

- F, Khan T.** Prevalence and patterns of impacted maxillary canines: a cbct based retrospective study. Pakistan Oral & Dental Journal. 2018; 38(2):211-214. doi:<http://www.podj.com.pk/index.php/podi/article/view/205>
4. **Yassaei, S., Safi, Y., Valian, F., & Mohammadi, A. (2022).** Evaluation of maxillary arch width and palatal volume and depth in patients with maxillary impacted canine by CBCT. Heliyon, 8(10).
 5. **Alfaleh W, Al Thobiani S.** Evaluation of impacted maxillary canine position using panoramic radiography and cone beam computed tomography. The Saudi dental journal. Nov 2021;33(7):738-744. doi:10.1016/j.sdentj.2020.03.014
 6. **Vi Thị Hồng, Trần Cao Bình.** Đặc điểm hình thái răng nanh vĩnh viễn hàm trên ngầm qua phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506(1):229-233.
 7. **Alhammadi MS, Asiri HA, Almashraqi AA.** Incidence, severity and orthodontic treatment difficulty index of impacted canines in Saudi population. Journal of clinical and experimental dentistry. 2018;10(4):e327. doi:10.4317/jced.54385
 8. **Alyami B, Braimah R, Alharieth S.** Prevalence and pattern of impacted canines in Najran, South Western Saudi Arabian population. The Saudi dental journal. 2020;32(6):300-305.
 9. **Saiar, M., Rebellato, J., & Sheats, R. D. (2006).** Palatal displacement of canines and maxillary skeletal width. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 129(4), 511-519.
 10. **Verma P, Dinesh SPS.** Maxillary transverse dimensions in subjects with and without impacted canines in South Indian population: a comparative cone-beam computed tomography study. Orthodontic Waves. 2021;80(1):9-16.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI KHOA NGOẠI TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Cao Minh Tiệp¹, Phạm Văn Huân¹, Bùi Văn Dương²,
Phùng Thế Khang¹, Đoàn Ngọc Giao³

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng có rất nhiều ưu điểm. Tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, chúng tôi triển khai phẫu thuật cho 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng thu được kết quả khả quan. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu và theo dõi dọc; 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** 23 trường hợp cắt đại tràng phải, 1 trường hợp cắt đại tràng phải mở rộng, thực hiện miệng nối bằng stapler; 6 trường hợp cắt đại tràng trái cao; 5 trường hợp cắt đại tràng trái, 15 trường hợp cắt đoạn đại tràng chậu hông, 19 trường hợp cắt đoạn đại trực tràng nối máy miệng nối thấp; 4 trường hợp cắt đoạn trực tràng thực hiện miệng nối đại tràng - ống hậu môn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 190.6 ± 38.5 phút, thời gian nằm viện trung bình là 10.5 ± 3.8 ngày; 1 trường hợp tổn thương niệu quản trái trong mổ; 6 trường hợp có biến chứng sau mổ: 2 nhiễm trùng vết mổ, 1 viêm phúc mạc và 2 rò miệng nối cung lượng thấp. **Kết luận:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng cho 83 trường hợp và ghi nhận nhiều kết quả khả quan. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, ung thư đại trực tràng.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Đại học Y dược Hải Phòng

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep@bvn9@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN GASTROINTESTINAL SURGERY DEPARTMENT, VIET TIEP HOSPITAL

