); mỗi hộ chọn một chủ hộ hoặc đại diện đủ 18 tuổi tham gia. Kết quả, về kiến thức, có 69/108 (63,9%) CTV có hiểu biết đúng về đặc điểm sinh học của muỗi Aedes và 76/108 (70,4%) CTV biết các biện pháp diệt muỗi, lăng quăng. Về thực hành, có 63/108 CTV (58,3%) thực hiện VG đúng quy trình và chỉ 199/540 HGD (36,9%) có kiến thức đúng về phòng chống SXHD sau khi được VG. Kết quả quan sát tại HGD có 323/540 HGD (59,8%) được VG đầy đủ các bước và (58/108) 53,7% CTV thực hiện VG đạt yêu cầu ($\geq 4/5$ hộ). Tỷ lệ CTV hoàn thành công tác VG là 66/108 CTV (61,1%). Kết quả cho thấy, các yếu tố có liên quan đến việc hoàn thành công tác VG gồm: tuổi ≥ 35 , trình độ học vấn trên THPT, nghề nghiệp là cán bộ y tế/đoàn thể áp và có kiến thức đúng về điều tra bọ gậy ($p < 0,05$). Hoạt động VG hiện còn hạn chế, do đó cần chú trọng nâng cao năng lực, tăng cường công tác giám sát và đảm bảo nguồn lực cho CTV nhằm nâng cao hiệu quả phòng, chống SXHD.

Từ khóa: Sốt xuất huyết; vắng gia; cộng tác viên; Tân Phú Đông

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 6 tháng đầu năm 2022, tỉnh Tiền Giang ghi nhận hơn 3.000 ca sốt xuất huyết dengue (SXHD), trong đó có 4 ca tử vong. Riêng huyện Tân Phú Đông, số ca mắc tăng gấp 4 lần so với năm 2019 và gấp 6 lần so với năm 2021, phản ánh tình hình dịch bệnh diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng nhanh. Mặc dù các chiến dịch diệt lăng quăng/bọ gậy (LQ/BG) gậy được triển khai định kỳ với nguồn kinh phí đáng kể, hiệu quả phòng chống vẫn chưa đạt như mong đợi. SXHD hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó kiểm soát véc

tor, đặc biệt là loại bỏ ổ chứa LQ/BG tại HGD vẫn được xem là biện pháp chủ yếu và hiệu quả nhất. Trong chiến lược này, cộng tác viên (CTV) giữ vai trò nòng cốt khi trực tiếp thực hiện hoạt động VG để tuyên truyền, hướng dẫn, giám sát và vận động công tác vắng gia (HGD) thực hiện các biện pháp phòng bệnh. Thực tế cho thấy, khi hoạt động vắng gia (VG) được triển khai thường xuyên, đúng quy trình và có sự phối hợp tích cực của người dân, tỷ lệ hộ có LQ/BG sẽ giảm rõ rệt, qua đó góp phần cắt đứt chuỗi lây truyền SXHD trong cộng đồng. Kết quả của một nghiên cứu đánh giá hoạt động của CTV mạng lưới phòng chống SXHD tại 09

*Tác giả: Hồ Văn Sơn

Địa chỉ: TT Y tế KV Tân Phú Đông, Sở Y tế T. Đồng Tháp.

Số điện thoại: 0916 195 936

Email: hovanson.mph@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện:

