

8. **Scheen A.J, Paquot N, Lefebvre P.J** (2008). United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS): 10 years later. *Revue medicale de Liege*, 63, 624 - 629.

9. **Nguyễn Thế Hưng** (2017). Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy,

Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

10. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Trần Thị Bích Hương** (2015). Đặc điểm lâm sàng và vi trùng học của nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp ở người trưởng thành tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, 19(4), 458 - 465.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG CẨM TẠI BỆNH VIỆN MITTAPHAP, VIÊNG CHĂN, LÀO TỪ THÁNG 04/2020 ĐẾN THÁNG 04/2021

**VILAYSAK SAYASENH¹,
NGUYỄN ĐÌNH PHÚC², TRẦN VĂN TIẾN³**

¹*Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào*

²*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội*

³*Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế*

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 50 bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm được phẫu thuật tại Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả chùm bệnh.

Kết quả: Gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông: 96%, ở nam giới: 78, tuổi 19-39 tuổi (70%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm: sai khớp cắn (100%), dấu hiệu bậc thang (98%), sưng nề (98%), há miệng hạn chế (86%), điểm đau chói (68%), bầm tím (50%) và di lệch cung răng (48%). Về đặc điểm Xquang, 100% đối tượng chụp phim mặt thẳng và Panorama; tỉ lệ vị trí đường gãy ở chính giữa: 68%, số lượng 1 đường gãy: 88%, gãy hai bên: 68%, gãy đơn thuần: 94%.

Kết luận: Gãy xương hàm dưới chủ yếu do tai nạn giao thông, ở nam giới và tuổi 19-39 tuổi. Triệu chứng cơ năng phổ biến: Sưng nề, Há miệng hạn chế; triệu chứng thực thể phổ biến: Sai khớp cắn, dấu hiệu bậc thang, có điểm đau chói và di lệch cung răng bầm tím quanh mắt, di lệch cung răng. Đặc điểm Xquang thường gặp là

Chịu trách nhiệm: Vilaysak Sayasenh

Email: Vilaysak1985kam@gmail.com

Ngày nhận: 21/7/2021

Ngày phản biện: 27/8/2021

Ngày duyệt bài: 07/9/2021

vị trí đường gãy ở chính giữa, số lượng 1 đường gãy, gãy hai bên, gãy đơn thuần.

Từ khóa: *Đặc điểm lâm sàng, Xquang, gãy xương hàm dưới vùng cằm, Lào.*

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND XQUANG PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES IN THE CHIN AREA AT MITTAPHAP HOSPITAL VIENTIANE, LAOS FROM 04/2020 TO 04/2021.

The study conducted 50 patients with mandibular fractures in the chin area at Mittaphap Hospital in Vientiane, Laos from 04/2020 to 04/2021.

Objectives: Describe clinical characteristics and Xquang patients with mandibular fractures in the chin area are operated on at Mittaphap Hospital, Vientiane, Laos.

Research method: Case series. Results: Mandibular fractures observed mainly by traffic accidents (96%), observed in males (78), aged 19-39 ys (70%). Common clinical characteristics include: wrong bite (100%), ladder sign (98%), swelling (98%), limited open mouth (86%), glare (68%), bruising (50%) and tooth bow dislocation (48%). In terms of Xquang characteristics, 100% of subjects take straight-side and Panorama film subjects; the rate of the fault line in the middle: 68%, the number of 1 fault line: 88%, double-sided fractures: 68%, broken merely: 94%.

Conclusions: The study subjects had common muscle symptoms: Swelling, limited open mouth; Common physical symptoms: Wrong bite, step sign, glare of pain and bruised tooth dislocation

around the eyes, misaligned teeth. The most common Xquang feature is the location of the fault line in the middle, the number of 1 fault line, broken side: broken merely.

Keywords: Clinical characteristics, Xquang, Mandibular fractures in the chin area, Laos.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt nói chung và gãy xương hàm dưới (XHD) là loại hình tổn thương hay gặp và ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương bao gồm tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thương tích, vết thương hoá khí... trong đó nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Theo số liệu thống kê tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương từ tháng 01/2007 tới tháng 4/2009 đã có 3.294 bệnh nhân bị gãy xương vùng hàm mặt, trong đó gãy xương hàm dưới là 1.325 bệnh nhân chiếm 40,2%^[1].

Chấn thương gãy XHD ngày càng đa dạng và phức tạp, có thể xảy ra đơn thuần, nhiều khi kết hợp với chấn thương vùng khác: chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng... đe dọa đến tính mạng bệnh nhân. Gãy XHD thường gây rối loạn chức năng và để lại di chứng ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đúng phương pháp^[2].

