

The study aimed to evaluate the accuracy and applicability of the NCDR-AKI scale to clinical practice in the prognosis of acute renal damage in patients undergoing percutaneous coronary intervention.

Through a study of 219 patients undergoing PCI at the Vietnam Heart Institute from August 2019 to August 2020, it showed that the NCDR-AKI score scale was quite accurate in predicting the possibility of acute kidney damage after PCI with AUC = 0.7, 95%CI is (0.585 - 0.815), p = 0.001, cut-off score is 26.5 points, sensitivity 70.4%, specificity 67.7%.

The independent factors that significantly affected the contrast-induced renal disease outcome were STEMI status, congestive heart failure, age > 75, EF < 40%, and anemia.

Keywords: Acute kidney injury, Contrast-induced acute kidney injury, external validation, percutaneous coronary intervention, risk model; serum creatinine.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành, đặc biệt nhồi máu cơ tim là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ và các nước châu Âu [1,2], đang có xu hướng ngày càng tăng lên ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2012 ước tính có khoảng 56 triệu người chết trên toàn thế giới, trong đó có đến 17,5 triệu người chết về bệnh tim mạch (chiếm 32,3% tử vong chung), trong số này có 7,4 triệu người chết vì bệnh lý mạch vành (chiếm 13,2% tử vong chung)[1].

Kể từ khi được tiến hành lần đầu tiên bởi Andreas Gruntzig vào năm 1977, can thiệp mạch vành qua da đã được ứng dụng và đem lại hiệu quả cho hàng triệu bệnh nhân trên toàn thế giới. Trải qua hàng chục năm, thủ thuật này đã phát triển từ kỹ thuật tạo hình mạch bằng nong bóng có chọn lọc ở một số trung tâm chuyên biệt, cho đến nay đã trở nên có mặt rộng rãi với các kỹ thuật đặt stent ở các trung tâm can thiệp cấp cứu [3]. Cùng với sự phát triển của công nghệ, thuốc và kinh nghiệm của đội ngũ can thiệp, các nguy cơ có liên quan đến thủ thuật ngày càng giảm dần. Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn còn liên quan nhất định đến tỷ lệ tổn thương thận cấp (AKI) do bắt buộc phải dùng đến thuốc cản quang. Điều này làm tăng gánh nặng bệnh tật, thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

Tại Mỹ, Thomas T.Tsai và cộng sự đã lấy dữ liệu từ 947 012 bệnh nhân PCI tại 1253 địa điểm tham gia Cơ quan Đăng ký Dữ liệu Tim mạch Quốc gia NCDR Cath / PCI trong khoảng thời

gian từ 6/2009 đến 7/2011 để phát triển mô hình nghiên cứu, với 70% được gán ngẫu nhiên cho nghiên cứu thuần tập tiến cứu và 30% cho thuần tập hồi cứu. AKI xảy ra với tỉ lệ 7,33% trong cả 2 mẫu nghiên cứu này còn tổn thương thận cấp tính cần lọc máu (AKI-D) xảy ra với tỉ lệ 0,30% và 0,32% trong nhóm tiến cứu và hồi cứu tương ứng [4].

Tại Nhật Bản, Inohara và cộng sự đã áp dụng mô hình dự đoán NCDR cho 11.041 bệnh nhân liên tiếp trong sổ đăng ký PCI đa trung tâm của Nhật Bản. Kết quả là AKI và AKI-D xảy ra ở 10,5% và 1,5% số bệnh nhân [5].

Câu hỏi đặt ra là: Thang điểm được xây dựng trên những quần thể khác nhau, với đặc điểm dịch tễ học khác nhau, liệu có còn phù hợp khi áp dụng vào việc tiên lượng cho quần thể người Việt Nam?

Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài: “*Tìm hiểu giá trị thang điểm NCDR-AKI trong tiên lượng tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da*” nhằm các mục tiêu sau:

Xác định thang điểm NCDR-AKI trên bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da

Đánh giá khả năng tiên lượng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da của thang điểm NCDR-AKI.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân được chẩn đoán có chỉ định chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian từ tháng 8/2019 đến hết tháng 8/2020.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Những bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da thỏa mãn tiêu chuẩn loại trừ.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Chúng tôi loại các bệnh nhân sau ra khỏi nghiên cứu:

- Có bệnh nặng đi kèm như suy thận nặng, xơ gan nặng, ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do đái tháo đường...

- Được can thiệp động mạch vành qua da nhiều lần trong thời gian nằm viện.

- Không có xét nghiệm creatinin máu trước hoặc sau can thiệp động mạch vành qua da.

- Đang dùng các thuốc có thể gây tổn thương thận như NSAIDs, Aminocid, Cyclosporin, Metformin...

1.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Tim mạch Việt Nam.

3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin về tiền sử bệnh, tình trạng lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến trong quá trình điều trị tại viện sẽ được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Các bước tiến hành:

- Tất cả các BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đều được đưa vào nghiên cứu.
- Dựa vào thang điểm NCDR-AKI tính điểm

và ước tính nguy cơ tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da cho bệnh nhân trước khi can thiệp.

- Sau can thiệp, bệnh nhân được lấy máu làm lại xét nghiệm định lượng creatinin máu trong vòng 48 giờ. So sánh giá trị creatinin cao nhất sau can thiệp với trước can thiệp để đánh giá tổn thương thận cấp.

- Xử lý số liệu và phân tích: Bằng phần mềm SPSS.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã được tiến hành trên 219 bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n = 219)	Có CI-AKI 27 (12,3%)	Không CI-AKI 192 (87,7%)	p
Tuổi	≤ 75	171 (78,1%)	16 (59,3%)	155 (80,7%)	0,012
	> 75	48 (21,9%)	11 (40,7%)	37 (19,3%)	
	Trung bình	68,22±10,1	71,74±10,7	67,73±9,9	0,027
Giới	Nam	150 (68,5%)	15 (55,6%)	135 (70,3%)	0,122
	Nữ	69 (31,5%)	12 (44,4%)	57 (27,7%)	
BMI (kg/m ²)	< 18,5	15 (6,8%)	2 (7,4%)	13 (6,8%)	0,856
	18,5 – 24,9	163 (74,4%)	21 (77,8%)	142 (77,8%)	
	> 25	41 (18,7%)	4 (14,8%)	37 (18,7%)	
	Trung bình	22,65±2,90	22,64±2,87	22,66±2,91	0,986

Nhận xét: Tuổi > 75 là một yếu tố nguy cơ của tổn thương thận cấp sau can thiệp với p = 0,012.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n = 219)	Có CI-AKI	Không CI-AKI	p
Suy tim sung huyết OR = 5,89	có	60 (27,4%)	17 (63,0%)	43 (22,4%)	<0,001
	không	159 (72,6%)	10 (37,0%)	149 (77,6%)	
Sốc tim		1 (0,46%)	1 (100%)	0	0,123
IAPB		1 (0,46%)	1 (100%)	0	0,123
Ngừng tim		0			
NSTEMI/UA		181 (82,6%)	14 (51,9%)	167 (87,0%)	<0,001
STEMI OR = 6,20	có	38 (17,4%)	13 (48,1%)	25 (13,0%)	<0,001
	không	181 (82,6%)	14 (51,9%)	167 (87,0%)	
Thiếu máu OR = 2,31	có	68 (31,1%)	13 (48,1%)	55 (28,6%)	0,040
	không	151 (68,9%)	14 (51,9%)	137 (71,4%)	

Nhận xét: Tình trạng lâm sàng có STEMI, suy tim sung huyết, thiếu máu là những yếu tố làm gia tăng nguy cơ xuất hiện tổn thương thận cấp lần lượt lên 6,2 – 5,89 – 2,31 lần.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n = 219)	Có CI-AKI	Không CI-AKI	p
EF (%) < 40% (OR = 3,094)		31 (14,2%)	8 (29,6%)	23 (12,0%)	0,033
	EF (%) ≥ 40%	188 (85,8%)	19 (70,4%)	169 (88,0%)	
Hemoglobin (g/L)		133,58±18,08	127,89±19,26	134,38±17,8	0,060
Creatinin (μmol/L)		90,11±33,86	88,04±48,11	90,41±31,50	0,173
eGFR (ml/p/1,73m ²)	< 30	2 (0,9%)	1 (3,7%)	1 (0,5%)	0,070
	30 - 59	41 (18,7%)	6 (22,2%)	35 (18,2%)	
	60 - 89	100 (45,7%)	7 (25,9%)	93 (48,4%)	
	≥ 90	76 (34,7%)	13 (48,1%)	63 (32,8%)	

Nhận xét: EF < 40% là một yếu tố làm gia tăng nguy cơ xuất hiện tổn thương thận cấp lên 3,094 lần.

Bảng 4. Mô tả điểm NCDR-AKI của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng	Có CI-AKI	Không có CI-AKI	p
Điểm NCDR-AKI	Thấp nhất	6	12	6	<0,001
	Cao nhất	89	89	53	
	Trung bình	24,47	32,89	23,28	
Phân nhóm điểm NCDR-AKI	< 30	150 (68,5%)	11 (40,7%)	139 (72,4%)	<0,001
	30 – 37	44 (20,1%)	7 (25,9%)	37 (19,3%)	
	> 37	25 (11,4%)	9 (33,3%)	16 (8,3%)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm NCDR-AKI thấp nhất là 6 điểm, cao nhất là 89 điểm, trung bình là 24,47 điểm. Nhóm có BTDTCCQ có điểm NCDR-AKI cao hơn hẳn so với nhóm không có BTDTCCQ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 5. So sánh ROC của thang điểm NCDR-AKI với thang điểm Mehran

	NCDR-AKI	Mehran
AUC	0,70	0,75
Khoảng tin cậy 95%	0,585 - 0,815	0,664 - 0,836
p	0,001	< 0,001
Điểm cut-off	26,5	5,5
Độ nhạy (%)	70,4	81,5
Độ đặc hiệu (%)	67,7	56,8

Nhận xét: thang điểm NCDR-AKI và Mehran đều có giá trị trung bình trong tiên lượng tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da với AUC theo thứ tự lần lượt là 0,70 và 0,75. Điểm cut-off của thang điểm NCDR-AKI là 26,5 điểm, khoảng tin cậy 95% là (0,585-0,815) với $p = 0,001 < 0,01$.

BÀN LUẬN

1. Bàn luận về thang điểm NCDR-AKI:

Thang điểm NCDR-AKI có độ chính xác khá cao trong việc tiên lượng tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da với AUC = 0,7, khoảng tin cậy 95% là (0,585 – 0,815), $p = 0,001$, điểm cut-off là 26,5 điểm, độ nhạy 70,4%, độ đặc hiệu 67,7%.

Thang điểm NCDR-AKI có khả năng tiên lượng nguy cơ xuất hiện tổn thương thận cấp sau can thiệp chỉ với 11 thông số trong thang điểm. Đó đều là những thông số lâm sàng và cận lâm sàng có thể thu thập dễ dàng, không tốn kém. Do đó rất hữu dụng trong trường hợp bệnh nhân cần can thiệp khẩn cấp, không đủ thời gian thực hiện quá nhiều xét nghiệm. Hơn nữa thang điểm này không yêu cầu các thông tin liên quan đến kết quả chụp mạch vành nên có thể đánh giá cả trước và sau can thiệp.