Ngày đăng bài: 30/09/2025

phường trọng điểm tại quận Đống Đa, Hà Nội cho thấy hầu hết CTV thực hiện tốt các nhiệm vụ thăm, kiểm tra hộ gia đình, tuyên truyền và vận động người dân vệ sinh môi trường phòng chống SXHD. Tại huyện Tân Phú Đông tỉnh hình dịch SXHD diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng nhanh. hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện về hoạt động VG và các yếu tố liên quan. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thực hành, kết quả về hoạt động vệ sinh gia trong phòng chống SXHD của CTV và một số yếu tố liên quan tại huyện Tân Phú Đông, Tiền Giang năm 2022, qua đó chỉ ra những hạn chế và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả công tác VG, góp phần kiểm soát dịch bệnh tại địa phương.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các CTV y tế tham gia hoạt động phòng chống SXHD tại địa bàn và các HGD thuộc phạm vi phụ trách của CTV.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02/2022 đến tháng 06/2022, tại huyện Tân Phú Đông, Tiền Giang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn toàn bộ 108 CTV và 540 hộ trong danh sách VG của CTV, mỗi hộ cho 01 người là chủ hộ hoặc đại diện chủ hộ (đủ 18 tuổi).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu chọn toàn bộ 108 CTV đang phụ trách công tác VG tại địa phương. Mỗi CTV quản lý khoảng 50 HGD. Từ danh sách này, nhóm nghiên cứu chọn 5 HGD (chọn ngẫu nhiên 01 HGD đầu tiên, 04 hộ tiếp theo chọn theo phương pháp “nhà liền nhà”) để quan sát và đánh giá thực hành VG của CTV, tổng số 540 HGD. Tại mỗi HGD được chọn, tiến hành

phỏng vấn một người, ưu tiên chủ hộ; trường hợp chủ hộ vắng mặt sẽ phỏng vấn một thành viên trưởng thành (≥ 18 tuổi) có tham gia hoặc nắm thông tin sinh hoạt của hộ.

2.6 Biến số nghiên cứu

a) Kiến thức về diệt muỗi, lăng quăng, đánh giá qua 9 nội dung: (1) Nơi muỗi vẫn đẻ trứng; (2) Môi trường sinh sản; (3) Nhận biết dụng cụ chứa nước (DCCN) trong nhà có bọ gây; (4) Nhận biết DCCN ngoài nhà có bọ gây; (5) Thời điểm điều tra bọ gây; (6) Dụng cụ điều tra; (7) Biện pháp loại bỏ ổ bọ gây; (8) Biện pháp loại bỏ nơi muỗi đẻ; (9) Biện pháp diệt muỗi, phòng muỗi đốt. Kiến thức đạt khi trả lời đúng $\geq 7/9$ nội dung.

b) Thực hành VG: Phỏng vấn HGD về 7 hoạt động gồm chuẩn bị dụng cụ, dán cam kết, hướng dẫn diệt muỗi/lăng quăng, sử dụng đèn pin, kiểm tra toàn bộ DCCN, hướng dẫn vệ sinh-đổ bỏ DCCN, thả cá. Thực hành đạt khi thực hiện đầy đủ $\geq 5/7$ nội dung. Phỏng vấn HGD về 5 nội dung: muỗi gây SXH, nơi đẻ trứng, cách loại bỏ nơi đẻ, cách diệt lăng quăng, cách phòng muỗi đốt. Đạt khi trả lời đúng $\geq 3/5$.

c) Kết quả sau VG: Nhóm nghiên cứu sẽ giám sát, đánh giá chất lượng VG tại HGD sau khi CTV đi qua trong 12 giờ theo 5 tiêu chí gồm (1) DCCN lớn được súc rửa/đậy nắp/thả cá; (2) Không có vật chứa linh tinh; (3) Bình bông, chén nước được dọn dẹp; (4) Không có lăng quăng trong nhà; (5) Phiếu điều tra ghi đầy đủ. Đạt khi đáp ứng $\geq 4/5$ tiêu chí.

d) Chất lượng VG: Trên cơ sở tổng hợp các tiêu chí đánh giá bao gồm kiến thức, thực hành của CTV khi VG, chất lượng và kết quả công việc sau VG.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Bước 1: Phỏng vấn đánh giá kiến thức CTV tại buổi hội nghị triển khai chiến dịch diệt lăng quăng; Bước 2: Lập danh sách toàn bộ những HGD mà CTV sẽ đi điều tra, chọn 5 hộ/50 hộ trong danh sách của mỗi CTV để tiến hành giám sát sau VG; Bước 4: Kiểm tra kết quả thực hiện VG của CTV và phỏng vấn HGD;

Bước 5: Khảo sát chỉ số lăng quăng tại HGD và tình hình xử lý vật chứa.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dùng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả cho biến định lượng. Sử dụng Chi Squared Test để so sánh tỷ lệ, với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê, kết quả biểu thị bằng tỷ suất chênh OR, KTC 95%, và giá trị p .

