

ÁP DỤNG CÔNG CỤ DỰ ĐOÁN NEOS CỦA KAISER TRONG XỬ TRÍ TRẺ SƠ SINH NGHI NHIỄM KHUẨN HUYẾT SỚM Ở CÁC NƯỚC CÓ THU NHẬP TRUNG BÌNH - THẤP

Nguyễn Thị Hoàng Oanh¹, Nguyễn Thu Tịnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Công cụ dự đoán NEOS của Kaiser hiệu quả giảm sử dụng kháng sinh không cần thiết cho những trẻ khỏe mạnh. Dữ liệu hiện có về hiệu quả và tính an toàn của công cụ xoay quanh tỷ lệ hiện mắc 0,1- 4/1.000 trẻ sanh sống. Chưa có dữ liệu áp dụng công cụ ở những tỷ lệ hiện mắc > 4/1.000 trẻ sanh sống. **Mục tiêu:** so sánh kết quả khuyến cáo xử trí trẻ ≥ 34 tuần tuổi thai nghi nhiễm khuẩn huyết sớm ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 và 0,5/1.000 trẻ sanh sống. **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, từ 01/11/2021 đến 30/04/2022 tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. Đối tượng được chọn từ những trẻ ≥ 34 tuần tuổi thai, sanh ra từ mẹ có nguy cơ hoặc trẻ có triệu chứng lâm sàng trong 12 giờ sau sanh. Thu thập thông tin về đặc điểm bà mẹ, lâm sàng trẻ và khuyến cáo điều trị của công cụ Kaiser ở 2 tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 và 0,5/1.000 trẻ sanh sống. **Kết quả:** 99 trẻ thoả tiêu chuẩn chọn vào, 14/99 (14,1%) trẻ được chẩn đoán có khả năng NKHSSS. Khuyến cáo kháng sinh lần lượt là 42,4% (16/1.000) và 37,4% (0,5/1.000). Ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 công cụ khuyến cáo xét nghiệm cao hơn so với 0,5/1.000 trẻ sanh sống lần lượt là 38,4% và 2%. Có 02 trẻ có khả năng NKHSSS bị bỏ sót ở tỷ lệ hiện mắc 0,5/1.000 trẻ sanh sống. **Kết luận:** sử dụng tỷ lệ hiện mắc cao không làm gia tăng chỉ định kháng sinh. Công cụ bỏ sót những trẻ cần thiết kháng sinh khi sử dụng tỷ lệ hiện mắc thấp hơn thực tế của đơn vị. Sử dụng công cụ ở tỷ lệ hiện mắc phù hợp thực tế tại đơn vị là cần thiết. **Từ khóa:** công cụ dự đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm, nhiễm khuẩn huyết sơ sinh

SUMMARY

APPLICATION OF THE KAISER NEOS CALCULATOR IN THE MANAGEMENT OF NEWBORNS WITH SUSPECTED SEPSIS IN LOW- AND - MIDDLE-INCOME COUNTRIES

Background: The Kaiser NEOS calculator is effective in reducing unnecessary antibiotics in healthy infants. Available data on the effectiveness and safety of the Kaiser calculator are around 0.1-4/1,000 live births. There is no data on the application of the Kaiser calculator with an incidence rate > 4/1,000 live births. **Objective:** To compare the results of treatment recommendations for newborns ≥ 34 weeks of

gestation with suspected sepsis with an incidence rate of 16/1,000 and 0.5/1,000 live births. **Methods:** Prospective, from November 1, 2021 to April 30, 2022 at the Nguyen Dinh Chieu Hospital. Newborns ≥ 34 weeks gestation were born to mothers at risk or newborns with clinical symptoms within 12 hours of birth. Recorded features of mothers, clinicals of newborns, and recommended treatment of the Kaiser calculator at incidence rates of 16/1,000 and 0.5/1,000 live births. **Results:** 99 infants met the study criteria, and 14/99 (14.1%) infants were diagnosed with a probability of neonatal early-onset sepsis. Antibiotic recommendations were 42.4% (16/1,000 live births) and 37.4% (0.5/1,000 live births), respectively. At an incidence rate of 16/1,000 live births, the Kaiser calculator recommends blood cultures higher than 0.5/1,000 live births with 38.4% and 2%, respectively. Two infants with a probability of neonatal early-onset sepsis were missed at an incidence rate of 0.5/1,000 live births. **Conclusion:** Using the Kaiser calculator with a high incidence rate did not increase antibiotic recommendations. The Kaiser calculator missed newborns who needed antibiotics by using a lower incidence rate than it actually was. It is essential to use actual local incidence rates for accurate assessments.