2. Bàn luận về một số yếu tố liên quan tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da

2.1. Tuổi > 75

Tuổi > 75 là một yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ mắc bệnh thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân trải qua can thiệp động mạch vành qua da với OR = 2,88; 95% CI = 1,234 - 6,720; $p = 0,014$. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của nhóm bệnh cao hơn nhóm không bệnh lần lượt là: 71,74±10,7 tuổi và 67,73±9,9 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,027$. Nhóm có bệnh thận do thuốc cản quang có đến 40,7% bệnh nhân ở độ tuổi >75 trong khi đó ở nhóm không có bệnh thận do thuốc cản quang chỉ có 19,3%.

2.2. Suy tim sung huyết

Tình trạng suy tim sung huyết là một yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ mắc bệnh thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân trải qua can thiệp động mạch vành qua da (OR = 5,89; 95% CI = 2,514 - 13,804; $p = 0,000$). Nhóm có bệnh thận do thuốc cản quang có đến 63,0% bệnh nhân có tình trạng suy tim sung huyết trong khi đó ở nhóm không có bệnh thận do thuốc cản quang chỉ có 22,4%.

2.3. Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên

Tình trạng nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập về tỷ lệ mắc bệnh thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân trải qua can thiệp động mạch vành qua da (OR = 6,2; 95% CI = 2,614 - 14,718; $p = 0,000$).

2.4. Thiếu máu

Các bệnh nhân có tình trạng thiếu máu có nguy cơ mắc bệnh thận do thuốc cản quang cao gấp 2,31 lần so với bệnh nhân không thiếu máu với khoảng tin cậy 95% là (1,022 – 5,237) và $p = 0,04 < 0,05$.

2.5. Suy tim EF giảm < 40%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có EF < 40% có nguy cơ mắc bệnh thận do thuốc cản quang cao hơn 3,094 lần so với bệnh nhân có EF ≥ 40%, khoảng tin cậy 95% là (1,216 – 7,872), $p = 0,018 < 0,05$.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 219 bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam, chúng tôi đưa ra những kết luận sau:

1. Xác định thang điểm NCDR-AKI trên bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm NCDR-AKI thấp nhất là 6 điểm, cao nhất là 89 điểm, trung bình là 24,47 điểm.

Có 68,5% bệnh nhân có điểm NCDR-AKI thuộc nhóm nguy cơ thấp, 20,1% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình và 11,4% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao.

Tỷ lệ mắc bệnh thận do thuốc cản quang trong 48 giờ sau can thiệp động mạch vành qua da là 12,3%.

2. Đánh giá khả năng tiên lượng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da của thang điểm NCDR-AKI

Thang điểm NCDR-AKI có độ chính xác khá cao trong việc tiên lượng nguy cơ tổn thương thận cấp sau can thiệp động mạch vành qua da với AUC = 0,7; khoảng tin cậy 95% là (0,585 - 0,815); điểm cut-off là 26,5 điểm; độ nhạy 70,4%; độ đặc hiệu 67,7%.

Các yếu tố độc lập làm tăng rõ rệt nguy cơ xuất hiện bệnh thận do thuốc cản quang là:

+ Tình trạng nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (OR = 6,203; 95% CI = 2,614 - 14,718; p < 0,001),

+ Suy tim sung huyết (OR = 5,891; 95% CI = 2,514 - 13,804; p < 0,001),

+ EF < 40% (OR = 3,094; 95% CI = 1,216 - 7,872; p = 0,018).

+ Tuổi > 75 (OR = 2,88; 95% CI = 1,234 - 6,720; p = 0,014),

+ Thiếu máu (OR = 2,313; 95% CI = 1,022 - 5,237; p = 0,044)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Tuấn. *Can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp*. Nhà xuất bản Y học; 2017.

2. Nguyễn Lâm Việt. *Thực hành bệnh tim mạch.*; 2014.

3. Ghazzal Z. The evolution of percutaneous coronary intervention: from balloons to drug eluting stents. *Med Arh.* 2007;61(2 Suppl 1):35-37.

4. Tsai TT, Patel UD, Chang TI, et al. Validated contemporary risk model of acute kidney injury in patients undergoing percutaneous coronary interventions: insights from the National Cardiovascular Data Registry Cath-PCI Registry. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(6):e001380.

doi:10.1161/JAHA.114.001380.

5. Inohara T, Kohsaka S, Miyata H, et al. Performance and Validation of the U.S. NCDR Acute Kidney Injury Prediction Model in Japan. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67(14):1715-1722.

doi:10.1016/j.jacc.2016.01.049.

6. WHO. World health statistics 2012: Noncommunicable diseases: A major health challenge of the 21st century. Published online 2012.

7. WHO. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization; 2002.

8. Nguyễn Trường Sơn và cộng sự. Niên giám thống kê Y tế. Published online 2018:226.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT TẠI TỈNH ĐẮK LẮK GIAI ĐOẠN 2014 - 2018

HOÀNG HẢI PHÚC¹, PHẠM TRÍ DŨNG²
¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Đắk Lắk
²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm: Hoàng Hải Phúc
Email: hoangphucdaklak@gmail.com
Ngày nhận: 05/9/2020
Ngày phân biện: 05/10/2020
Ngày duyệt bài: 15/10/2020

TÓM TẮT

Sốt rét là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm với gánh nặng bệnh tật quan trọng đối với sức khỏe con người, tác động trực tiếp đến phát triển kinh tế, văn hóa và xã hội của cộng đồng

và quốc gia. Bệnh sốt rét (SR) hiện vẫn là một vấn đề y tế công cộng lớn trên Thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Do vậy, phòng chống SR phải được coi là một nhiệm vụ trọng tâm và lâu dài không chỉ riêng của ngành y tế mà cũng là nhiệm vụ của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương.

Xuất phát từ thực trạng trên, đề tài "Mô tả thực trạng hoạt động phòng chống sốt rét tỉnh Đắk Lắk giai đoạn (2014-2018)" được tiến hành với hai mục tiêu: 1. Mô tả thực trạng hoạt động phòng chống sốt rét tại tỉnh Đắk Lắk giai đoạn (2014-2018); 2. Phân tích một số yếu tố thuận lợi và khó khăn trong việc triển khai thực hiện hoạt động phòng chống sốt rét tại tỉnh Đắk Lắk giai đoạn (2014-2018) với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp giữa định lượng và định tính. Kết quả nghiên cứu thấy:

- Tổ chức mạng lưới cán bộ làm công tác PCSR còn thiếu và yếu, kiêm nhiệm nhiều công việc, chưa đáp ứng được nhu cầu, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa vùng khó khăn;

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc sốt rét giảm dần qua các năm nhưng không bền vững bởi nhiều lý do có thể: Sự phục hồi của véc tơ truyền bệnh tại các vùng lưu hành sốt rét (LHSR) nhẹ và vừa, có sự kháng hóa chất của côn trùng; xuất hiện tình trạng bệnh nhân mắc sốt rét kháng thuốc với dẫn suất artemisinin; sự phối hợp liên ngành trong PCSR chưa hiệu quả; công tác truyền thông chưa được chú trọng, ý thức người dân chưa cao; tình trạng dân di biến động, đi rừng ngủ rẫy, giao lưu biên giới khó kiểm soát; kinh phí hoạt động ngày càng cắt giảm, ảnh hưởng đến hoạt động PCSR và loại trừ sốt rét trong thời gian tới.

Kết quả trên sẽ là những bằng chứng để giúp các nhà hoạch định chính sách nâng cao hiệu quả PCSR tại tỉnh Đắk Lắk, với mục tiêu cùng cả nước quyết tâm loại trừ sốt rét vào năm 2030 mà Thủ tướng Chính phủ đã cam kết với Tổ chức Y tế Thế giới.

Từ khóa: Hoạt động phòng chống sốt rét, sốt rét, Đắk Lắk.

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE SITUATION ON MALARIA CONTROL ACTIVITY IN DAKLAK PROVINCE, 2014-2018

Malaria is among the most dangerous infectious diseases for human being, posing significant threat to human health and directly affecting economy, culture, and social development for communities and whole country. It is a major health problem across the globe in general and particularly in Vietnam.

Therefore, malaria control must be considered a major and long-term task, not only for the health service sector but also for local authorities.

Driven by the above mentioned situation, the thesis "Description of the actual situation of malaria control in Dak Lak province in 2014-2018 period" was conducted with two specific objectives: 1. To describe of the situation of malaria control activities in Dak Lak province from 2014 to 2018; 2. To analyze several favorable and difficult factors in implementing malaria control activities in Dak Lak province for the same period via the cross-sectional study that combines quantitative and qualitative analysis.

The results have shown that: network organization for malaria control workers is still lacking and inefficient, failed to meet the needs, especially in remote areas. The proportion of malaria patients gradually decreased year by year but the trend was unsustainable for a variety of reasons. They include mild and moderate recoveries of malaria vectors in endemic zones, resistance of mosquito to insecticides, resistance to artemisinines in antimalarial drug, ineffective interdisciplinary or multilateral collaboration in malaria control, lack of focus in IEC/BCC activities, poor public awareness, uncontrolled mobile and migrant populations (MMPs) activity, unprotected outdoor sleeping, and reduction of operating budget. The above mentioned factors have strongly affected the effectiveness of malaria control and pose threat to elimination roadmap activities in the near future.

The above factual-based results will be helpful to policy makers in improvement of the effectiveness of malaria control in Dak Lak province in line with Vietnam's goal in the malaria elimination by 2030 as the commitment made by the Prime Minister to the World Health Organization.

Keywords: Malaria, malaria prevention activities, Dak Lak.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt rét (SR) là bệnh dịch nguy hiểm là gánh nặng bệnh tật đối với sức khỏe, tính mạng của con người, tác động trực tiếp đến phát triển kinh tế, văn hóa của người dân và của quốc gia. Bệnh SR hiện nay vẫn còn là một vấn đề sức khỏe lớn trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính năm 2017 có khoảng 219 triệu trường hợp mắc bệnh sốt rét, giảm 20 triệu trường hợp so với năm 2010 (219 triệu/239 triệu

trường hợp) và tăng 2 triệu trường hợp so với 2016 (219 triệu/217 triệu trường hợp). Tỷ lệ mắc bệnh sốt rét đã giảm trên toàn cầu từ năm 2010 đến 2017, từ 72 xuống còn 59 trường hợp trên 1000 dân số nguy cơ sốt rét và không thay đổi trong 3 năm gần đây [2].