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Tất cả CTV và HGD tham gia nghiên cứu đều được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung và cách thức tiến hành nghiên cứu. Người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi trong chăm sóc sức khỏe hoặc công việc được giao. Thông tin thu thập được đảm

bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi có sự đồng thuận tham gia của CTV và chủ hộ hoặc thành viên đại diện HGD. Đề tài đã được Hội đồng Khoa học – Kỹ thuật Sở Y tế tỉnh Tiền Giang nghiệm thu theo Quyết định số 1705/QĐ-SYT ngày 01/12/2022.

III. KẾT QUẢ

Kết quả khảo sát trên 108 CTV cho thấy, 48,1%; trong số họ trên 35 tuổi, nam giới chiếm 63,9%. Chủ yếu CTV có học vấn từ THCS trở xuống với 65,7%. Thâm niên làm VG từ 2 đến 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất với 59,3%, nhân viên y tế áp và nhân viên sức khỏe cộng đồng là lực lượng chính của hoạt động VG với 32,4%.

Bảng 1. Kiến thức của cộng tác viên về diệt muỗi, lăng quăng, bọ gậy (n = 108)

Nội dung kiến thức của CTV đã trang bị khi đi vắng gia	Tần số	Tỉ lệ
Hiểu biết về sinh trưởng, phát triển của muỗi		
Phạm vi đẻ trứng của muỗi	64	59,3
Thời gian trứng nở thành bọ gậy	11	10,2
Dụng cụ chứa nước trong nhà hay có bọ gậy	56	51,9
Dụng cụ chứa nước ngoài nhà hay có bọ gậy	91	84,3
Môi trường muỗi hay đẻ trứng	55	50,9
Hiểu biết đúng về sinh trưởng, phát triển của muỗi (3/5 nội dung)	69	63,9
Hiểu biết về điều tra bọ gậy, lăng quăng		
Thời điểm điều tra bọ gậy	56	51,9
Dụng cụ khi đi điều tra bọ gậy	105	97,2
Các biện pháp loại bỏ ổ bọ gậy	78	72,2
Cách loại bỏ nơi muỗi đẻ trứng	89	82,4
Hiểu biết đúng về điều tra bọ gậy, lăng quăng (3/4 nội dung)	76	70,4

Bảng 1 cho thấy, kiến thức của CTV về sinh trưởng, phát triển của muỗi và điều tra bọ gậy còn chưa đồng đều. Ở nhóm kiến thức về sinh trưởng (5 nội dung), đa số biết muỗi thường đẻ trứng ở dụng cụ chứa nước ngoài nhà (84,3%), nhưng chỉ 10,2% trả lời đúng về thời gian trứng nở thành bọ gậy; tỷ lệ hiểu biết đúng chung

tổng hợp đạt 63,9%. Ở nhóm điều tra bọ gậy (4 nội dung), phần lớn biết dụng cụ cần dùng khi đi điều tra (97,2%) và cách loại bỏ nơi muỗi đẻ trứng (82,4%), song chỉ một nửa xác định đúng thời điểm điều tra (51,9%); tỷ lệ hiểu biết đúng chung tổng hợp đạt 70,4%.