Đã có nhiều nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy XHD nói chung ở nhiều địa điểm, thời gian khác nhau với quy mô nghiên cứu khác nhau. Cũng có nhiều nghiên cứu về gãy XHD ở các vùng giải phẫu cụ thể như gãy cổ lồi cầu XHD; gãy góc hàm XHD; gãy cành lên XHD^[3-6].

Trong tất cả các nghiên cứu về gãy XHD các tác giả đều đưa ra tỷ lệ các đường gãy ở các vùng khác nhau và nhận thấy gãy XHD có tỷ lệ cao nhất là góc vùng cằm (Phạm Văn Liệu: 46,38%⁷; Lý Hán Thành: 41,11%^[8]) và gãy vùng cằm phối hợp với gãy các vùng khác cũng chiếm tỷ lệ cao. Tại Lào chưa có một nghiên cứu riêng nào tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng và Xquang gãy XHD vùng cằm do vậy đề tài này được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm được phẫu thuật tại Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào”.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04 năm 2020 đến tháng 04 năm 2021.

2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào với chẩn đoán gãy XHD vùng cằm từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy XHD vùng cằm do nguyên nhân chấn thương ở mọi lứa tuổi từ tháng 4/2020 đến 4/2021 tại khoa phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân gãy XHD vùng cằm do bệnh lý; không phẫu thuật; không hợp tác, bệnh án nghiên cứu thiếu sót thông tin.

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm bệnh.

2.1. Mẫu nghiên cứu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian từ tháng 04/2020 đến 04/2021 tại khoa phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào. Tổng số đối tượng lựa chọn tham gia nghiên cứu là 50 đối tượng.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Nghiên cứu qua hồ sơ bệnh án tại bệnh viện và bệnh án nghiên cứu:

Thông tin chung: Giới tính, tuổi, địa dư, nguyên nhân chấn thương;

Các triệu chứng lâm sàng: Sưng nề, bầm tím, tụ máu, có điểm đau chói, rách lợi, sai khớp cắn, dấu hiệu bậc thang, di lệch cung răng...

Đặc điểm Xquang: Phương pháp chụp (mặt thẳng, Panorama, Hirtz, Blondeau, Tim phổi, CT-Scan); Số lượng đường gãy XHD vùng cằm, Vị trí đường gãy XHD, các tổn thương phối hợp kèm theo.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Tập huấn nhóm khám lâm sàng, Xquang và thu thập số liệu.

Bước 2: Khai thác bệnh sử, thăm khám, chẩn đoán các bệnh nhân tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu có đủ tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ và lập danh sách lựa chọn đối tượng.

Bước 4: Thu thập số liệu qua bệnh án nghiên cứu từ khi bệnh nhân đến khám làm xét nghiệm và được chẩn đoán.

Bước 5: Nhập và phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 20.0 và một số thuật toán thống kê khác.

Bước 6: Hoàn thiện đề tài.

4. Xử lý và phân số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất (biến định lượng), tần số và tỉ lệ phần trăm (biến định tính).

Thống kê suy luận thông qua thuật toán Fisher test, T test Student...với ngưỡng có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng chăm sóc y học của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Mittaphap, Viêng Chăn, Lào; Các thông tin thu thập được của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ dùng với mục đích nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập trung thực, vì mục đích nghiên cứu, góp phần chẩn đoán, điều trị, vì lợi ích sức khỏe bệnh nhân, hoàn toàn không phục vụ cho mục đích nào khác.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Gãy XHD vùng cẳng tay theo giới, tuổi, địa dư (n = 50)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	39
	Nữ	11
Tuổi	< 6 tuổi	0
	6-18 tuổi	10
	19 - 39 tuổi	35
	40-59 tuổi	4
	≥ 60 tuổi	1
Địa dư	Thành phố	16
	Thị trấn - thị xã	12
	Nông thôn	22
	Tổng cộng	50

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 50 đối tượng, phần lớn là nam giới (chiếm 78%). Theo Lê Phong Vũ và cộng sự (2011) nghiên cứu trên 266 bệnh nhân gãy XHD tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến năm 2010, nam và nữ bị chấn thương gãy XHD với tỷ lệ 91,7% và 8,3%^[9], theo Dương Ngọc Tuyền (2013) nghiên cứu trên 70 bệnh nhân gãy XHD tỷ lệ nam giới 91,4%^[10]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thực tế ở Lào, Việt Nam, nam giới thường điều khiển phương tiện giao thông với tốc độ cao, đặc biệt với xe máy và nam giới thường hay đi xe sau khi sử dụng rượu bia, hơn nữa ở nam giới cũng hay xảy ra ẩu đả hơn. Ở nữ giới thì thường ít sử dụng rượu bia và họ cũng cẩn thận hơn trong điều khiển phương tiện giao thông cũng như trong lao động, sinh hoạt và các hoạt động khác.