Sốt rét tuy đã giảm nhưng nguy cơ quay trở lại còn lớn, tình hình sốt rét ở nhiều vùng, nhiều địa phương của Việt Nam hiện nay vẫn chưa ổn định, với hơn 12 triệu người sống trong vùng sốt rét lưu hành tập trung chủ yếu ở miền Trung - Tây Nguyên và Đông Nam Bộ. Nguồn kinh phí quốc gia đầu tư cho PCSR còn hạn hẹp, sốt rét kháng thuốc lan rộng, sốt rét biên giới, di biến động dân và muỗi kháng hóa chất là những trở ngại lớn cho việc duy trì thành quả cũng như triển khai hoạt động của chương trình [3]. Cũng như ảnh hưởng lớn tới sức khỏe và đời sống kinh tế-xã hội của nhân dân. Đối tượng chịu nhiều tác động của bệnh là những người sống ở vùng sâu, vùng xa, người đi rừng, ngủ rẫy. Đặc biệt là những người dân sống ở vùng biên giới giữa Việt Nam với Lào và Campuchia, nơi đại bộ phận là những người dân nghèo làm ăn, sinh sống [4].

Tình hình bệnh sốt rét tại tỉnh Đắk Lắk hiện nay vẫn còn cao và diễn biến phức tạp. Theo kết quả phân vùng dịch tễ sốt rét năm 2014 của Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương, tỉnh Đắk Lắk có 158 xã (85,86%) vẫn thuộc vùng sốt rét lưu hành với 79,39% dân số thuộc vùng SRLH. Theo báo cáo PCSR năm 2014, toàn tỉnh có 2.295 BNSR với 1.913 trường hợp có KSTSR (+), tỷ lệ mắc SR/1.000 dân số chung là 1,24 và tỷ lệ KSTSR/1.000 dân số chung là 1,04 (cao thứ 6 trong 63 tỉnh) [1].

Mục tiêu nghiên cứu này Mô tả thực trạng hoạt động phòng chống sốt rét tỉnh Đắk Lắk giai đoạn 2014 - 2018.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi định lượng và phỏng vấn sâu có chủ đích. Mẫu nghiên cứu được thực hiện hồi cứu số liệu thứ cấp; các báo cáo thực hiện và kết quả toàn bộ hoạt động phòng chống sốt rét từ Trung tâm Phòng chống Sốt rét-KST-CT tỉnh và 15 đơn vị TTYT tuyến huyện/thị xã/thành phố thuộc tỉnh Đắk Lắk, trong các năm 2014 - 2018 thông qua các biểu mẫu thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn và có 17 cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo Sở Y tế và các đơn vị.

2. Biến số nghiên cứu

Xây dựng bộ công cụ định lượng chung cho các đơn vị:

- Phần thông tin chung có 06 biến số.
- Phần đánh giá hoạt động gồm 07 biến số.

3. Phân tích số liệu

3.1. Nghiên cứu định lượng

Quá trình nhập liệu và phân tích được thực hiện trên Excel.

3.2. Nghiên cứu định tính

Số liệu được xử lý và phân tích theo các bước sau:

- Sắp xếp các bản ghi chép và băng phỏng vấn sâu.
- Tiến hành gỡ băng.
- Nhóm các thông tin theo từng nội dung nghiên cứu.
- Thực hiện phân tích các phân nhóm thông tin theo nội dung nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá kết quả phòng chống sốt rét giai đoạn 2014 - 2018

1. Kết quả thực hiện giai đoạn 2014 - 2018

Bảng 1. Tình hình sốt rét toàn tỉnh giai đoạn 2014 - 2018

TT	Chỉ số	2014	2015	2016	2017	2018	So sánh (%) 2018/2014
1	Số BNSR	2.295	1.000	270	566	786	-65,75
2	Mắc SR/1.000	1,24	0,53	0,14	0,29	0,40	-67,74
3	Số KSTSR	1.913	779	209	525	768	-59,85
4	KSTSR/1.000	1,29	0,52	0,14	0,34	0,49	-62,02
5	Số tử vong SR	0	1	0	1	0	0,00
6	TVSR/100.000	0,00	0,05	0,00	0,05	0,00	0,00
7	Số vụ dịch SR	0	0	0	0	0	0,00

Kết quả phân tích thấy rằng, số BN mắc sốt rét tăng cao vào năm 2014-2015, thấp nhất vào năm 2016 và có xu hướng tăng trở lại vào năm 2017-2018. Đặc biệt ghi nhận có trường hợp tử vong vào năm 2014 và 2017. Trong 5 năm 2014 - 2018 toàn tỉnh không có dịch sốt rét.

2. Kết quả chỉ tiêu thực hiện giai đoạn 2014 - 2018

Bảng 2. Đánh giá chỉ tiêu mắc sốt rét/1.000 dân toàn tỉnh

Năm	Mục tiêu	Thực hiện	Đánh giá	Số huyện đạt mục tiêu	
				Số lượng	Tỷ lệ (%)
2014	< 1,11	1,24	Vượt	10	66,67
2015	< 1,00	0,53	Đạt	15	100
2016	< 0,96	0,14	Đạt	15	100
2017	< 0,86	0,29	Đạt	15	100
2018	< 0,69	0,40	Đạt	15	100

3. Kết quả quản lý bệnh nhân sốt rét giai đoạn 2014 - 2018

Theo số liệu cung cấp từ các cơ sở điều trị trên toàn tỉnh trong giai đoạn 2011-2015, cho thấy tỷ lệ BNSR được điều trị trong vòng 24 giờ sau khi BN có sốt được xét nghiệm chẩn đoán xác định, đạt 100%.

4. Kết quả thực hiện các biện pháp phòng chống véc tơ

Bảng 3. Kết quả phòng chống véc tơ toàn tỉnh 2014 - 2018

Năm	Dân số được bảo vệ		
	Phun tồn lưu	Tắm màn	Tổng
2014	256.998	47.364	304.362
2015	99.090	256.616	364.706
2016	67.580	98.046	165.626
2017	2.092	80.251	82.343
2018	48.373	53.953	102.326
Tổng cộng	474.133	536.230	1.019.363

So với chỉ tiêu kế hoạch được giao, hoạt động tắm màn và phun hóa chất phòng chống véc tơ truyền bệnh đều đạt và vượt kế hoạch được giao. Trong giai đoạn từ năm 2014 đến 2018, hằng năm có từ 80.000 nghìn dân đến 300.000 nghìn dân sống ở trong vùng SRLH được bảo vệ bằng hóa chất diệt muỗi miễn phí

BÀN LUẬN

1. Kết quả thực hiện giai đoạn 2014 - 2018

Qua phân tích kết quả 5 năm giai đoạn 2014-2018 cho thấy, số BN mắc sốt rét tăng cao vào năm 2014-2015, thấp nhất vào năm 2016 và có xu hướng tăng trở lại vào năm 2017-2018. Kết quả này cũng phù hợp với xu thế chung theo nghiên cứu đánh giá chung của Chương trình PCSR quốc gia giai đoạn 2011-2015 [4].

Trong 5 năm số BNSR tại các huyện/ thị xã/ thành phố giảm dần, trong năm 2018 các huyện ghi nhận số mắc cao như EaKar 247 ca (chiếm 31,4%), Krông Năng 127 ca (chiếm 16,6%) so với số mắc toàn tỉnh. Giai đoạn này, KST tăng

vào năm 2014 (1.913/2.295) và giảm dần các năm tiếp theo, đến năm 2016 KST xuống 209 trường hợp. Tuy nhiên, số BNSR có KST sốt rét lại tăng cao vào cuối giai đoạn này. Tại một số huyện có diễn biến phức tạp, tập trung chủ yếu ở các huyện Buôn Đôn, EaKar và Krông Năng. Nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu đánh giá của Viện SR – KST – CT Trung ương về đánh giá kết quả phòng chống sốt rét tại Việt Nam giai đoạn 2011-2015, [4].

2. Kết quả thực hiện các biện pháp phòng chống véc tơ

Trong giai đoạn 5 năm từ năm 2014 đến 2018, hằng năm có từ 80.000 nghìn dân đến 300.000 nghìn dân sống ở trong vùng SRLH, được bảo vệ bằng hóa chất diệt muỗi miễn phí. So với chỉ tiêu kế hoạch được giao, hoạt động tắm màn và phun hóa chất phòng chống véc tơ truyền bệnh đều đạt và vượt kế hoạch được giao. Hằng năm, dân số được bảo vệ bằng hóa chất giảm dần do quy định của chương trình và kinh phí của Chương trình PCSR đã giảm khoảng 50%, điều này ảnh hưởng rõ rệt tới biện pháp phòng chống véc tơ sốt rét, các biện pháp phun, tắm giảm 50% dân số.

3. Một số yếu tố thuận lợi khó khăn

3.1. Thuận lợi

Trong năm qua, hoạt động PCSR được Nhà nước, lãnh đạo Bộ Y tế, viện đầu ngành và các cấp chính quyền địa phương quan tâm chỉ đạo và đầu tư; hệ thống cán bộ làm công tác PCSR về cơ bản được đào tạo lại hằng năm thông qua hoạt động tập huấn ngắn ngày, cập nhật kiến thức chuyên ngành, cơ bản đáp ứng công việc trong chỉ đạo, tổ chức triển khai các hoạt động điều tra, giám sát và xử lý. Điều kiện kinh tế xã hội, trình độ dân trí và sự nhận thức của người dân ngày càng tăng, đời sống của nhân dân vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số và SR lưu hành được cải thiện hơn.

3.2. Khó khăn

Ngoài đánh giá về khó khăn chung của cả nước theo nghiên cứu của chương trình quốc gia giai đoạn 2011 – 2015, so với khu vực thì Đắk Lắk có tiềm ẩn rất nhiều khó khăn và thách thức trong công tác phòng chống và loại trừ sốt rét gia đoạn tới như dân di biến động, đi rừng ngủ rẫy, giao lưu biên giới, tình trạng kháng thuốc, muỗi kháng hóa chất, sự phối hợp liên ngành và chỉ đạo của lãnh đạo các cấp, kinh phí từ ngân sách địa phương và sự ổn định nhân lực trong gia đoạn tới.

KẾT LUẬN

1. Đánh giá kết quả phòng chống sốt rét giai đoạn 2014 – 2018

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc sốt rét giảm dần theo các năm nhưng không bền vững.
- Sự phục hồi của véc tơ truyền bệnh tại các vùng lưu hành sốt rét nhẹ và vừa, có sự kháng hóa chất của côn trùng.
- Xuất hiện tình trạng bệnh nhân mắc sốt rét kháng thuốc với dẫn suất Artemisinin.
- Tình trạng dân di biến động, đi rừng ngủ rẫy, giao lưu biên giới khó kiểm soát.
- Kinh phí hoạt động ngày càng cắt giảm, ảnh hưởng đến hoạt động phòng chống và loại trừ sốt rét trong thời gian tới.

2. Khó khăn trong phòng chống sốt rét

- Dân di biến động, tập quán làm nương, đi rừng ngủ rẫy, sự giao lưu biên giới giữa.

biệt từ nơi có sốt rét lưu hành cao và ký sinh trùng kháng thuốc sang vùng không có sự lưu hành sốt rét gia tăng.

- Có sự xuất hiện của véc tơ truyền bệnh chính là muỗi *Anophen. Minimus* và *Anophen. Dirus* ở ngay cả vùng lưu hành sốt rét nhẹ và vừa.