Bảng 2. Thực hành văng gia phòng chống SXHD của CTV tại hộ gia đình (n = 540)

Nội dung chuẩn bị và công việc CTV đã làm khi văng gia	n	%
Có đủ dụng cụ, vật tư chiến dịch (đèn, vợt, cá, biểu mẫu, tờ bướm, cam kết)	388	71,9
Có vận động/hướng dẫn người dân diệt muỗi, diệt LQ/BG	229	42,4
Sử dụng đèn pin để quan sát bọ gây	297	55,0
Có quan sát tất cả các dụng cụ chứa nước trong nhà	332	61,5
Hướng dẫn HGD vệ sinh môi trường, đổ bỏ DCCN quanh nhà	119	22,0
Có thả cá diệt lăng quăng/bọ gây	465	86,1
Hộ được CTV thực hành đạt VG đạt yêu cầu (4/5 nội dung)	315	58,3

Trong 540 hộ được giám sát, kết quả phỏng vấn cho thấy 71,9% CTV có đủ dụng cụ, vật tư khi đi VG, với 42,4% được tuyên truyền diệt muỗi/lăng quăng, 55% được dùng đèn pin quan sát bọ gây, 61,5% được kiểm tra tất cả dụng cụ chứa nước, 22% được hướng dẫn vệ sinh môi trường và 86,1% được thả cá. Tỷ lệ hộ được VG đạt yêu cầu chỉ 59,8%. Theo quy ước (CTV thực hành đạt 4/5 HGD được tính đạt), chỉ 58,3% HGD được CTV thực hành VG đạt yêu cầu.

Bảng 3. Kiến thức về diệt muỗi, diệt lăng quăng của HGD sau khi được cộng tác viên văng gia (n = 540)

Nội dung kiến thức mà cộng tác viên truyền đạt đến HGD	n	%
Biết muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết là muỗi vàng (Aedes)	223	41,3
Biết nơi muỗi đẻ trứng	198	36,7
Biết biện pháp loại bỏ nơi sinh sản của muỗi	106	19,6
Biết các biện pháp diệt lăng quăng	191	35,4
Biết biện pháp diệt muỗi, phòng muỗi đốt	187	34,6
Hiệu quả truyền thông sau văng gia (HGD trả lời đạt 3/5 nội dung)	199	36,9

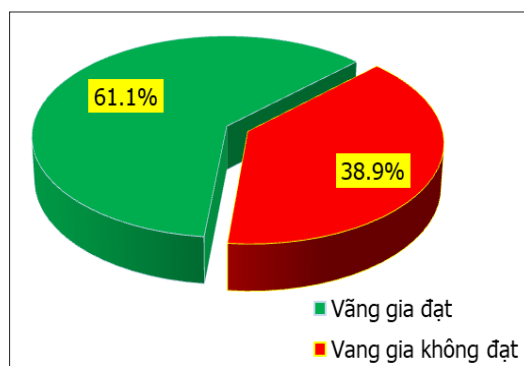
Kết quả khảo sát cho thấy 41,3% HGD biết muỗi truyền SXHD, 36,7% biết nơi muỗi đẻ, 35,4% biết biện pháp diệt lăng quăng, 34,6% biết cách diệt muỗi/phòng muỗi đốt và 19,6% biết cách loại bỏ nơi sinh sản. Hiệu quả truyền thông sau VG cho thấy, chỉ 36,9% hộ có hiểu biết đầy đủ về các biện pháp phòng chống SXHD.

Bảng 4. Kết quả giám sát sau văng gia tại 540 hộ gia đình

Kết quả công việc cộng tác viên đã thực hiện khi văng gia	n	%
Dụng cụ trong nhà, dụng cụ thể tích lớn được súc rửa đầy nắp/ thả cá	398	73,7
Không có vật chứa linh tinh quanh nhà hoặc vật chứa đã được xử lý	289	53,5
Bình bông, chén nước kê tủ, nước cúng bàn thờ được dọn dẹp hợp lý	242	44,8
Nhà không có lăng quăng/bọ gây	332	61,5
Có ký, dán cam kết diệt lăng quăng	516	95,6
Kết quả VG tại hộ (HGD được VG đạt 4/5 tiêu chí)	239	44,3

Kết quả cho thấy 95,6% hộ có ký cam kết diệt lăng quăng; 73,7% dụng cụ chứa nước lớn được xử lý đúng cách; 61,5% hộ không có lăng quăng; 53,5% không có vật chứa linh tinh; và 44,8% dọn dẹp bình bông, chén nước hợp lý.