Keywords: Early Onset Sepsis Calculator, neonatal sepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết khởi phát sớm được định nghĩa là khi xảy ra trong vòng 72 giờ đầu sau sanh. Với đặc điểm lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán là cấy máu có độ nhạy thấp nên việc chẩn đoán gặp khó khăn⁶. Các chiến lược quản lý trước đây tập trung vào việc phòng ngừa lây truyền nhiễm khuẩn huyết do GBS từ mẹ sang con, nhằm tránh bỏ sót những trẻ nhiễm khuẩn huyết không triệu chứng. Chính vì vậy, nhiều trẻ khỏe mạnh bị phơi nhiễm kháng sinh không cần thiết, dẫn đến những hệ lụy trước mắt và lâu dài trên trẻ khi tiếp xúc kháng sinh trong những ngày đầu đời⁷. Điều đáng lo ngại là gia tăng đề kháng kháng sinh, là mối đe dọa toàn cầu với gánh nặng cao nhất ở các nước thu nhập trung bình - thấp (LMICs). Năm 2015, ban nghiên cứu Kaiser cho ra đời công cụ dự đoán nhiễm khuẩn huyết sớm nhằm mục đích giảm chỉ định kháng sinh quá tay⁴. Kể từ khi ra đời, công cụ đã được chứng minh hiệu quả và an toàn ở các tỷ lệ hiện mắc 0,1 – 4/1.000 trẻ sanh sống, tỷ lệ này phù hợp với các nước thu nhập cao (HICs)¹. Trong

¹Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

khi đó, các nước LIMCs có tỷ lệ hiện mắc cao hơn nhiều lần như vậy, dao động từ 24 – 76,8/1.000 trẻ sanh sống⁵. Chưa có nghiên cứu nào chứng minh hiệu quả và an toàn của công cụ ở tỷ lệ hiện mắc > 4/1.000 trẻ sanh sống. Đơn vị chúng tôi, theo số liệu thống kê năm 2021 có tỷ lệ hiện mắc là 16/1.000 trẻ sanh sống. Để áp dụng công cụ, chúng tôi cần đánh giá tính hiệu quả và an toàn của công cụ ở tỷ lệ hiện mắc thực tế của đơn vị. Liệu rằng với tỷ lệ hiện mắc cao thì công cụ có đảm bảo hiệu quả giảm kháng sinh quá tay một cách an toàn hay không? **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. *Khuyến cáo của công cụ Kaiser ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 và 0,5/1.000 trẻ sanh sống*

2. *Tỷ lệ bỏ sót trẻ cần thiết kháng sinh của công cụ Kaiser.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thực hiện tiến cứu từ 01/11/2021 đến 30/04/2022, tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu – tỉnh Bến Tre. Chúng tôi tiến hành chọn mẫu không ngẫu nhiên, lấy mẫu lần lượt từ nhóm trẻ có tuổi thai ≥ 34 tuần sanh tại khoa sản bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. Trẻ được chọn khi thoả 1 trong 2 tiêu chí: sanh ra từ bà mẹ có 1 trong các nguy cơ của NKHSSS: sốt (≥ 38°C), viêm màng ối (chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ), GBS (+), IAP < 4 giờ, vỡ ối ≥ 18 giờ; Hoặc 2) trẻ xuất hiện triệu chứng lâm sàng liên quan nhiễm khuẩn huyết trong vòng 12 giờ tuổi sau sanh (bất kể nguy cơ của bà mẹ).

Tiêu chí loại trừ: những trẻ sanh chưa qua chuyển dạ, mẹ dùng thuốc có thể ảnh hưởng đến trẻ (nhóm thuốc gây nghiện), sanh mổ gây mê nội khí quản, trẻ dị tật bẩm sinh, chuyển viện trong thời gian nghiên cứu, người đại diện hợp pháp của trẻ không đồng ý tham gia.