- Tư tưởng chủ quan của người dân và lãnh đạo địa phương và sự quan tâm hỗ trợ đầu tư kinh phí chưa được đúng mức, tỷ lệ sử dụng màn và các biện pháp phòng chống cá nhân thấp, chưa được chú trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung tâm PCSR-KST-CT tỉnh Đắk Lắk. (2015). Báo cáo kết quả phòng chống sốt rét năm 2014 và phương hướng kế hoạch năm 2015 tỉnh Đắk Lắk.
2. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương. (2019). Báo cáo tổng kết công tác phòng chống và loại trừ sốt rét năm 2018 và triển khai kế hoạch năm 2019
3. Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương. (2016). Kế quả phòng chống sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011-2015. NXB Y học: Hà Nội.
4. Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương. (2018). Báo cáo công tác phòng chống & loại trừ sốt rét năm 2017, Kế hoạch hoạt động năm 2018.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA BÀ MẸ CÓ CON GÁI 9 – 17 TUỔI VỀ TIÊM CHỦNG VẮC XIN HPV KHI ĐẾN SỬ DỤNG DỊCH VỤ TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH BẮC NINH NĂM 2020 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGÔ THỊ THỦY, VŨ KHẮC LƯƠNG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Kiến thức và thái độ của bà mẹ có ảnh hưởng tới tiêm vắc xin HPV phòng ung thư cổ tử cung (UTCTC) cho bé gái tuổi từ 9-17, lứa tuổi được khuyến cáo cần tiêm. Hiện nay, hiểu biết của các bà mẹ về vấn đề này còn rất hạn chế, do có rất ít các nghiên cứu. Để làm sáng tỏ thêm, nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: a) Mô tả kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm

Chịu trách nhiệm: Vũ Khắc Lương
Email: vukhacluong54@gmail.com
Ngày nhận: 07/9/2020
Ngày phản biện: 06/10/2020
Ngày duyệt bài: 12/10/2020

chủng HPV khi đến sử dụng dịch vụ tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (TT KSBT) tỉnh Bắc Ninh, năm 2020; b) Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của đối tượng trên. Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn 300 bà mẹ (chọn liên tục, liền kề) và tất cả số cán bộ tiêm chủng và phục vụ tiêm chủng (CBTC) (7 người). Kết quả: 53% bà mẹ có kiến thức chung ở mức đạt và 87,0% có thái độ quan tâm/ ủng hộ tiêm HPV. Với kiến thức chung thì yếu tố người thân bị mắc UTCTC có liên quan mạnh nhất (OR = 3,2); yếu tố khoảng cách từ nhà đến TT KSBT (OR= 2,6). Nhóm tuổi < 40 có thái độ tích cực (TĐ+) với tiêm chủng HPV (OR= 3,2); hoạt động tư vấn/ thái độ giao tiếp của CBTC, các biện pháp truyền thông, thông tin nói chung, phương pháp nhắc lịch hẹn ...đều có tác động tăng cường kiến thức cũng như thái độ tích cực của các bà mẹ với tiêm HPV. Khuyến nghị: Cần truyền thông - tư vấn nhiều hơn ở các cơ sở y tế về tiêm chủng HPV, nhất là cho các bà mẹ ở xa cơ sở y tế và bà mẹ > 40 tuổi.

Từ khóa: HPV, bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi, Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Bắc Ninh.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MOTHERS WITH 9-17-YEAR-OLD DAUGHTERS ABOUT HPV VACCINATION WHEN USING SERVICES AT BAC NINH CENTER FOR DISEASE CONTROL IN 2020 AND RELATED FACTORS

Maternal knowledge and attitudes influence the use of HPV vaccine for prevention of cervical cancer (CC) in girls 9-17 years of age, the recommended age for vaccination. At present, the understanding of this issue is very limited, due to very little research. To clarify, this study aims to: a) Describe knowledge and attitudes of mothers with 9-17 year old girls about HPV vaccination when using services at the Centers for Disease Control (CDC) in Bac Ninh Province, 2020; b) Analysis of some factors related to the subject's knowledge and attitude. The study interviewed 300 mothers (selected continuously, adjacent) and all vaccination and immunization service staff (VSS) (7 people).

Results: 53% of mothers had general knowledge at the accepted level and 87.0% had an attitude of concern / support (TĐ+) for HPV injection. With general knowledge, the factor of relatives suffering from CC is strongly related (OR = 3.2); Distance from home to CDC (OR = 2.6). The age group <40 has a positive attitude to HPV vaccination (OR = 3.2); Counseling

activities / communication and attitudes of VSS, coordination of communication and consultation measures, general information, appointment reminder methods... all have the effect of enhancing knowledge as well as positive attitudes of mothers with HPV injection. Recommendation: Need more communication and counseling at health facilities about HPV vaccination, especially for mothers far from health facilities and mothers > 40 years old.

Keywords: HPV, mother with a 9-17 years old daughter, Bac Ninh Center for Disease Control.

ĐẶT VẤN ĐỀ

UTCTC là một trong những căn bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, chỉ sau ung thư vú [1]. Nguyên nhân chính gây UTCTC đã được nhiều nghiên cứu khẳng định là do nhiễm HPV [2]. Phụ nữ bị nhiễm HPV ở nhóm có nguy cơ cao có thể dẫn đến các tổn thương trong biểu mô cổ tử cung, là các dấu hiệu của tiền UTCTC, nếu không được phát hiện và điều trị sớm, các tổn thương này có thể tiến triển thành UTCTC xâm lấn [1, 2].

Việc triển khai tiêm vắc xin HPV dự phòng UTCTC ở các nước đang phát triển nói chung và ở Việt Nam nói riêng vẫn còn chưa thực sự được quan tâm. Đối tượng dự phòng quan trọng nhất là các bé gái, phụ nữ đang trong độ tuổi được tiêm chủng 9 – 26 tuổi. Một yếu tố liên quan không nhỏ đến quyết định đi tiêm phòng của các bạn nữ trẻ tuổi là do có sự tác động của các bà mẹ [3]. Bản thân các bà mẹ, người trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho con sẽ là đối tượng quan tâm đến vấn đề này hơn cả [4]. Chính kiến thức, thái độ của người mẹ sẽ là một yếu tố dự báo quan trọng về việc tiêm vắc xin [3]. Có ý kiến cho rằng việc bà mẹ có kiến thức sẽ liên quan đến thực hành của tiêm chủng của con gái, các bà mẹ đều quan tâm đến vấn đề, song do chưa thực sự hiểu đúng về vắc xin HPV nên tỉ lệ tiêm phòng vắc xin HPV còn thấp [5]. Hiện nay có rất ít nghiên cứu đề cập đến chủ đề này. Vậy thực trạng về kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm chủng vắc xin HPV ở Bắc Ninh như thế nào? Có những yếu tố nào tác động tới kiến thức và thái độ của các bà mẹ có con gái 9-17 tuổi ở tại đây? Những câu hỏi này vẫn chưa được làm sáng tỏ. Vì vậy, nghiên cứu “Kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm chủng vắc xin HPV khi đến sử dụng dịch vụ tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bắc Ninh năm 2020 và một số yếu tố liên quan” được tiến hành với hai mục tiêu:

- Mô tả kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm chủng HPV khi đến sử dụng dịch vụ tại TT KSBT tỉnh Bắc Ninh, năm 2020.

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của đối tượng trên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2020- 6/2020.

2. Đối tượng nghiên cứu

- Bà mẹ có con gái 9 - 17 tuổi đến sử dụng dịch vụ (khám hoặc đưa con đến tiêm chủng) tại TT KSBT tỉnh Bắc Ninh từ tháng 1/2020 – 4/2020.

- CBTC và phục vụ tiêm chủng (gọi chung là CBTC).

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

4. Cơ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Bà mẹ có con gái 9- 17 tuổi: Cơ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: p: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức, thái độ đúng với tiêm chủng HPV cho con gái trong độ tuổi 9 - 17 tuổi. Tỷ lệ này được ước lượng dựa theo điều tra của Đinh Anh Trí và các cộng sự khi nghiên cứu các bà mẹ có con gái 10-18 tuổi, p= 0,6 [3]. ϵ : Sai số ước lượng, trong nghiên cứu này chọn $\epsilon = 0,1$. α : Mức ý nghĩa thống kê (Chọn $\alpha = 0,05$).

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Thay số vào công thức, ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập khi nghiên cứu là 256. Để dự phòng một tỷ lệ thiếu bị lỗi/hỏng, cỡ mẫu sẽ được tăng lên 10% và làm tròn thành 300. Kỹ thuật chọn mẫu: Theo phương pháp chọn liên tục cho đến khi đủ cỡ mẫu. Bà mẹ đầu tiên được lựa chọn ngẫu nhiên.

CBTC: Lấy tất cả các bác sĩ trực tiếp tư vấn cho các bà mẹ đến sử dụng dịch vụ, hoặc tiêm

chủng, cán bộ tiêm và phục vụ tiêm chủng HPV, tổng số là 7 người.

5. Thu thập, xử lý và phân tích số liệu

- Thu thập thông tin: Các bà mẹ được phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn, định lượng phối hợp với định tính. Cán bộ y tế được mời thảo luận nhóm tập trung thông qua hướng dẫn thảo luận nhóm và ghi biên bản.

- Số liệu định lượng được làm sạch và nhập số liệu bằng phần mềm Epidata và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12. Thông tin định tính được gom theo chủ đề.

Cách tính điểm kiến thức: Mỗi lựa chọn đúng về đối tượng khuyến nghị nên tiêm chủng HPV, độ tuổi tiêm chủng HPV, biến chứng, đối tượng không nên tiêm... sẽ tương ứng với 1 điểm. Trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai điểm 0, tổng điểm kiến thức nằm trong khoảng từ 0 đến 38 điểm. Chia 2 nhóm: Nhóm bà mẹ đạt điểm kiến thức chung (với tổng điểm ≥ 19 - trung bình của điểm kiến thức tối đa và tối thiểu) và nhóm không đạt (tổng điểm < 19).

Về thái độ của bà mẹ, được chia 5 mức, từ không quan tâm/ ủng hộ (mức 1) đến quan tâm/ ủng hộ (mức 5): Bà mẹ được xác định là có quan tâm/ ủng hộ (kí hiệu TĐ+) cho một việc hay hoạt động nào đó nếu ở mức 4 và mức 5. Ngược lại, các mức 1, 2 và 3 được xem là không quan tâm/ ủng hộ (kí hiệu TĐ-). Bà mẹ có TĐ+ với tiêm chủng HPV nói chung nếu sẽ đạt $\geq 4/8$ câu hỏi thái độ (tức $\geq 50\%$).

Phân tích các mối tương quan liên quan đến kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9-17 tuổi được thực hiện qua phân tích tỉ suất chênh OR và phân tích định tính các ý kiến của bà mẹ và cán bộ y tế.