Tỷ lệ đối tượng từ 19 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (70%). Đây là lứa tuổi tham gia các hoạt động xã hội nhiều nhất, thường xuyên tham gia giao thông, là tuổi lao động chính, cũng là lứa tuổi đầy tính năng động, thử thách và thích mạo

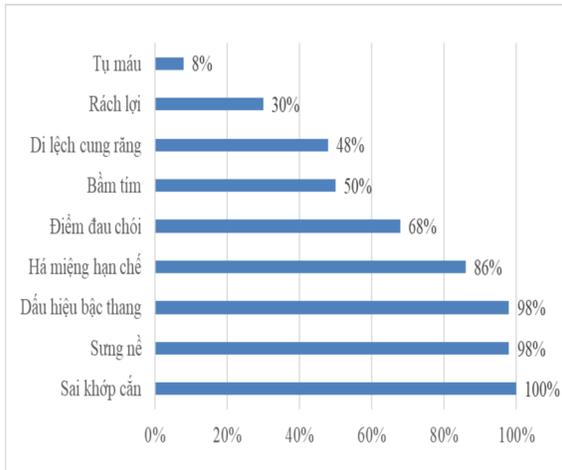
hiểm nên tỷ lệ gãy XHD là cao nhất. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lê Phong Vũ và cộng sự (2011)^[9] với tỷ lệ 72,27% đối tượng từ 19-39 tuổi và Dương Ngọc Tuyền (2013) là 80% ở nhóm dưới 40 tuổi^[10]. Ngoài ra, lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (2%). Đây là lứa tuổi đã được nghỉ ngơi an dưỡng, ít trực tiếp tham gia giao thông, ít lao động nặng và vì tuổi già nên rất cẩn thận khi làm bất kỳ các công việc gì. Vì vậy, tỷ lệ gãy xương hàm dưới thấp hơn các lứa tuổi khác.

Tỷ lệ gãy XHD cao ở nông thôn (44%) phản ánh sự tăng nhanh số lượng xe máy kết hợp với nhận thức của người dân về Luật An toàn Giao thông là chưa cao. Bên cạnh đó, có thể do tình trạng đường xá, cơ sở hạ tầng còn thấp kém, ít được tu sửa bảo trì nên tỷ lệ ở nông thôn cao hơn. Tuy nhiên, dù thuộc địa dư nào khi tham gia giao thông, nếu người lái xe phóng nhanh, vượt ẩu, coi thường luật pháp thì đều có khả năng bị tai nạn là như nhau

Bảng 2. Gãy XHD vùng cẳng tay theo nguyên nhân (n = 50)

Nhóm nguyên nhân	n	%
Tai nạn giao thông	Xe máy	47
	Xe đạp	1
	Tổng	48
Tai nạn lao động	Xây dựng	2
Tai nạn sinh hoạt		0
Tai nạn thể thao		0
Bạo lực		0
Tổng cộng	50	100

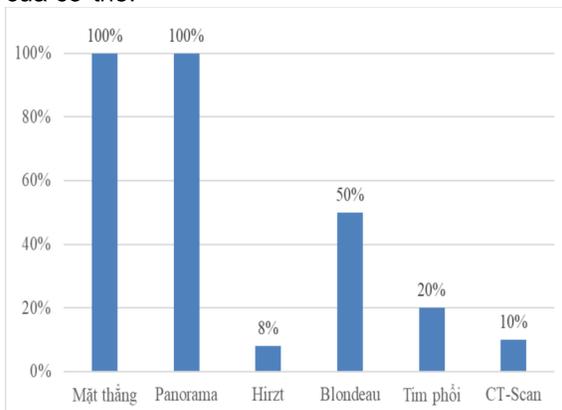
Nhóm nguyên nhân gây ra chủ yếu là do tai nạn giao thông (chiếm 96%): xe máy chiếm tới 94%, xe đạp chỉ chiếm 2%; do tai nạn lao động chỉ chiếm 4% (cụ thể là tai nạn xây dựng), không ghi nhận trường hợp nào liên quan đến tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao và bạo lực. Khi so với kết quả của các tác giả Lê Phong Vũ (2011)^[9] và Dương Ngọc Tuyền (2013)^[10] kết quả không có sự khác biệt. Ở Lào, tình trạng trên hay xuất hiện nhiều là do hiện nay có quá nhiều các loại xe máy. Xe máy từ nước ngoài được nhập về ồ ạt với số lượng lớn, với giá rẻ hơn rất nhiều so với khoảng 10 năm về trước, khiến nó trở thành phương tiện giao thông chủ yếu của người dân. Bên cạnh đó, luật an toàn giao thông đã được ban hành từ lâu nhưng vẫn chưa được thực hiện nghiêm túc, vẫn còn phổ biến tình trạng phóng nhanh, vượt ẩu, đua xe, coi thường luật lệ giao thông, nhất là ở lứa tuổi thanh thiếu niên chưa có sự chín chắn.