Tỉ lệ hộ đạt yêu cầu ($\geq 4/5$ tiêu chí) chỉ 44,3% (239/540). Về mức độ hoàn thành của CTV: 14,8% đạt yêu cầu ở cả 5 hộ, 38,9% đạt 4/5, 10,2% đạt 3/5, và 4,6% không đạt ở hộ nào. Tính chung, 53,7% CTV đạt yêu cầu ($\geq 4/5$ hộ).



Hình 1. Kết quả vãng gia của cộng tác viên tại hộ gia đình

Trên cơ sở tổng hợp các tiêu chí đánh giá bao gồm kiến thức, thực hành của CTV khi VG, chất lượng và kết quả công việc sau VG,

có (66/108) 61,1% CTV được đánh giá là VG đạt yêu cầu.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoàn thành công tác vãng gia của cộng tác viên (n = 108)

Nội dung	Hoàn thành công tác vãng gia (n,%)		p	OR (CI 95%)
	Đạt (n=66)	Không đạt (n=42)		
Tuổi				
≥35	39 (75,0)	13 (25,0)	0,0079	3,22 (1,42 – 7,30)1
< 35	27 (48,2)	29 (51,8)		
Giới tính				
Nam	44 (63,8)	25 (36,2)	0,54	1,36 (0,61–3,03) 1
Nữ	22 (56,4)	17 (43,6)		
Trình độ học vấn				
THPT trở lên	51 (71,8)	20 (28,2)	0,0031	3,74 (1,62–8,62) 1
THCS trở xuống	15 (40,5)	22 (59,5)		
Thâm niên làm vãng gia				
Dưới 2 năm	5 (45,5)	6 (54,5)	0,43	0,49 (0,14–1,73) 1
Từ 2 năm trở lên	61 (62,3)	36 (37,7)		
Nghề nghiệp của CTV				
Nhóm y tế áp, đoàn thể áp	27 (77,1)	8 (22,9)	0,031	2,94 (1,18–7,33) 1
Nhóm còn lại	39 (53,4)	34 (46,6)		

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoàn thành công tác văng gia của cộng tác viên (n = 108) (tiếp)

Nội dung	Hoàn thành công tác văng gia (n,%)		p	OR (CI 95%)
	Đạt (n=66)	Không đạt (n=42)		
Hiểu biết về đặc điểm sinh học của muỗi				
Đạt	41 (59,4)	28 (40,6)	0,86	0,93 (0,40–2,15)
Không đạt	25 (64,1)	14 (35,9)		-
Hiểu biết về điều tra bọ gây, lăng quăng				
Đạt	52 (68,4)	24 (31,6)	0,029	2,78 (1,09–7,10)
Không đạt	14 (43,8)	18 (56,2)		1

Kết quả cho thấy, các yếu tố có liên quan đến việc hoàn thành công tác văng gia gồm: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và kiến thức về điều tra bọ gây. Cụ thể, CTV ≥ 35 tuổi có khả năng hoàn thành cao gấp 3,2 lần so với nhóm < 35 tuổi (OR = 3,22; KTC 95%: 1,42 – 7,30). Nhóm có trình độ THPT trở lên hoàn thành cao gấp 3,7 lần so với nhóm THCS trở xuống (OR = 3,74; KTC 95%: 1,62–8,62;). CTV thuộc nhóm y tế áp/đoàn thể áp có khả năng hoàn thành cao gấp 2,9 lần so với nhóm nghề nghiệp khác (OR = 2,94; KTC 95%: 1,18–7,33;). Bên cạnh đó, CTV có hiểu biết đúng về điều tra bọ gây có khả năng hoàn thành cao gấp 2,8 lần so với nhóm không đạt (OR = 2,78; KTC 95%: 1,09–7,10;).