Định nghĩa biến số

Tỷ lệ hiện mắc: 16/1.000 trẻ sanh sống là tỷ lệ thống kê tại đơn vị chúng tôi trong năm 2021 trên những trẻ có tuổi thai từ 34 tuần trở đi (có 130 trẻ được chẩn đoán NKHSSS theo ICD 10 trong số 7.927 trẻ sanh ra sống trong năm 2021); 0,5/1.000 trẻ sanh sống là tỷ lệ hiện mắc theo CDC⁸; Bỏ sót khi công cụ khuyến cáo chăm sóc thường qui cho những trẻ nhiễm khuẩn huyết hoặc có khả năng NKHSSS. Điều trị: theo công cụ Kaiser⁴ khuyến cáo kháng sinh khi trẻ thuộc nhóm “bệnh” hoặc xác suất mắc NKHSSS hậu lâm sàng/1.000 trẻ sanh sống ≥ 3. Xét nghiệm kết hợp theo dõi lâm sàng mỗi 4 giờ khi trẻ thuộc phân nhóm lâm sàng nghi ngờ/khoẻ và xác suất mắc NKHSSS hậu lâm sàng 1 - <3. Chăm sóc thường qui khi trẻ thuộc phân nhóm

lâm sàng nghi ngờ/khoẻ và xác suất mắc NKHSSS hậu lâm sàng < 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

99 trẻ thoả tiêu chuẩn chọn vào, không có trường hợp loại khỏi nghiên cứu.

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Không có trường hợp cấy máu dương tính, chẩn đoán dựa vào lâm sàng là chủ yếu (bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ của bà mẹ. N = 99, số liệu được trình bày dưới dạng n (%) hoặc trung vị (BPV 25th; BPV 75th)

Đặc điểm nguy cơ của bà mẹ	Có khả năng NKHSSS (n=14)	Không NKHSSS (n=85)	Tổng
Tuổi thai (tuần)	35,25 (34;38,7)	39 (37,7; 39,5)	38,7 (36,7; 39,5)
T ⁰ cao nhất của bà mẹ (°C)	37 (37;38)	37 (37;38)	37 (37;38)
Tình trạng GBS			
Dương tính	0	20(20,2)	20(20,2)
Âm tính	0	0	0
Không rõ	14(14,1)	65(65,7)	79(79,8)
Loại kháng sinh và thời gian sử dụng trong sanh			
Kháng sinh phổ rộng > 4 giờ	5(5,1)	17(17,2)	22(22,2)
Kháng sinh phổ rộng 2 - 3.9 giờ	2(2,0)	4(4,0)	6(6,1)
Kháng sinh đặc hiệu GBS > 2giờ	0	14(14,1)	14(14,1)
Không kháng sinh/bất kỳ kháng sinh < 2 giờ	7 (7,1)	50 (50,5)	57(57,6)
Thời gian vỡ ối (giờ)	6,5 (2,3;31,9)	2 (0; 7)	2 (0; 8)
Phân nhóm lâm sàng			
Khoẻ	3(3,0)	61(61,6)	64(64,6)
Nghi ngờ	0	0	0
Bệnh	11(11,1)	24 (24,2)	35(35,4)
Cấy máu âm tính	14(14,1)	85(85,9)	99(100)
Cấy máu dương tính	0	0	0

Khuyến cáo điều trị của công cụ Kaiser

Khuyến cáo điều trị của công cụ ở 2 tỷ lệ hiện mắc khác biệt có ý nghĩa thống kê, đặc biệt là ở nhóm khuyến cáo xét nghiệm và chăm sóc thường qui (p=0,000) (bảng 2).

Bảng 2. Khuyến cáo điều trị của công cụ Kaiser ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 so với 0,5/1.000 trẻ sanh sống thời điểm sau sanh đến 12 giờ tuổi. N=99, số liệu trình bày dưới dạng n (%).