Abstracts: Laparoscopic surgery is wide acceptable technique for treating colorectal cancer. At Viet Tiep hospital, we performed this technique to treat 85 cases of colorectal cancer. **Methods:** descriptive, prospective study; 83 cases of colorectal cancer who underwent laparoscopic surgery between 01/2020 – 06/2023 at Gastrointestinal Surgery Department, Viet Tiep hospital. **Results:** 23 cases of right hemicolectomy, 1 case of extended right hemicolectomy, using stapler reconstruction; 6 cases of left hemicolectomy; 5 cases of left colectomy, 15 cases of sigmoid colectomy; 16 cases who underwent low anterior resection, using circular stapler; 4 cases of undeviated colo-anal, 3 cases of Miles surgery. Time of operation's mean is 190.6 ± 38.5 mins., blood loss is not substantial, there is 1 case with left ureteral injury intraoperative and 9 cases had complications: 6 cases of infected incision; 1 case of peritonitis; 2 cases of mild leakage anatomosis. **Conclusions:** The application of laparoscopic surgery for colorectal cancer treatment for 83 cases and recorded many positive results. The results of this study help us to further improve the surgical procedure and experience. **Key words:** Colorectal cancer, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng đã trở thành phương pháp điều trị chính trong ung thư đại trực tràng. Với sự phát triển

nhanh chóng của kỹ năng của phẫu thuật viên, trang thiết bị, phẫu thuật nội soi dần trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn với ung thư đại trực tràng giai đoạn sớm. Với nhiều ưu điểm như vết mổ nhỏ, ít đau, hồi phục nhanh sau mổ, cùng với những nghiên cứu khẳng định, phẫu thuật nội soi đảm bảo về mặt ung thư học đồng thời tăng thời gian sống thêm.

Với kinh nghiệm phong phú về phẫu thuật ung thư đại trực tràng, khoa Phẫu thuật Tiêu hóa đã triển khai phẫu thuật nội soi điều trị cho những bệnh nhân ung thư đại trực tràng thu được kết quả khả quan. Nghiên cứu này, chúng tôi muốn tổng kết đánh giá lại kết quả phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng từ 01/2020 – 06/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 06/2023, chúng

Bảng 1. Chẩn đoán và phương pháp phẫu thuật

Chẩn đoán	Phương pháp phẫu thuật	n (%)
K đại tràng phải	Cắt đại tràng phải, nối bằng stapler hoặc nối tay	23 (27,7%)
	Cắt đại tràng phải, kèm cắt nhân di gan	1 (1,2%)
K đại tràng góc lách	Cắt đại tràng trái cao, nối stapler hoặc nối tay	6 (7,2%)
K đại tràng xuống	Cắt đại tràng trái nối stapler hoặc nối tay	5 (6%)
K đại tràng sigma	Phẫu thuật nội soi, nối máy hoặc nối tay	15 (18%)
K trực tràng 1/3 trên	Phẫu thuật nội soi, nối máy	9(10,8%)
K trực tràng 1/3 giữa	Phẫu thuật nội soi, nối máy	7 (8,4%)
K trực tràng 1/3 dưới	Phẫu thuật nội soi, nối đại tràng-ống hậu môn	4 (4,8%)
	Phẫu thuật Miles nội soi	3 (3,6%)

Có 23 trường hợp UTĐT phải thực hiện PTNS cắt nửa đại tràng phải, 1 trường hợp UTĐT góc gan, di căn gan hạ phân thủy V được thực hiện PTNS cắt đại tràng phải kèm cắt nhân di căn gan; 6 trường hợp u đại tràng góc lách, tiến hành cắt đại tràng trái cao; 5 trường hợp u đại tràng xuống được thực hiện cắt đại tràng trái, 15 trường hợp UTĐT sigma: 15 trường hợp được PTNS cắt đoạn đại tràng chậu hông nối ngay; 23 trường hợp u trực tràng: trong đó cắt trước thấp được thực hiện ở 16 trường hợp, phẫu thuật nội đại tràng - ống hậu môn ở 4 trường hợp, phẫu thuật Miles được thực hiện ở 3 trường hợp

Về kỹ thuật trong phẫu thuật

Bảng 2. Kỹ thuật trong phẫu thuật nội soi

Kỹ thuật	n (%)	
Phẫu tích tổ chức, vét hạch	Dao điện	83 (100%)
	Dao Ligasure	50 (60.2%)
	Dao siêu âm	33 (39.8%)
Thực hiện miệng nối tiêu hóa	Stapler cong	25 (30.1%)
	Stapler thẳng	32 (38.5%)
	Băng tay	23 (27,7%)
	Không thực miệng nối	3 (3.6%)
Giảm áp cho	Mở thông ruột non	10 (11,8%)

tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 83 trường hợp ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

Sử dụng hệ thống phẫu thuật nội soi Karl Storz; sử dụng máy nối tiêu hóa, stapler nội soi; dao siêu âm, dao Ligasure.

Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang có theo dõi dọc. Đánh giá qua các thông số: tuổi, giới, chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, kết quả sau phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2020 đến tháng 06/2023, chúng tôi triển khai phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng cho 83 trường hợp trong đó 37 nữ và 46 bệnh nhân nam với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là: 56.2 ± 4.5 tuổi.

Về chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật:

miệng nối	Đặt sonde hậu môn	16 (18,8%)
-----------	-------------------	------------

Tất cả các trường hợp đều phẫu tích tổ chức và vét hạch nội soi bằng dao điện (100%) kết hợp với dao siêu âm (18.76%) hoặc dao Ligasure (60,2%).

Chúng tôi thực hiện miệng nối tiêu hóa cho 80/83 trường hợp, trong đó thực hiện miệng nối bằng Stapler cho 32 trường hợp; bằng máy nối tiêu hóa cho 25 trường hợp và thực hiện băng tay cho 23 trường hợp

Chúng tôi cũng tiến hành giảm áp miệng nối bằng cách mở thông hồng tràng cho 10 trường hợp (12%) đây là 10 trường hợp có miệng nối thấp và miệng nối đại tràng - ống hậu môn. Đồng thời đặt sonde hậu môn giảm áp cho tất cả trường hợp có miệng nối thấp

Kết quả sớm của phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 190.6 ± 38.5 phút (ngắn nhất là 130 phút, dài nhất là 260 phút). Không trường hợp nào ghi nhận tai biến trong mổ. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ.

Thời gian có trung tiện trở lại là 2.3 ± 1.7 ngày. Tất cả bệnh nhân đều ăn lỏng trở lại ngày

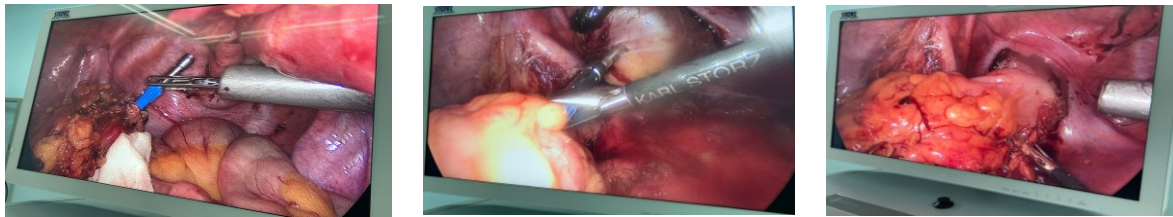
thứ 3 sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 10.5 ± 3.8 ngày.

Có 1 trường hợp khối u đại tràng sigmoid xâm lấn thành bên chậu hông trái, trong quá trình phẫu tích có tổn thương niệu quản trái, được đặt JJ khâu lại niệu quản trái.

Biến chứng sau mổ	n (%)
Nhiễm trùng vết mổ	6 (7,2%)
Viêm phúc mạc	1 (1,2%)
Rò miệng nối	2 (2,4%)
Ap xe tồn dư	0 (0%)

Có 6 trường hợp (7.2%) có biến nhiễm trùng vết mổ vị trí lấy bệnh phẩm; 1 trường hợp biến chứng viêm phúc mạc do bục miệng nối tiêu hóa (miệng nối thấp) phải mổ lại làm hậu môn nhân tạo; 2 trường hợp (2,4%) có rò miệng nối cung lượng thấp, điều trị nội khoa ổn định.