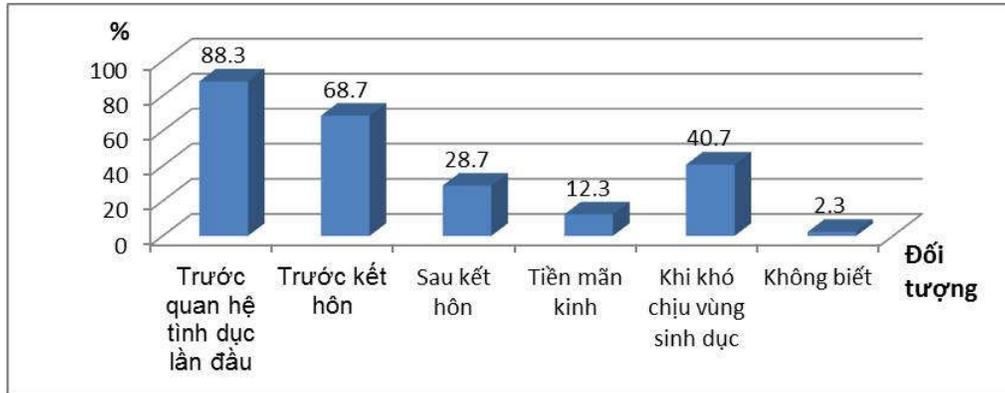
6. Đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được nghe giải thích về mục đích nghiên cứu trước khi thực hiện nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy định. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt đề cương.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái trong độ tuổi 9 -17 tuổi.

Kết quả cho thấy hầu hết các bà mẹ (296 người, chiếm 98,7%) trong nghiên cứu cho rằng tiêm HPV để phòng ngừa UTCTC.



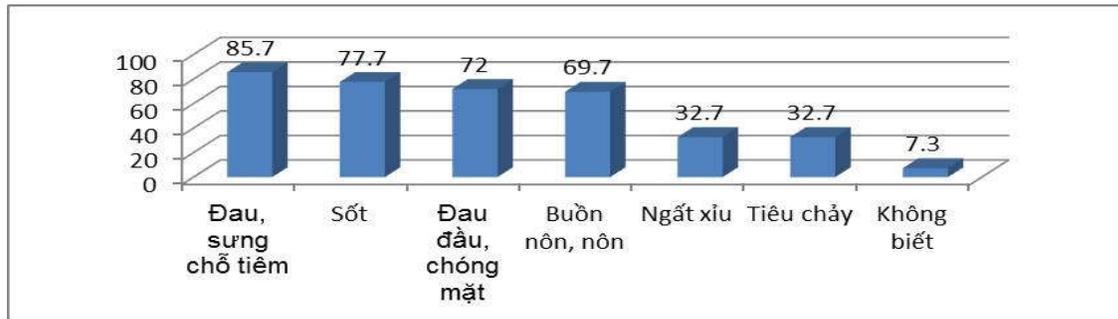
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về đối tượng phụ nữ nên tiêm HPV.

Biểu đồ 1 cho thấy đa số các bà mẹ biết được đối tượng khuyến cáo tiêm HPV là người phụ nữ trước quan hệ tình dục lần đầu và phụ nữ trước khi kết hôn.

Bảng 1. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về độ tuổi khuyến cáo đi tiêm HPV

Độ tuổi của phụ nữ được khuyến cáo tiêm	Số lượng	Tỷ lệ %
9- 26	230	76,7
15- 49	53	17,7
Không biết	16	5,6

Bảng 1 cho thấy đa số bà mẹ biết được độ tuổi phụ nữ được khuyến cáo nên đi tiêm HPV là 9-26.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về biến chứng khi tiêm HPV.

Biểu đồ 2 cho thấy đa số các bà mẹ cho rằng biến chứng phổ biến nhất là đau, sưng, ngứa đỏ tại vị trí tiêm; sau đó là sốt nhẹ; đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi và buồn nôn, nôn.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy 159 bà mẹ (chiếm 53,0%) có kiến thức chung ở mức đạt (tức ≥ 19) và phần lớn bà mẹ (261 người, chiếm 87,0%) có thái độ quan tâm/ ủng hộ tiêm HPV (tức TĐ+).

2. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của bà mẹ

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến kiến thức chung và thái độ của bà mẹ

Yếu tố		Kiến thức chung			Thái độ		
		Số đạt (≥ 19)	Số không đạt	OR	Số TĐ+	Số TĐ-	OR
Nhóm tuổi	< 40	84	61	1,4	135	10	3,2
	≥ 40	76	79		125	30	
Nơi ở	Đô thị	125	104	1,2	205	24	2,5
	Nông thôn	35	36		55	16	
Trình độ học vấn	\geq Cao đẳng	152	130	1,5	247	35	2,7
	< Cao đẳng	8	10		13	5	

Nghề nghiệp	Cán bộ	79	57	1,4	121	15	1,5
	Khác	81	83		139	25	
Người thân mắc UTCTC	Có	149	113	3,2	34	4	1,4
	Không	11	27		226	36	
Khoảng cách từ nhà đến TT KSBT	1-5 km	115	69	2,6	168	16	2,7
	Khác	45	71		92	24	
Cán bộ tiêm chủng	Có	131	99	1,9	200	30	1,1
	Không	29	41		60	10	
Cho con đi tiêm trong 3 tháng tới	Có	140	97	3,1			
	Không	20	43				

Bảng 2 cho thấy có người thân mắc UTCTC là yếu tố liên quan mạnh nhất đối với kiến thức chung của bà mẹ. Nhóm tuổi là yếu tố liên quan mạnh nhất đến thái độ của bà mẹ, sau đó đến kiến thức chung cũng là yếu tố liên quan mạnh tới thái độ của bà mẹ về việc cho con đi tiêm HPV trong 3 tháng tới.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy công tác tư vấn và thái độ giao tiếp của CBTC, các biện pháp truyền thông, thông tin nói chung, phương pháp nhắc lịch hẹn, sự quan tâm đôn đốc của lãnh đạo đơn vị...đều có tác động tăng cường kiến thức cũng như thái độ tích cực của các bà mẹ với tiêm chủng HPV.

"Tư vấn của bác sĩ phụ khoa và bác sĩ phòng tiêm chủng là cách cung cấp kiến thức đúng nhất cho các bà mẹ..." PVS-02.

"Hiện tại, các phòng chờ tư vấn, phòng chờ trước và sau tiêm cũng đều được treo các áp phích truyền thông về vắc xin HPV,...việc bác sĩ đưa tờ rơi truyền thông cho bà mẹ.... Đây cũng là cách truyền thông hiệu quả để đối tượng bà mẹ nhớ lâu hơn." PVS-03.

BÀN LUẬN

1. Kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm chủng vắc xin HPV khi đến sử dụng dịch vụ tại TT KSBT

Hầu hết các bà mẹ (296 người, chiếm 98,7%) trong nghiên cứu cho rằng tiêm HPV để phòng ngừa UTCTC. So sánh tỉ lệ này với vùng Tây Bắc Cameroon (90,3%) và Trung Quốc (57,5%) thì cao hơn nhiều. Nhưng không nên dừng tại đây, cần làm cho 100% các bà mẹ có kiến thức tối thiểu mà quan trọng này.

Chương trình tiêm chủng khuyến cáo mạnh với hai đối tượng cần đi tiêm HPV là em gái từ 9-26 tuổi và phụ nữ chưa quan hệ tình dục, như vậy tác dụng dự phòng UTCTC mới cao. Bảng số 1 và biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ này dao động từ 68,7 đến 88,3. Như vậy vẫn còn khoảng 1/3 số bà mẹ có kiến thức mơ hồ, do vậy việc nâng cao hiểu biết của họ về đối tượng tiêm chủng HPV là cần thiết làm ngay.

Biểu đồ 2 cho thấy bà mẹ đều cho rằng biến chứng phổ biến nhất là đau, sưng, ngứa đỏ tại vị trí tiêm (85,7%); sau đó là sốt nhẹ (77,7%); đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi và buồn nôn, nôn (72%). Như vậy, đa số các bà mẹ đều biết được biến chứng hay gặp nhiều của tiêm chủng HPV (tuy nhiên, trên thực tế các biến chứng này có tần số rất thấp). Kiến thức này sẽ giúp cho theo dõi sau tiêm tốt, đảm bảo an toàn cho trẻ.

Tổng hợp kiến thức chung của các bà mẹ, ta thấy có 53,0% đạt (≥ 19) và thái độ TĐ+ là 87,0%, cho thấy đa số bà mẹ có thái độ tích cực, ủng hộ cho tiêm chủng HPV, nhưng kiến thức chung về vấn đề này mới chỉ hơn nửa số bà mẹ đạt được. Tuy nhiên, tỉ lệ này vẫn cao hơn tỉ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có kiến thức về tiêm phòng vắc xin HPV (chỉ là 31,4%) tại Bình Định [6]. Điều đó cho thấy, cần có chiến lược tăng cường mạnh mẽ trang bị kiến thức tiêm chủng HPV cho các bà mẹ này.

2. Yếu tố liên quan tới kiến thức và thái độ của bà mẹ về tiêm chủng PBV

Đối với kiến thức chung thì yếu tố người thân bị mắc UTCTC có liên quan mạnh nhất (OR =3,2), có lẽ do người thân bị UTCTC thường xuyên tâm sự, chia sẻ về bệnh tật cho các bà mẹ. Sau đó là yếu tố khoảng cách từ nhà đến TT KSBT. Có OR= 2,6 (bảng 2), có thể nhưng bà mẹ ở gần Trung tâm thì thường xuyên đến Trung tâm hơn, được tuyên truyền nhiều hơn các kiến thức về tiêm chủng HPV. Qua đây cũng cho bài học, nếu thực hiện mạnh các hoạt động truyền thông - tư vấn ở các cơ sở y tế khác (trạm y tế, phòng khám đa khoa...) như Trung tâm này, thì mọi người dân quanh cơ sở y tế sẽ có kiến thức tốt hơn về chăm sóc sức khỏe nói chung và tiêm chủng HPV nói riêng. Nhóm tuổi < 40 có thái độ tích cực (TĐ+) với tiêm chủng HPV và ngược lại, có thể do nhóm tuổi này trẻ, tiếp xúc nhiều với các CBTC và cơ sở y tế, nên có kiến thức khá hơn (OR=1,4) cho nên TĐ+ cũng tốt hơn (OR=3,2). Kiến thức chung cũng là yếu tố liên quan mạnh tới thái độ của bà mẹ về

việc cho con đi tiêm HPV trong 3 tháng tới (bảng 2). Kết quả ở đây cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lương Thị Hưng, cha mẹ hiểu biết hơn về bệnh thì khả năng muốn tiêm vắc xin HPV cho con sẽ tăng [7].

Nghiên cứu định tính cho thấy: Hoạt động tư vấn và thái độ giao tiếp của CBTC, các biện pháp truyền thông, thông tin nói chung, phương pháp nhắc lịch hẹn ...đều có tác động tăng cường kiến thức cũng như thái độ tích cực của các bà mẹ với tiêm chủng HPV. Rõ ràng đây là bằng chứng quan trọng cho thấy các yếu tố này là thúc đẩy mạnh mẽ công tác tiêm chủng HPV, vì vậy cần quan tâm, phát triển mạnh các yếu tố này, đặc biệt vai trò của lãnh đạo và quản lý. Nghiên cứu này cũng đã xác nhận đó là yếu tố liên quan đặc biệt, giữ vai trò quyết định. Rõ ràng phải nâng cao trách nhiệm của người lãnh đạo và quản lý với công tác phòng ngừa HPV.

KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9 – 17 tuổi về tiêm chủng vắc xin HPV khi đến sử dụng dịch vụ tại TT KSBT Tỉnh Bắc Ninh

- 98,7% bà mẹ cho rằng tiêm HPV để phòng ngừa UTCTC;
- 88,3% bà mẹ biết được đối tượng khuyến cáo tiêm HPV là người phụ nữ trước quan hệ tình dục lần đầu;
- 76,7% bà mẹ biết được độ tuổi phụ nữ khuyến cáo nên đi tiêm HPV là 9-26;
- Trên 77% bà mẹ biết hai biến chứng hay gặp sau tiêm HPV là đau viêm chỗ tiêm hay bị sốt;
- 53% bà mẹ có kiến thức chung ở mức đạt (tức ≥ 19) và 87,0% có thái độ quan tâm/ ủng hộ tiêm HPV (tức TĐ+);

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của bà mẹ có con gái 9-17 tuổi về tiêm vắc xin HPV

- Đối với kiến thức chung thì yếu tố người thân bị mắc UTCTC có liên quan mạnh nhất (OR =3,2);
- Yếu tố khoảng cách từ nhà đến TT KSBT, có OR= 2,6;
- Nhóm tuổi < 40 có thái độ tích cực (TĐ+) với tiêm chủng HPV (OR=3,2);

* Hoạt động tư vấn của CBTC, các biện pháp truyền thông, thông tin nói chung, thái độ giao tiếp của CBTC, phương pháp nhắc lịch hẹn ...đều có tác động tăng cường kiến thức cũng như thái độ tích cực của các bà mẹ với tiêm HPV.

3. Khuyến nghị

- Cần nâng cao hiểu biết của bà mẹ về đối tượng tiêm chủng HPV (em gái từ 9-26 tuổi và phụ nữ chưa quan hệ tình dục);
- Thực hiện mạnh các hoạt động truyền thông - tư vấn ở các cơ sở y tế về tiêm chủng HPV, nhất là cho các bà mẹ ở xa cơ sở y tế, bà mẹ > 40 tuổi. Phối hợp nhiều biện pháp truyền thông, tư vấn khác nhau, cải thiện thái độ giao tiếp của CBTC, phương pháp nhắc lịch hẹn ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2006), *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*, Switzerland. ISBN: 978 924 1547000.
2. **Võ Văn Kha, Huỳnh Quyết Thắng** (2011) *Tỷ lệ nhiễm HPV trên bệnh nhân ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ*, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 15 - Supplement of No 2 - 2011: 168- 173.
3. **Tri A Dinh, Susan L Rosenthal, Ellis D Doan, Tony Trang, Viet H Pham, Benson D Tran, Vinh D Tran, GA Bao Phan, HKH Chu, Carmen Radecki Breicopt** (2007) *Attitudes of mothers in Da Nang, Vietnam toward a human papillomavirus vaccine*. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med, 2007 Jun; 40(6), 559–63.
4. **Spencer Nee Pilkington A.M., Brabin L., Verma A.** (2013) *Mothers' screening histories influence daughters' vaccination uptake: an analysis of linked cervical screening and human papillomavirus vaccination records in the North West of England*. Eur J Cancer Oxf Engl 1990, **49(6)**, 1264–1272.
5. **Lâm Đức Tâm, Nguyễn Vũ Quốc Huy** (2014) *Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con gái độ tuổi 1-26 về chủng vắc xin HPV ngừa ung thư cổ tử cung tại Phường An Bình, Ninh Kiều, Cần Thơ*, Tạp Chí Dược Học, Trường Đại học Y Dược Huế, số 22/23.
6. **Nguyễn Thị Như Tú, Phan Trọng Lâm, Ngô Văn Toàn và cs** (2017) *Kiến thức và thực hành tiêm vắc xin HPV phòng ngừa ung thư cổ tử cung của phụ nữ 15-49 tuổi tại Bình Định năm 2017*, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 27, số 8 2017, trang: 246.
7. **Lương Thị Hưng** (2017) *Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến thái độ muốn tiêm vắc xin ngừa nhiễm HPV cho con của phụ huynh đến tư vấn sức khỏe tại Viện Pasteur TP.HC*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Kinh tế Tp. Hồ Chí Minh.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐẾN KHÁM LẦN ĐẦU TẠI KHOA KHÁM BỆNH CÁN BỘ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

NGUYỄN ĐỨC NGO,
TRẦN THÁI HÀ, TRẦN ĐÌNH THẮNG
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu và mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với một số đặc điểm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang trên 331 bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 đến khám lần đầu tại Khoa C1.2 - Bệnh viện TƯQĐ 108.

Kết quả:

- Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu: tăng cholesterol 39,3%; tăng triglycerid 47,8%, tăng LDL-C 35,3% và giảm HDL-C 28,7%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung: 71,3%. Trong đó, tỷ lệ rối loạn 1 thành phần là: 29,5%, 2 thành phần: 16,8%, 3 thành phần: 21,6% và 4 thành phần là 3,2%.

- Tăng tỷ lệ triglycerid ở nhóm béo phì và béo bụng có ý nghĩa thống kê. Có sự tăng triglycerid và LDL-C ở nhóm kiểm soát đường huyết kém với $p < 0,05$.

Kết luận: Rối loạn các thành phần lipid máu gặp ở BN ĐTĐ typ 2, trong đó tăng triglycerid (47,8%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Có mối liên quan thuận không chặt giữa tình trạng rối loạn thành phần triglycerid với BMI, WHR và THA với $p < 0,05$.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, rối loạn lipid máu, triglyceride, cholesterol.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence and characteristics dyslipidemia and the relationship between dyslipidemia and some characteristics in patients with type 2 diabetes.

Subjects and methods: Research: prospective, descriptive, cut Over 331 patients

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Ngọ
Email: nguyenducngo108@gmail.com

Ngày nhận: 13/8/2020

Ngày phân biện: 15/9/2020

Ngày duyệt bài: 02/10/2020

with type 2 diabetes who visited for the first time at the C1.2 Department - Military Hospital 108.

Results: The prevalence of hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, increased LDL-C and decreased HDL-C were 39.3%, 47.8%, 35.3%, 28.7%, respectively;

The prevalence of dyslipidemia: 71.3%. In which, the rate of 1 component disorder is: 29.5%, 2 components: 16.8%, 3 components: 21.6% and 4 components: 3.2%.

- The prevalence of hypertriglyceridemia in the obese and abdominal obesity group had a statistical significance. There was an increase in Triglycerides and LDL-C in the poorly controlled group with $p < 0.05$.

Conclusion: Disorders of blood lipid components are seen in type 2 diabetic patients, of which increased triglycerides (47.8%) account for the highest percentage. There is a positive relationship between the disorder of triglyceride components with BMI, WHR and Hypertention with $p < 0.05$.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, triglycerides, cholesterol.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh rối loạn chuyển hóa, không lây nhiễm phổ biến nhất hiện nay trên toàn thế giới. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, năm 2015 trên thế giới có 415 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, hơn phân nửa số đó người bệnh ĐTĐ đang sống ở khu vực Đông Nam Á hoặc vùng Tây Thái Bình Dương. Tại Việt Nam, theo ước tính của IDF 2017 có tỷ lệ mắc ĐTĐ là 5,5%. ĐTĐ không chỉ do rối loạn chuyển hóa carbohydrat mạn tính làm cho Glucose máu luôn tăng cao mà còn gây ra các rối loạn chuyển hóa lipid, protide...

Rối loạn lipid (RLLP) máu là tình trạng thay đổi một hay nhiều thành phần lipid máu dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh, chủ yếu là bệnh lý tim mạch như các bệnh mạch vành, tăng huyết áp

(THA), suy tim...RLLP máu hiện nay cũng là vấn nạn của y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh ở các nước đang phát triển trong đó có các nước Đông Nam Á và nó trở thành vấn đề sức khỏe đáng lo ngại. Ở Mỹ, theo NCEP - ATP III năm 2001 thì 25% người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên có cholesterol toàn phần > 6,2 mmol/l.

Ở Việt Nam đã có nghiên cứu của các tác giả như Thái Hồng Quang, Tạ Văn Bình, Trần Hữu Dàng... đều thấy có RLLP máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 dần dần dẫn đến các biến chứng về mạch máu làm ảnh hưởng đến chức năng nhiều cơ quan trong cơ thể. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đến khám lần đầu tại Khoa khám bệnh cao cấp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108" nhằm mục đích:

1. Tìm hiểu đặc điểm rối loạn lipid máu của bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đến khám lần đầu tại Khoa khám bệnh cao cấp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

2. Xác định mối liên quan, tương quan giữa các thành phần lipid máu với chỉ số nhân trắc và huyết áp của bệnh nhân ĐTĐ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 331 bệnh nhân BN được chẩn đoán là ĐTĐ typ 2 đến khám lần đầu tại Khoa Khám bệnh Cao cấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang mắc một số bệnh gây rối loạn chuyển hóa lipid, suy thận, suy gan, basedow, suy giáp, bệnh tuyến yên...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ typ 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường theo ADA, 2019.

HbA1C \geq 6,5%. Thực hiện ở labo bằng phương pháp chuẩn theo chứng chỉ NGSP và tiêu chuẩn để khảo nghiệm DCCT (Kiểm soát tiểu đường và các biến chứng có thể).

Glucose huyết lúc đói \geq 126 mg/dL (7.0 mmol/L). (Lúc đói được xác định là không dung nạp calo trong 8 giờ).

Glucose huyết tương sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp 75g glucose \geq 200 mg/dL (11,1 mmol/L). (Thực hiện như mô tả của WHO, sử dụng đường có chứa tương đương với glucose khan 75g hòa tan trong nước).

Glucose huyết bất kỳ \geq 200 mg/dL (11,1 mmol/L). (Ở những người có triệu chứng tăng đường huyết hay tăng đường huyết đột ngột)

Tiêu chuẩn xác định béo phì: xác định béo phì dựa vào tiêu chuẩn của người Châu Á:

* Chỉ số khối cơ thể hay chỉ số Quételet:

BMI (Body Mass Index) = Cân nặng (kg)/Chiều cao (m)²

Kết quả bình thường: (theo hội đái tháo đường ASEAN)

Phân loại	BMI (Kg/m ²)
Gầy	<18,5
Bình thường	18,5- 22,9
Béo	\geq 23
Dư cân	23 – 24,9
Béo độ 1	25 – 29,9
Béo độ 2	\geq 30

Đánh giá Béo phì trung tâm: WHR: Tỉ số VB/VM

- **Đo vòng bụng (VB):** VB ở nam \geq 9, ở nữ \geq 0,8cm là chẩn đoán béo bụng

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn Lipid máu: dựa theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt Nam 2015.