Tỷ lệ	Khuyến cáo của công cụ	Tổng	p
-------	------------------------	------	---

hiện mắc	Kaiser				
	Kháng sinh	Xét nghiệm	Chăm sóc thường quy		
0,5/1.000	37 (37,4)	2 (2,0)	60 (60,6)	99 (100,0)	0,00
16/1.000	42 (42,4)	38 (38,4)	19 (19,2)	99 (100,0)	0

Chi bình phương

Tỷ lệ bỏ sót. Có 2 trường hợp bị bỏ sót khi sử dụng công cụ ở tỷ lệ hiện mắc 0,5/1.000 trẻ sanh sống (bảng 3).

Bảng 3. Khuyến cáo của công cụ Kaiser ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 và 0,5/1.000 trẻ sanh sống dựa trên chẩn đoán sau cùng, n=14, số liệu trình bày dưới dạng n (%)

Tỷ lệ hiện mắc	Khuyến cáo của công cụ Kaiser			Tổng
	Kháng sinh	Xét nghiệm	Chăm sóc thường quy	
0,5/1.000	11 (78,6)	1 (7,1)	2 (14,2)	14 (100)
16/1.000	13 (92,9)	1 (7,1)	0 (0)	14 (100)

IV. BÀN LUẬN

Công cụ Kaiser dựa trên mô hình hồi qui đa biến để tính ra xác suất mắc NKHSS⁴. Tỷ lệ hiện mắc là một trong các biến số của mô hình đa biến sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả tính toán được của công cụ. Dữ liệu về hiệu quả và an toàn của công cụ xoay quanh tỷ lệ hiện mắc 0,1 – 4/1.000 trẻ sanh sống, chưa có bằng chứng áp dụng công cụ ở tỷ lệ > 4/1.000 trẻ sanh sống. Có thể xuất phát từ lo ngại gia tăng kháng sinh quá tay khi áp dụng công cụ ở tỷ lệ hiện mắc cao, ảnh hưởng đến hiệu quả của công cụ. Tuy nhiên, vấn đề mà chúng tôi quan tâm là khi sử dụng tỷ lệ hiện mắc thấp sẽ khuyến cáo kháng sinh ít hơn như vậy sẽ gia tăng khả năng bỏ sót những trẻ cần thiết kháng sinh. Câu hỏi đặt ra là tỷ lệ hiện mắc nào sẽ phù hợp mang lại hiệu quả giảm sử dụng kháng sinh quá tay một cách an toàn?

Chúng tôi đã sử dụng công cụ ở 2 tỷ lệ hiện mắc lần lượt là 0,5/1.000 và 16/1.000 trẻ sanh sống. Chúng tôi ghi nhận được ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 cao hơn gấp 32 lần so với 0,5/1.000 trẻ sanh sống nhưng khuyến cáo kháng sinh ít hơn 5 (5%) trẻ. Sự khác biệt nằm ở nhóm khuyến cáo xét nghiệm hoặc chăm sóc thường quy; ở tỷ lệ hiện mắc 0,5/1.000 trẻ sanh sống công cụ khuyến cáo chăm sóc thường quy cho hơn 50% số trẻ. Trong khi đó, ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 trẻ sanh sống công cụ chỉ khuyến cáo chăm sóc thường quy 19,2% trẻ, còn lại khuyến cáo xét nghiệm (bảng 2). Tuy nhiên, công cụ đã bỏ sót 2

trẻ có khả năng NKHSS (ở 0,5/1.000 trẻ sanh sống) (bảng 3). Hai trẻ bị bỏ sót có đặc điểm: trẻ thứ nhất tuổi thai 38 tuần 4 ngày, T⁰ mẹ 37°C, vỡ ối 4 giờ, GBS không rõ, mẹ không được sử dụng kháng sinh trong sanh; trẻ sanh ra lừ đừ, không dung nạp sữa. Áp dụng công cụ tính xác suất mắc NKHSS là 1,48 (16/1.000 trẻ sanh sống) được khuyến cáo xét nghiệm. Nhưng khi sử dụng tỷ lệ 0,5/1.000 trẻ sanh sống thì công cụ tính được xác suất mắc bệnh là 0,05, khuyến cáo chăm sóc thường quy. Trẻ thứ hai có tuổi thai 34 tuần 1 ngày, T⁰ mẹ 37°C, vỡ ối 36 giờ, GBS không rõ, kháng sinh phổ rộng được sử dụng cho mẹ 2 – 3,9 giờ và trẻ sanh ra không dung nạp sữa, lừ đừ. Xác suất mắc NKHSS tính được là 14,56 (16/1.000 trẻ sanh sống) được khuyến cáo kháng sinh và 0,46 (0,5/1.000 trẻ sanh sống) được khuyến cáo chăm sóc thường quy. Như vậy, ở tỷ lệ hiện mắc 16/1.000 trẻ sanh sống công cụ gia tăng khuyến cáo kháng sinh không đáng kể và quan trọng là công cụ không bỏ sót trẻ nào cần chỉ định kháng sinh.