IV. BÀN LUẬN

Về hiểu biết của CTV về hoạt động VG, kết quả cho thấy kiến thức của CTV về hoạt động VG còn hạn chế, đặc biệt chỉ 10,2% biết chính xác thời gian trứng muỗi nở thành bọ gây. Tuy nhiên, mức độ nhận biết về nơi sinh sản của muỗi khá tốt, với 84,3% xác định đúng dụng cụ chứa nước ngoài nhà có bọ gây, tương đồng với nghiên cứu tại Brazil ghi nhận 82,7% ổ bọ gây tập trung ngoài nhà [1]. Tỷ lệ kiến thức đúng tổng hợp (63,9% và 70,4%) nhìn chung chưa cao, cho thấy khoảng trống cần được cải thiện. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước khẳng định bọ gây thường tập trung ở lu, chum, bể chứa nước [2, 3], song khác biệt với nghiên cứu của Mane tại Ấn Độ, nơi ghi nhận

sự chênh lệch rõ rệt về kiến thức giữa cán bộ y tế và người dân ($p < 0,01$) [4]. Điều này gợi ý rằng năng lực của CTV có vai trò quyết định trong phòng chống sốt xuất huyết, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu tập huấn chuyên sâu và giám sát thực hành thường xuyên để nâng cao hiệu quả can thiệp.

Về thực hành VG của CTV, kết quả nghiên cứu cho thấy CTV tuy chuẩn bị vật tư đầy đủ nhưng thực hành VG còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở hoạt động truyền thông khi chỉ có 42,4% HGD được tiếp cận và 36,9% có hiểu biết đầy đủ. Một số thao tác kỹ thuật cũng chưa được thực hiện tốt, chẳng hạn chỉ 55% sử dụng đèn pin, 61,5% quan sát toàn bộ dụng cụ chứa nước và 22% hỗ trợ xử lý quanh nhà. Tỷ lệ phát hiện và xử lý dụng cụ chứa nước thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thương Diễm (2015) [5], trong khi tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu (59,8% HGD, 58,3% CTV) cũng thấp hơn báo cáo của tác giả này (74,2%) nhưng cao hơn kết quả của Đỗ Kiên Quốc (2014) (36,42%) [6]. Sự khác biệt này cho thấy hiệu quả thực hành VG phụ thuộc nhiều vào năng lực CTV, sự giám sát và bối cảnh địa phương. Do đó, cần tăng cường tập huấn, giám sát thường xuyên và lồng ghép truyền thông trong mỗi lần VG nhằm nâng cao hiệu quả phòng chống sốt xuất huyết.

Về hiệu quả truyền thông của CTV khi VG, kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn còn một số hạn chế, với chỉ 41,3% HGD biết muỗi vằn truyền SXHD, 36,7% biết nơi muỗi đẻ, 35,4% biết biện pháp diệt lăng quăng, 34,6% biết cách phòng muỗi đốt và chỉ 19,6% biết cách loại bỏ

nơi sinh sản. Tính chung, chỉ 36,9% hộ đạt mức hiểu biết đầy đủ ($\geq 3/5$ nội dung). So sánh với nghiên cứu tại Ấn Độ của Anil ShamRao Mane [4], kết quả thấp hơn đáng kể, cho thấy hoạt động VG tại Tân Phú Đông chưa đồng bộ và kém hiệu quả. Điều này gợi ý cần tăng cường tập huấn kỹ năng truyền thông cho CTV và kết hợp đa dạng hình thức truyền thông cộng đồng để nâng cao nhận thức, đảm bảo tính bền vững trong phòng chống SXHD.