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng (n = 50)

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm sai khớp cắn (100%), dấu hiệu bậc thang (98%), sưng nề liên quan đến ổ gãy (98%), há miệng hạn chế (86%), điểm đau chói (68%), bầm tím (50%) và di lệch cung răng (48%). Các triệu chứng ít gặp gồm: tụ máu (8%), vết thương phần mềm (30%).

Trong các triệu chứng thực thể, triệu chứng nổi bật nhất trong gãy XHD là Dấu hiệu bậc thang và sai khớp cắn, sưng nề chiếm tỷ lệ gần 100% (50/50), điểm đau chói là 68%. So với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Bắc Hải (96%) 49 thì cũng phù hợp. Điều này hoàn toàn hợp lý vì có dấu hiệu bậc thang và đau chói khi ấn điểm gãy là dấu hiệu đặc trưng của tất cả các gãy xương của cơ thể.



Biểu đồ 2: Phân bố theo phương pháp chụp X quang (n = 50)

Trong tất cả bệnh nhân nghiên cứu, để giúp chẩn đoán gãy XHD, phim X quang được sử

dụng nhiều nhất là phim mặt thẳng, panorama và Blondeau, 100% đối tượng chụp phim mặt thẳng và panorama, có 1/2 đối tượng được chụp Blondeau. Sở dĩ như vậy là vì loại phim này có giá thành rẻ và thể hiện được khá đầy đủ các đặc điểm của gãy XHD về số lượng đường gãy, vị trí gãy và kiểu gãy. Tỷ lệ chụp CT-Scan rất ít gặp chiếm 10% (5/50 bệnh nhân). Ở nước ngoài, do bệnh nhân có khả năng kinh tế cao hơn, nên phim CT-Scan được sử dụng phổ biến hơn giống như xét nghiệm thường quy. Ở Lào do là nước còn đang phát triển, tầng lớp lao động phổ thông chiếm phần lớn nên chỉ một vài trường hợp nặng mới cần sử dụng phim này, để tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân do nó có giá thành cao. Từ đó phẫu thuật chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết, tránh việc phải mổ thăm dò hoặc phẫu thuật khi không cần thiết. Thực tế dựa vào lâm sàng khó đánh giá đầy đủ mức độ cũng như tổn thương phối hợp và hình ảnh CT-Scan cho phép đánh giá đầy đủ hơn, đặc biệt đánh giá các tổn thương về XHD^[11].

Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu chỉ tổn thương vùng cằm đơn thuần (chiếm 94%) chỉ có 6% gãy phối hợp trong đó tại góc hàm chiếm 4% và lỗi cầu chiếm 2%. Chỉ có 2% bệnh nhân có gãy XHD vùng cằm phối hợp với chấn thương sọ não. Không ghi nhận bệnh nhân có gãy XHD vùng cằm phối hợp với đốt sống cổ và với các xương khác.

Kết quả X quang cho thấy về số lượng đường gãy XHD vùng cằm, bệnh nhân có 1 đường gãy chiếm tỷ lệ phần lớn (88%), chỉ có 12% bệnh nhân có 2 đường gãy ở vùng cằm; Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Dương Ngọc Tuyên (2013) tỉ lệ đối tượng có 1 đường gãy là 52,9%^[10], của Lê Phong Vũ (2011) là 62,8%^[9]. Số lượng đường gãy càng nhiều thì tính phức tạp của gãy XHD càng cao và việc nắn chỉnh, kết hợp xương càng khó khăn.

Theo vị trí bên bị gãy, tỷ lệ đối tượng gãy hai bên cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (68%), tiếp đến là gãy vị trí bên phải (22%) và thấp nhất là gãy bên trái (10%). Điều này cũng phù hợp với đặc điểm sinh lý và giải phẫu của các đường khớp tự nhiên thuộc xương hàm dưới.