Kết quả chúng tôi tương tự nghiên cứu của Gianluigi Laccetta và cộng sự³, có 4 trẻ chẩn đoán NKHSS cấy máu âm tính trong số 1.532 trẻ sanh ra sống trong cùng thời gian, tương đương tỷ lệ hiện mắc là 2,3/1.000 trẻ sanh sống. Tác giả sử dụng tỷ lệ hiện mắc thấp nhất trong công cụ Kaiser là 0,1/1.000 để so sánh với tỷ lệ hiện mắc của dân số nghiên cứu (2,3/1.000). Kết quả nghiên cứu cho thấy khuyến cáo kháng sinh thấp hơn ở tỷ lệ 0,1/1.000 với 44 trẻ so với 55 trẻ của tỷ lệ 2/1.000 trẻ sanh sống, đặc biệt kết quả cũng cho thấy sự gia tăng vượt trội của khuyến cáo xét nghiệm khi sử dụng công cụ ở tỷ lệ 2/1.000 là 35 trẻ so với 2 trẻ khi sử dụng ở tỷ lệ 0,1/1.000 trẻ sanh sống. Và 1 trẻ không được khuyến cáo kháng sinh khi sử dụng công cụ ở tỷ lệ 0,1/1.000 đã tiến triển suy hô hấp sau 6 giờ.

Gần đây, một nghiên cứu của Kimpton và cộng sự² với thiết kế tiến cứu tương tự chúng tôi, thực hiện trên 13 đơn vị NICU, có 7 mẫu cấy máu dương tính trong số 8.856 trẻ sanh ra sống trong cùng thời gian (tương đương tỷ lệ hiện mắc là 0,8/1.000 trẻ sanh sống). Tác giả cũng so sánh khuyến cáo của công cụ ở tỷ lệ hiện mắc 0,5/1.000 với tỷ lệ hiện mắc thực tế là 0,8/1.000 trẻ sanh sống. Kết quả ghi nhận, công cụ khuyến cáo kháng sinh tăng từ 55 lên 82 trẻ. Trong 7 trẻ EOS cấy máu dương tính, công cụ khuyến cáo kháng sinh cho 2 trẻ ở tỷ lệ hiện mắc 0,5/1.000. Trong khi đó, ở tỷ lệ hiện mắc 0,8/1.000 công cụ khuyến cáo kháng sinh cho 4 trẻ, 1 trẻ khuyến cáo xét nghiệm, 1 trẻ theo dõi lâm sàng và 1 trẻ chăm sóc thường quy. Tuy nhiên, theo tác giả với

tỷ lệ 0,8/1.000 có khoảng tin cậy rất rộng (KTC 95%: 0,3/1.000 – 1,6/1.000) và tỷ lệ này ước tính trên dân số nghiên cứu thu thập được trong 2 tháng. Vì những hạn chế trên, tỷ lệ hiện mắc này không thể phản ánh chính xác tỷ lệ hiện mắc thực tế của dân số nghiên cứu, không đại diện được cho tỷ lệ hiện mắc của 13 đơn vị nghiên cứu. Giả sử tỷ lệ hiện mắc được sử dụng ở cực trên là 1,6/1.000 trẻ sinh sống, có thể công cụ sẽ khuyến cáo kháng sinh cho 3 trẻ còn lại. Qua đó cho thấy, tỷ lệ hiện mắc EOS khác nhau về mặt địa lý, không chỉ theo quốc gia mà còn giữa các khu vực khác nhau.