Kết quả cho thấy hiệu quả buổi VG chưa cao, khi chỉ 44,3% hộ đạt yêu cầu và 53,7% CTV hoàn thành công việc tại $\geq 4/5$ hộ. Một số hoạt động được thực hiện khá tốt như ký cam kết, xử lý dụng cụ chứa nước lớn và loại bỏ lăng quăng, nhưng những vị trí đặc thù như bình bông, chén nước kê tủ hay nước cúng bàn thờ lại ít được quan tâm (44,8%). Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thương Diễm (2015) tại Lâm Đồng, nơi nhân viên y tế áp thực hiện đầy đủ 57,8% và hầu hết các hoạt động xử lý dụng cụ chứa nước đều đạt trên 80% [5]. Thực trạng bỏ sót các vị trí nhạy cảm cũng được Nguyễn Đăng Ngạn [2] và Đỗ Kiến Quốc [6] ghi nhận là nguồn bọ gây thường gặp. Điều này cho thấy CTV vẫn tập trung nhiều vào xử lý dụng cụ lớn, trong khi truyền thông và hướng dẫn người dân xử lý các dụng cụ nhỏ, ít chú ý còn hạn chế. Vì vậy, cần nhấn mạnh nội dung này trong tập huấn và giám sát để nâng cao hiệu quả chiến dịch phòng chống sốt xuất huyết tại cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ 61,1% CTV đạt tiêu chí VG đạt yêu cầu, phản ánh chất lượng công tác còn hạn chế, nhất là về thực hành đúng quy trình và hiệu quả truyền thông tại HGD. Kết quả này cho thấy mặc dù kiến thức cơ bản của CTV tương đối tốt, việc thực hành và giám sát vẫn chưa đạt yêu cầu. Kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu của Anil ShamRao Mane (Ấn Độ, 2015) [4], nhấn mạnh rằng hiệu quả công tác VG phụ thuộc đồng thời vào kiến thức, kỹ năng thực hành và sự giám sát thường xuyên, từ đó gợi ý cần tăng cường tập huấn, hướng dẫn thực hành và cơ chế giám sát chặt chẽ để nâng cao chất lượng các chiến dịch phòng chống sốt xuất huyết dựa vào cộng đồng.

Kết quả phân tích cho thấy một số yếu tố cá nhân và kiến thức có ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả công tác VG. Nhóm CTV ≥ 35 tuổi có khả năng hoàn thành công việc cao hơn nhóm trẻ, phù hợp với nhận định rằng người lớn tuổi thường có uy tín và thuận lợi trong tiếp cận HGD, tương đồng với nghiên cứu của Lưu Hoàng Anh Phương (2015) [7]. Trình độ học vấn cũng đóng vai trò quan trọng, khi CTV có trình độ trung học phổ thông trở lên hoàn thành công việc tốt hơn nhóm học vấn thấp, củng cố quan điểm rằng nền tảng học vấn giúp tiếp thu và truyền đạt thông điệp hiệu quả hơn [5]. Ngoài ra, CTV là y tế ấp hoặc đoàn thể đạt kết quả cao hơn so với nhóm nghề nghiệp khác, có thể do thường xuyên được tập huấn và gắn bó lâu dài với địa phương. Đặc biệt, kiến thức chuyên môn đúng về điều tra bọ gây giúp tăng đáng kể khả năng hoàn thành công việc, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thương Diễm (2017) [5]. Như vậy, hiệu quả công tác VG chịu tác động bởi tuổi, học vấn, nghề nghiệp và kiến thức, đây là cơ sở quan trọng để lựa chọn, đào tạo và giám sát CTV, góp phần nâng cao chất lượng các chiến dịch phòng chống sốt xuất huyết tại cộng đồng.