Lipid huyết thanh	Hàm lượng (mmol/L)
Cholesterol toàn phần (CT)	\geq 5,2
Triglycerid(TG)	\geq 2,3
HDL- Cholesterol(HDL-C)	\leq 0,9
LDL- Cholesterol(LDL-C)	\geq 3,1

3. Xử lý số liệu

Bằng phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS 16.5.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu	n		%	
	Nam	n	Nam	%
Giới	Nam	312	94	
	Nữ	19	06	
TUỔI	< 60	88	28	
	>60	224	72	
	TB	58,79 \pm 12,51 (Từ 43 - 85 tuổi)		
Thời gian mắc bệnh	< 2 năm	89	28,5	
	2 - 5năm	111	35,5	
	5- 10 năm	95	30,3	
	>10 năm	17	5,7	
	Trung bình	6,7 \pm 4,8 năm		
Huyết áp	Bình thường	90	28,7	
	THA	222	71,3	
BMI	\leq 23	101	32,4	
	>23	211	67,6	
Chỉ số WHR	\leq 0,9	110	35,3	
	>0,9	202	64,7	

Nhận xét: BN nam chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu (94%), do vậy trong nghiên cứu chúng tôi không so sánh giữa nam và nữ. Nhóm BN có Thời gian mắc bệnh từ 2-10 năm và ĐTĐ có THA chiếm đa số khoảng 65 -70%. Bệnh nhân béo phì và béo bụng cũng chiếm tỉ lệ cao trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu		n	%
Glucose	≤7,0	166	53,1
	>7,0	146	46,9
HbA1c	≤7,5	161	51,5
	>7,5	151	48,5
CT	TB	4,73 ±1,36	
	Tăng	123	39,3

TG	TB	2,42 ± 1,25	
	Tăng	149	47,8
HDL- C	TB	1,23 ± 0,39	
	Giảm	90	28,7
LDL-C	TB	2,82 ± 1,12	
	Cao	110	35,3
Không RLLP		90	28,7
Có RLLP	1TP	92	29,5
	2TP	52	16,8
	3	67	21,6
	4	11	3,2
	Tổng	222	71,3

Nhận xét: Bệnh nhân bị RLLP chiếm khoảng 71,3%, trong đó tăng TG chiếm tỉ lệ cao nhất 47,8% và RL 1 thành phần cũng chiếm tỉ lệ cao nhất 29,5% và RL cả 4 thành phần chỉ có 3,2%.

Bảng 3. Rối loạn Lipid theo lứa tuổi và bệnh HA

	Tuổi			Huyết áp		
	<60	>60	p	Có	Không	p
CT	51,2	45,1	>0,05	58,4	51,6	>0,05
TG	43,2	37,1	>0,05	81,3	65,7	<0,05
HDL	18,6	23,7	>0,05	54,7	48,9	>0,05
LDL	36,5	37,8	>0,05	61,5	52,9	>0,05

Nhận xét: Chỉ có nhóm Bệnh nhân THA có sự khác biệt về tăng TG có ý nghĩa thống kê so với nhóm không THA.

Bảng 4. Rối loạn Lipid theo tình trạng béo phì

%RLLP	BMI			WHR		
	< 23	> 23	p	<0,9	>0,9	p
CT	32,9	38,5	>0,05	29,7	37,6	>0,05
TG	39,5	61,3	<0,05	36,3	63,7	<0,05
HDL	16,7	25,2	>0,05	17,8	26,3	>0,05
LDL	28,3	36,1	>0,05	29,7	35,8	>0,05

Nhận xét: Chỉ có nhóm BN có béo phì cũng như béo bụng có sự khác biệt về tăng TG có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có béo phì.

Bảng 5. Rối loạn Lipid theo tình trạng kiểm soát đường huyết

		Glucose			HbA1c		
		Chấp nhận	Kém	p	Chấp nhận	Kém	p
CT	BT	49,3	57,8	>0,05	47,9	53,7	>0,05
	Tăng	51,4	63,8	>0,05	50,7	58,9	>0,05
TG	BT	49,3	57,8	>0,05	47,9	53,7	>0,05
	Tăng	51,4	63,8	<0,05	48,7	61,9	<0,05
HDL	BT	49,3	57,8	>0,05	47,9	53,7	>0,05
	Giảm	53,4	61,8	>0,05	50,7	58,9	>0,05
LDL	BT	49,3	57,8	>0,05	47,9	53,7	>0,05
	Tăng	51,4	63,8	<0,05	46,7	58,9	<0,05

Nhận xét: Chỉ có nhóm BN kiểm soát đường huyết tốt mới có sự khác biệt về tăng TG và LDL-C có ý nghĩa thống kê so với nhóm không kiểm soát tốt đường huyết.

Bảng 6. Tương quan giữa các thành phần Lipid máu với tuổi, chỉ số nhân trắc và huyết áp

Thành phần Lipid	Tương quan	Tuổi	BMI	WHR	Huyết áp
CT	r	0,03	0,06	0,09	0,11
	p	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
TG	r	0,09	0,21	0,24	0,27
	p	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
HDL	r	0,04	0,07	0,08	0,09
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
LDL	r	0,08	0,17	0,13	0,19
	p	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Nhận xét: Có sự tương quan thuận nhẹ giữa tăng: TG và LDL với THA và béo phì cũng như béo bụng ở BN ĐTĐ typ 2.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Về giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN nam gặp nhiều hơn nữ (94%), có lẽ đây là đặc thù riêng của quân đội (quân nhân là nam giới chiếm chủ yếu). Nghiên cứu của Roseanne O Yeung và cộng sự cho thấy tỉ lệ BN nam mắc ĐTĐ cũng chiếm 87%.

- *Về tuổi:* Tuổi trung bình là $58,79 \pm 12,51$, trong đó nhỏ nhất là 43, lớn nhất là 85, đây cũng là độ tuổi thường gặp nhất ở ĐTĐ typ 2. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phi Nga và cộng sự có tuổi trung bình $64,9 \pm 7,2$. Do tuổi thọ ngày càng tăng cao nên độ tuổi này cũng còn là lực lượng lao động đáng kể đóng góp còn nhiều cho xã hội. Vì vậy, người thầy thuốc cần phải điều trị tích cực để tránh các biến chứng cho người bệnh.

- *Về thời gian phát hiện bệnh:* Phần lớn BN được phát hiện ĐTĐ trên 5 năm - 10 năm (65,8%). Trong nghiên cứu chúng tôi tuy khảo sát đối tượng ĐTĐ type 2 đến khám lần đầu, tuy nhiên là quân nhân, tuổi đời và nghề đều tương đối cao, trên mọi miền của đất nước do vậy phần lớn các đối tượng đều đã được chẩn đoán và điều trị khá lâu.

- *Về béo phì:* Thông qua chỉ số BMI thì có khoảng 67,6% số trường hợp có biểu hiện béo phì, và số bệnh nhân béo phì vùng bụng chiếm tỉ lệ khá cao là 64,7%

Như vậy, tình trạng béo phì ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 chúng tôi gặp đã ở mức cảnh báo trong khi đó vấn đề này trước đây chúng ta thường cho rằng người Việt Nam thường không béo và ít được quan tâm.

2. Rối loạn lipid máu

2.1. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu

ĐTĐ là một nguyên nhân gây RLLP máu, rối loạn này có liên quan đến thiếu insulin máu và kháng insulin, là yếu tố nguy cơ của các bệnh lý tim mạch. Nghiên cứu trên 331 bệnh nhân ĐTĐ chúng tôi ghi nhận nồng độ CT là $4,73 \pm 1,36$ mmol/l; TG là $2,42 \pm 1,25$ mmol/l; LDL-C là $2,82 \pm 1,12$ mmol/l và HDL-C là $1,23 \pm 1,12$ mmol/l. Tỷ lệ tăng CT máu là 39,3%, TG là 47,8%, LDL-C là 35,3% và giảm HDL-C là 28,7%. Tỷ lệ tăng TG cao so với nhóm ĐTĐ không THA có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ BN rối loạn lipid ở nhóm ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp là 71,3%. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy rằng bất thường lớn nhất trong nghiên cứu nay là tăng TG máu. Nhiều nhà nghiên cứu trong và ngoài nước cũng nhận thấy hay gặp tăng TG ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Nghiên cứu của Đào Thị Dừa (2007) trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cũng ghi nhận tăng CT là 37,5%, tăng TG là 50%, tăng LDL-C là 37,5% và giảm HDL-C là 33,9%. Tác giả MohamedAhmida và cộng sự nghiên cứu tại Libya cho thấy tỉ lệ tăng CT và TG lần lượt là 41,2% và 57,1%.

Về rối loạn các thành phần lipid máu: Trong nhóm nghiên cứu chủ yếu gặp rối loạn lipid máu hỗn hợp (2 và 3 thành phần chiếm 38,4%). Rối loạn lipid máu đơn thuần chiếm 29,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Hóa (2014).

2.2. Rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan

- *RLLP và lứa tuổi:* Về mức độ rối loạn các thành phần lipid theo nhóm tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, rối loạn các thành phần lipid máu không liên quan với tuổi.

- **RLLP và THA:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 71,3% BN ĐTĐ type 2 có THA, nhưng chúng tôi chỉ thấy tỷ lệ tăng TG ở nhóm THA là 81,3% nhóm không tăng huyết áp là 65,7% với $p < 0,05$ còn sự khác biệt của các thành phần khác chưa có ý nghĩa. Nghiên cứu của Đặng Thị Nga cho thấy ở bệnh nhân THA có hơn 50% là có tăng CT toàn phần và/hoặc tăng TG.

- **RLLP và béo phì:** Về mối liên quan giữa rối loạn LP máu với thừa cân và béo bụng, trong nghiên cứu chúng tôi chỉ thấy sự khác biệt có ý nghĩa về thành phần TG (61,3% so với 39,5% và 63,7% so với 36,3% với $p < 0,05$). Như vậy có mối liên quan khá chặt chẽ giữa thành phần TG ở những BN ĐTĐ typ 2 có thừa cân, béo bụng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phi Nga thu được ở nhóm ≥ 23 và < 23 có tỷ lệ tăng CT và TG có sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê.

- **Rối loạn Lipid với sự kiểm soát đường huyết:** Ở bệnh nhân ĐTĐ, sự kiểm soát glucose máu có liên quan đến sự rối loạn lipid máu, khi BN được kiểm soát glucose máu tốt thì sự rối loạn lipid máu sẽ được cải thiện. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi thấy ở nhóm kiểm soát đường huyết kém có tăng TG, LDL-C có ý nghĩa thống kê. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhận thấy RLLP máu trở nên trầm trọng hơn ở bệnh nhân ĐTĐ không kiểm soát glucose máu tốt vì vậy mục tiêu điều trị ĐTĐ cần kiểm soát tốt glucose máu lẫn bilan lipid máu để hạn chế các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ.

3. Tương quan giữa các thông số lipid máu với các yếu tố nguy cơ tim mạch

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có tương quan thuận không chặt giữa THA, các yếu tố nhân trắc và RLLP máu với TG và LDL-C. Đối với TC và HDL-C thì chưa thấy có sự tương quan. Kết quả của chúng tôi thu được cũng tương tự kết quả của tác giả Trần Thị Thanh Hóa năm 2014 nghiên cứu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy có mối tương quan thuận khá chặt giữa BMI với các thành phần Lipid máu. Tác giả Thapa Subarna Dhoj và cộng sự nghiên cứu tại Nepal năm 2017 cũng cho kết quả tương tự.

KẾT LUẬN

- Rối loạn các thành phần lipid máu hay gặp ở BN ĐTĐ typ 2, trong đó tăng triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%).