Tóm lại, khi sử dụng công cụ ở tỷ lệ hiện mắc thực tế của đơn vị, công cụ vừa mang lại hiệu quả giảm sử dụng kháng sinh quá tay mà vẫn đảm bảo tính an toàn khi sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng tỷ lệ hiện mắc càng cao công cụ Kaiser cũng không làm gia tăng đáng kể tỷ lệ khuyến cáo kháng sinh, công cụ trì hoãn kháng sinh bằng cách thận trọng khuyến cáo xét nghiệm kết hợp theo dõi sát lâm sàng mỗi 4 giờ. Công cụ không an toàn khi bỏ sót những trẻ cần thiết kháng sinh ở tỷ lệ hiện mắc thấp hơn thực tế. Nên việc sử dụng công cụ ở tỷ lệ hiện mắc phù hợp thực tế tại đơn vị là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Achten NB, Klingenberg C, Benitz WE, et al.** Association of use of the neonatal early-onset sepsis calculator with reduction in antibiotic

therapy and safety: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2019;173(11):1032-1040.

- Kimpton JA, Verma A, Thakkar D, Teoh S, Verma A, Piyasena C, Battersby C;** Neonatal Trainee-Led Research and Improvement Projects (NeoTRIPs). Comparison of NICE Guideline CG149 and the Sepsis Risk Calculator for the Management of Early-Onset Sepsis on the Postnatal Ward. *Neonatology*. 2021;118(5):562-568. doi: 10.1159/000518059. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34518475.
- Laccetta G, Ciantelli M, Tuoni C, Sigali E, Miccoli M, Cuttano A.** Early-onset sepsis risk calculator: a review of its effectiveness and comparative study with our evidence-based local guidelines. *Italian Journal of Pediatrics*. 2021;47(1):1-15.
- Puopolo KM, Draper D, Wi S, et al.** Estimating the probability of neonatal early-onset infection on the basis of maternal risk factors. *Pediatrics*. 2011;128(5):e1155-e1163.
- Sands K, Spiller OB, Thomson K, Portal EA, Iregbu KC, Walsh TR.** Early-onset neonatal sepsis in low-and middle-income countries: Current challenges and future opportunities. *Infection and Drug Resistance*. 2022;15:933.
- Singh M, Alsaleem M, Gray CP.** Neonatal Sepsis. [Updated 2022 Sep 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531478/>
- Weston, Emily J. MPH*; Pondo, Tracy MSPH*, et al.** The Burden of Invasive Early-onset Neonatal Sepsis in the United States, 2005–2008. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 30(11):p 937-941, November 2011. | DOI: 10.1097/INF.0b013e318223bad2

ẢNH HƯỞNG CỦA MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHỎE ĐẾN Ý ĐỊNH PHÒNG NGỪA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NHỮNG NGƯỜI CÓ NGUY CƠ MẮC BỆNH TẠI ĐỒNG NAI

Mai Thanh Diễm¹, Đỗ Thị Ngọc Anh¹,
Phạm Gia Bảo¹, Đỗ Thị Thanh Hằng¹

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) là một trong những căn bệnh phổ biến và ảnh hưởng xấu đến sức khỏe con người. Đây là bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng thậm chí dẫn đến tử vong nhưng hoàn toàn có thể phòng ngừa được. Bằng việc sử dụng mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) kết hợp yếu tố kiến thức và thái

độ trong việc hiểu và phòng ngừa bệnh THA, nghiên cứu thực hiện nhằm xác định và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến ý định phòng ngừa bệnh THA của những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh. Bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện trên 700 người dân đang học tập, làm việc và sinh sống tại Đồng Nai; kết quả nghiên cứu cho thấy có 5 yếu tố tác động trực tiếp đến ý định phòng ngừa bệnh THA gồm: gợi ý hành động, thái độ, nhận thức về tính nhạy cảm, nhận thức về lợi ích và nhận thức về rào cản. Trong đó, có 2 yếu tố có tác động mạnh nhất đến ý định là: gợi ý hành động và thái độ. Thông qua kết quả, nghiên cứu đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao ý định phòng ngừa THA trong cộng đồng.

Từ khóa: Mô hình niềm tin sức khỏe, HBM, phòng ngừa, ý định phòng ngừa, tăng huyết áp.

¹Trường Đại học Lạc Hồng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Anh

Email: anhd@lhu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024