Nghiên cứu có một số hạn chế, gồm quy mô mẫu còn nhỏ, chỉ khảo sát tại một huyện và dữ liệu về thực hành chủ yếu dựa trên quan sát và tự báo cáo, có thể chịu ảnh hưởng thiên lệch. Những hạn chế này cần được cân nhắc khi áp dụng kết quả vào chiến lược tuyển chọn, đào tạo và giám sát cộng tác viên trong các chiến dịch phòng chống sốt xuất huyết dengue.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng công tác vãng gia của cộng tác viên trong phòng chống sốt xuất huyết dengue tại cộng đồng còn hạn chế, hiểu biết, kỹ năng thực hành và hiệu quả truyền thông tại HGD của CTV chưa đạt mức tối ưu. Để nâng cao hiệu quả, cần ưu tiên tuyển chọn cộng tác viên ≥ 35 tuổi, có trình độ trung học phổ thông trở lên hoặc công tác tại y tế ấp/đoàn thể, đồng thời tăng cường tập huấn kiến thức, kỹ năng thực hành và thiết lập cơ chế giám sát, hỗ trợ thường xuyên đối với cộng tác viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sanchez L, Vanlerberghe V, Alfonso L, et al. *Aedes aegypti* Larval Indices and Risk for Dengue Epidemics. *Emerg Infect Dis*. 2006; 12 (5): 800 – 806.
2. Lê Đăng Ngạn, Hà Văn Phước, Võ Văn Nhạn. Đặc điểm ổ bọ gây nguồn của muỗi *Aedes* truyền bệnh sốt xuất huyết tại tỉnh Tiền Giang. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2014; 20 (5): 19 - 23.
3. Vũ Trọng Dược, Trần Vũ Phong, Trần Như Dương. Phân bố quần thể hai loài muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopitus* tại một số khu vực sinh thái khác nhau ở Hà Nội. *Tạp chí y học dự phòng*. 2011; XXIII(6).
4. Mane AS. Knowledge, Attitude and Practice of General Public and Nursing Staff of Hospitals Regarding the Dengue Fever. *Annals of International Medical and Dental Research*. 2016; 2 (5): 21 - 24.
5. Nguyễn Thị Thương Diễm, Nguyễn Hữu Phúc, Phạm Lê Phương Thảo. Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế xã về giám sát bọ gây và các yếu tố liên quan tại huyện Bảo Lâm, tỉnh Lâm Đồng năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27: 119.
6. Đỗ Kiến Quốc, Lương Chấn Quang, Nguyễn Thị Thanh. Đánh giá tác động của cộng tác viên lên nhận thức và thực hành phòng chống sốt xuất huyết tại khu vực phía Nam. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2013; 23 (10): 125.
7. Lưu Hoàng Anh Phương, Trương Quang Tiến. Thực trạng hoạt động phòng chống sốt xuất huyết của nhân viên y tế khám áp và một số yếu tố liên quan tại huyện Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp năm 2015. *Trường Đại học Y tế công cộng*. 2015.

KNOWLEDGE, PRACTICE AND RESULTS OF HOUSEHOLD VISITS FOR DENGUE FEVER PREVENTION AND CONTROL OF COLLABORATORS AND SOME RELATED FACTORS IN TAN PHU DONG DISTRICT, TIEN GIANG PROVINCE, 2022.

Ho Văn Sơn, Tran Van Danh

Tan Phu Dong Regional Medical Center, Dong Thap Provincial Department of Health

Tan Phu Dong Regional Medical Center, Dong Thap Provincial Department of Health. The campaign to eliminate larvae/pupae for dengue fever prevention in Tan Phu Dong District has not achieved the expected effectiveness, partly due to limitations in the quality of household visits. This study aimed to describe the of knowledge, practice, and results of household visits for dengue fever prevention and control, of collaborators and some related factors in Tan Phu Dong district, Tien Giang province, 2022 in Tan Phu Dong District, Tien Giang Province, in 2022. A cross-sectional study was conducted among 108 collaborators and the results of household visits at 540 households. Results showed that knowledge, 69/108 (63.9%) collaborators had correct knowledge of the biological characteristics of *Aedes* mosquitoes and 76/108 (70.4%) knew the measures for mosquito and larval elimination. Regarding practice, 63/108 (58.3%) collaborators performed household

visits according to the correct procedure, while only 199/540 households (36.9%) demonstrated correct knowledge of dengue prevention after being visited. Observation showed that 323/540 households (59.8%) received all steps of the household visit, and 58/108 (53.7%) collaborators achieved the required standard ($\geq 4/5$ households). The proportion of collaborators who completed household visit activities was 66/108 (61.1%). Factors related with successful completion of household visits included age ≥ 35 years old, educational level from secondary school to higher, occupation as hamlet health worker, and good knowledge of larval surveys ($p < 0.05$). Household visit activities remain limited; therefore, strengthening capacity, enhancing supervision, and ensuring sufficient resources for collaborators are essential to improve the effectiveness of dengue prevention and control.

Keywords: Dengue fever; household visit; collaborator; Tan Phu Dong Commune