KẾT LUẬN

Gãy xương hàm dưới chủ yếu do tai nạn giao thông, ở nam giới và tuổi 19-39 tuổi. Triệu chứng cơ năng phổ biến là sưng nề, há miệng hạn chế. Triệu chứng thực thể phổ biến là sai khớp cắn, dấu hiệu bậc thang, có điểm đau chói và di lệch cung răng bầm tím quanh mắt, di lệch

cung răng. Đặc điểm Xquang thường gặp là vị trí đường gãy ở chính giữa, số lượng một đường gãy, gãy hai bên, gãy đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Răng-Hàm-Mặt Trung ương.** Tình hình chấn thương hàm mặt do TNGT được điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương từ tháng 01/2007 tới tháng 4/2009. 2009:1 - 50.

2. **Trần Quốc Khánh.** Nghiên cứu áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013:1 - 41.

3. **Phạm Dương Châu, Phạm Hoàng Tuấn, Đào Bích Thủy.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 88 trường hợp gãy lồi cầu xương hàm dưới. Tạp chí Y học Việt Nam. 1999;10(1):93 - 95.

4. **Hoàng Tuấn Anh.** Nẹp vít mini, một bản xương: Kỹ thuật và chỉ định trong chấn thương mặt hàm. Tạp chí Phẫu thuật thực hành. 2001;7(2):38 - 42.

5. **Nguyễn Quang Hải.** Lâm sàng X quang gãy góc hàm xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008:1-29.

6. **Phùng Đức Oanh.** Nhận xét chấn thương gãy cành lên xương hàm dưới và kết quả điều trị. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005:1-34.

7. **Phạm Văn Liệu.** Góp phần nghiên cứu lâm sàng và phẫu thuật gãy xương hàm dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 1966:1-32.

8. **Lý Hán Thành.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật gãy xương hàm dưới phức hợp nhiều đường tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2002: 1-44.

9. **Lê Phong Vũ, Lê Đức Lánh.** Dịch tễ lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến năm 2010. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2011;2:208-212.

10. **Dương Ngọc Tuyền, Nguyễn Đăng Xuân.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X Quang và Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 105. Học viện Quân Y. 2013; 1-5.

11. **Rosenberge E., al. e.** Management of nasoethmoid fractures. Current opinion in otolaryngology & head neck surgery. 2013;21(4): 410-416.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH SÁN LÁ GAN NHỎ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN XÃ HÀ VINH VÀ HÀ DƯƠNG, HUYỆN HÀ TRUNG, THANH HÓA NĂM 2021

NHỮ VĂN HÙNG¹, PHẠM ĐỨC PHÚC², ĐỖ TRUNG DŨNG³,
BÙI THỊ DUNG⁴, NGUYỄN THỊ BÍCH THẢO²

¹Cục Phòng, Chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

²Trung tâm nghiên cứu Y tế Công cộng và Hệ sinh thái,
Trường Đại học Y tế Công cộng

³Viện Sốt rét – Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương

⁴Viện Sinh thái và Tài nguyên Sinh vật - Học viện Khoa học và Công nghệ,
Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sán lá gan nhỏ (SLGN) gây ra bởi hai loài sán lá *Clonorchis sinensis* và *Opisthorchis viverrini* và gây ảnh hưởng đến sức khỏe, gây viêm, ung thư đường mật ở người. Ở Việt Nam, SLGN phân bố ở 32/63 tỉnh thành trong đó có tỉnh Thanh Hóa. Theo điều tra của Trung tâm Phòng chống SR-KST-CT Thanh Hóa tại huyện Hà Trung, có 306 người bị nhiễm

SLGN, trong đó, xã Hà Vinh có 78 người (25,5%). Trước thực trạng trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành và các số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh SLGN của người dân tại xã Hà Vinh và Hà Dương, huyện Hà Trung, Thanh Hóa.

Nghiên cứu là kết quả từ dự án quốc tế "Nghiên cứu bệnh sán lá lây truyền cho người và động vật qua thức ăn và kiểm soát tổng hợp ở Việt Nam" do quỹ ARES hỗ trợ và Tổ chức Hợp tác Phát triển Bỉ tài trợ. Nghiên cứu sử dụng mô tả cắt ngang được tiến hành trên 228 người dân tại 2 xã Hà Vinh và Hà Dương, huyện Hà Trung, tỉnh Thanh Hóa năm 2021. Kết quả cho thấy, kiến

Chịu trách nhiệm: Nhữ Văn Hùng
Email: nhuvanhungk45@gmail.com
Ngày nhận: 02/8/2021
Ngày phản biện: 25/8/2021
Ngày duyệt bài: 11/9/2021