- Có mối liên quan thuận không chặt giữa tình trạng rối loạn thành phần triglycerid với BMI, WHR và THA với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Dừa, Cao Văn Minh** (2007), *Đặc điểm lâm sàng đái tháo đường mới phát hiện*, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị Khoa học Toàn quốc Chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2007, tr 328-332.

2. **Trần Thị Thanh Hóa, Nguyễn Thu Hiền**, Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đến khám tại Bệnh viện Nội tiết 2014 - 2015, Y học Việt Nam tháng 3 - số 2 - 2016.

3. **Hồ Trường Bảo Long** (2010), "Khảo sát mối liên quan giữa HbA1c với bilan lipid ở bệnh nhân đái tháo đường type 2", tr 266-268.

4. **Đặng Thị Nga** (2011), Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được quản lý điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Luận văn Chuyên khoa Cấp II. Học viện Quân y. 2011.

5. **Nguyễn Thị Phi Nga, Mai Tấn Mẫn, Lê Đình Tuấn** (2015) Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Viện Quân y 17, Tạp chí Y Dược học Quân sự số 9-2015.

6. **American Diabetes Association** (2019), Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 2019 Jan; **42** (Supplement 1): S13-S28.

7. **K. Ogurtsova**, et al. (2017), "IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040", *Diabetes Res Clin Pract*, (128), pp. 40-50.

8. **Mohamed Ahmida et al**, *Dyslipidemia in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Benghazi, Libya* (2015), *International Journal of Biomedical and Advance Research* 2015; 6(10): 749-753.

9. **Roseanne O Yeung, Yuying Zhang** (2014), Metabolic profiles and treatment gaps in young-onset type 2 diabetes in Asia (the JADE programme): a cross-sectional study of a prospective cohort. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2: 935-43.

10. **Thapa Subarna Dhoj et al**, (2017), Dyslipidemia in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Pathology of Nepal* (2017) Vol. 7, 1149 -1154.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIÊM CHỦNG ĐẦY ĐỦ VÀ ĐÚNG LỊCH CỦA TRẺ DƯỚI 24 THÁNG TUỔI TẠI HUYỆN AN PHÚ TỈNH AN GIANG NĂM 2020

NGUYỄN THANH TÙNG¹, DƯƠNG KIM TUẤN²

¹Trạm Y tế xã Vĩnh Lộc, An Phú, An Giang

²Trường Đại học Y tế Công Cộng

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành bằng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính tại địa bàn huyện An Phú trong thời gian từ 01/09/2019 đến 30/10/2020 với mục tiêu nghiên cứu: (i) Mô tả thực trạng tiêm chủng đầy đủ và tiêm chủng đúng lịch của trẻ dưới 24 tháng tuổi tại huyện An Phú tỉnh An Giang năm 2020 và (ii) Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ dưới 24 tháng tuổi tại huyện An Phú tỉnh An Giang năm 2020.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ (TCĐĐ) (94,7%), tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch là (37%). Yếu tố ảnh hưởng là nhóm bà mẹ dưới 30 tuổi có tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cao gấp 1,7 lần so với nhóm bà mẹ có độ tuổi trên 30.

Từ kết quả nghiên cứu để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch cần có sự phối hợp đồng bộ giữa các cấp, các ngành đẩy mạnh công tác truyền thông về lịch tiêm chủng đầy đủ, chính xác về thời gian, thực hiện vận động các bà mẹ cần chủ động hơn trong công tác tiêm chủng. Tiếp tục thực hiện đào tạo về chuyên môn cho cán bộ y tế tuyến xã.

Từ khóa: Tiêm chủng, dưới 24 tháng tuổi.

SUMMARY

THE STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF FULL IMMUNIZATION AND ON-SCHEDULE IMMUNIZATION OF CHILDREN UNDER 24 MONTHS OF AGE IN AN PHU DISTRICT, AN GIANG PROVINCE BY 2020

The study was conducted by the descriptive cross-section method, combining quantitative

and qualitative methods in An Phu district during the period from September 1, 2019 to October 30, 2020 with research objectives: (i) Describe the status of full immunization and on-schedule immunization of children under 24 months of age in An Phu district, An Giang province by 2020 and (ii) Identify some factors affecting adequate and correct immunization calendar of children under 24 months old in An Phu district, An Giang province by 2020.

The study results showed that the rate of vaccination fully (STD) (94.7%), the rate of vaccination fully and on schedule is (37%). The influencing factor was that the group of mothers under 30 years old had a full immunization rate 1.7 times higher than that of mothers aged over 30 years.

From research results to improve the full and on-schedule vaccination rate, there is a need for synchronous coordination among levels and sectors to promote communication on a complete, accurate, real-time, full vaccination schedule. Currently, mothers need to be more active in vaccination. Continue to provide professional training for commune health workers.

Keywords: Immunization, under 24 months old

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu báo cáo từ cán bộ tiêm chủng của huyện An Phú tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ các mũi tiêm từ năm 2015 đến 2017 đạt khá cao > 90%, nhưng không thấy báo cáo về đúng lịch. Tuy nhiên, năm 2018 chỉ đạt 80,86%, và vài năm gần đây trên địa bàn huyện đã ghi nhận bệnh như uốn ván sơ sinh (UVSS), sởi, riêng 7 tháng đầu năm 2019 trên địa bàn huyện đã ghi nhận 17 ca nghi sởi và trong đó có 3 ca dương tính. Thực trạng này đặt ra những câu hỏi về số liệu báo cáo của dịch vụ tiêm chủng và tuân thủ tiêm chủng đầy đủ đúng lịch (TCĐĐDL) của đối tượng cần tiêm chủng. Chính vì vậy, chúng tôi

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Tùng

Email: thanhtungtytap@gmail.com

Ngày nhận: 15/8/2020

Ngày phản biện: 18/9/2020

Ngày duyệt bài: 02/10/2020

tiến hành đề tài “*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ dưới 24 tháng tuổi tại huyện An Phú tỉnh An Giang năm 2020*”. Kết quả của đề tài sẽ là số liệu khoa học để đánh giá thực chất về công tác tiêm chủng ở địa bàn nghiên cứu đồng thời đưa ra các đề xuất và giải pháp ...giúp cải thiện công tác tiêm chủng tốt hơn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Phòng vấn 300 bà mẹ bằng bộ câu hỏi và kiểm tra sổ tiêm chủng của 300 trẻ dưới 24 tháng tuổi có mặt tại huyện An Phú tỉnh An Giang trong nghiên cứu định tính thực hiện thực phỏng vấn sâu 2 cán bộ Trạm Y tế xã và thực hiện 2 buổi thảo luận nhóm với các bà mẹ.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính với cỡ mẫu được chọn là 300 bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi. Số liệu định lượng được thu thập qua phỏng vấn bộ câu hỏi cấu trúc, số liệu định tính thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu định tính được gỡ băng và biên bản thảo luận. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về nhóm tuổi bà mẹ

Đặc trưng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 30 trở xuống	169	56,3
	Trên 30	131	43,7
Nghề nghiệp	CBCNV	23	7,7
	Buôn bán	46	15,3
	Làm ruộng	67	22,3
	Nội trợ	116	38,7
	Nghề khác	48	16,0
	Trên cấp 3	18	6,0
	Cấp 3	38	12,7
	Cấp 2	134	44,7
	Cấp 1	88	29,3
	Mù chữ	22	7,3

Kết quả bảng 1 cho thấy: Các bà mẹ có nhóm tuổi từ 30 trở xuống tham gia và nghiên cứu 56,3% và nhóm trên 30 tuổi là 43,7%, các bà mẹ có nghề nghiệp nội trợ và làm ruộng là 38,7%.

Thông tin đối tượng là trẻ thì: Số trẻ em là nam 57,7% số trẻ em là nữ 42,3% tỷ lệ trẻ có cân

nặng từ 2500 – 3300g là 69,7%, số trẻ bị suy dinh dưỡng 6,3%, trẻ bị dị tật bẩm sinh 0,7%.

Đa số: 100% các bà mẹ đều giữ sổ tiêm chủng.

Sự hiểu biết của bà mẹ thì: 86,0% các bà mẹ hiểu biết đúng về mục đích của việc tiêm vắc xin phòng bệnh cho trẻ, biết về tiêm loại vắc xin bại liệt 56,3%, uốn ván 54,3% viêm gan B sơ sinh 52,0% và vắc xin viêm phổi, viêm màng não mủ Hib 17,0%. Tỷ lệ bà mẹ biết về tiêm vắc xin BCG và viêm gan sơ sinh trong tháng đầu 61,3% và không biết là 38,7% khi trẻ được 2 tháng số bà mẹ biết về lịch tiêm DTC, VGB, Hib1 và OPV1 chỉ 22,0% khi trẻ được 3 tháng số bà mẹ biết về lịch tiêm DTC, VGB, Hib2, OPV2 là 20,7% và sự hiểu biết về lịch tiêm DTC, VGB, Hib3, OPV3 khi trẻ 4 tháng là 18,0%, 0,1% bà mẹ biết về lịch tiêm sởi khi trẻ được 9 tháng tuổi; chỉ có 20,0% bà mẹ hiểu biết đúng về lịch tiêm chủng cho trẻ, bà mẹ biết về thời gian tiêm chủng cho trẻ, 100% các bà mẹ đều biết nơi tiêm là Trạm Y tế xã, 3,0% các bà mẹ biết tất cả các phản ứng xảy ra sau tiêm, 94,0% các bà mẹ biết thực hiện cho trẻ uống thuốc khi bị phản ứng sốt, 48,3% biết thực hiện lau mát khi sốt, 0,3% bà mẹ không biết xử trí tại nhà. Có 74,0% bà mẹ biết theo dõi trẻ 24 giờ sau tiêm. Sự hiểu biết của bà mẹ về các dấu hiệu cần phải hoãn tiêm trong đó dấu hiệu trẻ đang sốt chiếm 65,3%, hoãn tiêm khi trẻ đang mắc bệnh cấp tính chiếm 14,0% và 20,7% không biết, có đến 99,3% gia đình đồng ý cho trẻ đi tiêm chủng và trong số các gia đình đồng ý đều thực hiện đưa trẻ đi tiêm.

Bảng 2. Sự hỗ trợ từ dịch vụ y tế:

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Cơ sở y tế có cho biết loại vắc xin tiêm cho trẻ không	Có	299	99,7
	Không	1	0,3
Cơ sở y tế có nhắc lịch tiêm loại vắc xin trong thời gian tới không	Có	254	84,7
	Không	46	15,3
Cơ sở y tế có hướng dẫn theo dõi các phản ứng sau tiêm cho trẻ không	Có	298	99,3
	Không	1	0,7
Vắc xin có đảm bảo trong các đợt tiêm cho trẻ không	Có	289	96,3
	Không	11	3,7

Kết quả bảng 2 cho thấy có 99,7% các cơ sở y tế thực hiện việc cho biết loại vắc xin tiêm cho trẻ trong đợt, 99,3% bà mẹ được hướng dẫn các phản ứng xảy ra sau tiêm, số lượng vắc xin đảm bảo cho đợt tiêm chỉ 96,3% và thực hiện nhắc lịch tiêm cho đợt tiêm sau chỉ 84,7%.