Theo dõi sau phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân làm giải phẫu bệnh sau mổ đều có kết quả là ung thư biểu mô tuyến được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Theo dõi đến thời điểm hiện tại (trung bình 11.3 ± 3.6 tháng) có 1 bệnh nhân tử vong sau mổ 18 tháng do nhồi máu não; các trường hợp còn lại vẫn tái khám định kỳ và chưa phát hiện tái phát hay di căn sau mổ.



Hình 1. Thực hiện miệng nối thấp qua nội soi nhờ máy nối tiêu hóa

- Với u trực tràng 1/3 trên và giữa, cắt đoạn trực tràng mang u nhưng đảm bảo diện cắt dưới u tối thiểu là 2 cm và nối máy với tất cả trường hợp.

- Với u trực tràng thấp: 3 trường hợp có xâm lấn cơ thắt hoặc tổ chức vùng tiểu khung, bắt buộc phải thực hiện phẫu thuật Miles; 4 trường hợp u giai đoạn T3, chúng tôi lựa chọn cắt trực tràng, bảo tồn cơ thắt và nối đại tràng với ống hậu môn với miệng nối tay rất thấp.



Hình 2. Bệnh phẩm thu được khi sử dụng máy nối

Với miệng nối rất thấp, chúng tôi gặp 1 trường hợp xảy ra tai biến xì bục miệng nối ở

IV. BÀN LUẬN

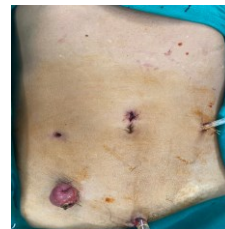
Với sự hỗ trợ của nội soi và hình ảnh học hiện nay, chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn trước mổ của ung thư đại trực tràng tương đối chính xác. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được nội soi đại tràng sinh thiết, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và chụp cộng hưởng từ vùng chậu (với u trực tràng) cùng các xét nghiệm đánh giá di căn xa. Các xét nghiệm trước mổ cho thấy giải phẫu bệnh đều là ung thư biểu mô tuyến, ở giai đoạn T3 và không có di căn xa (M0).

Tùy vị trí của u mà chúng tôi lựa chọn phẫu thuật phù hợp. Điểm chung trong phẫu thuật chúng tôi lựa chọn phẫu thuật cắt đại tràng theo nguyên tắc vét hạch đến D3 và phục hồi lưu thông tiêu hóa. Với u đại tràng phải và trái, chúng tôi chủ trương cắt rộng rãi đảm bảo chắc chắn diện cắt âm tính về mặt ung thư, thực hiện miệng nối bằng stapler.

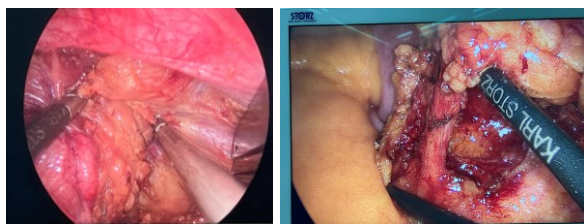
Với u đại tràng sigma, chúng tôi lựa chọn cắt đoạn sigma và thực hiện miệng nối bằng máy cắt tròn (nếu miệng nối đủ thấp) và nối tay (nếu miệng nối cao).

Với u trực tràng, chúng tôi lựa chọn:

ngày thứ 8 dẫn đến viêm phúc mạc và phải mổ lại làm HMNT. Nguyên nhân xảy ra tình trạng này là do áp lực ổ trực tràng quá cao, trong khi miệng nối trực tràng liền kém (do nối thấp trực tràng, ống hậu môn, bệnh nhân suy kiệt, albumin máu thấp). Để hạn chế nguy cơ này, ở 3 trường hợp còn lại, chúng tôi đã tiến hành làm mở thông hồi tràng chủ động để giảm áp cho miệng nối và cả ba trường hợp này diễn biến hậu phẫu ổn định. Chúng tôi tiến hành đóng lại mở thông sau 4 tuần.

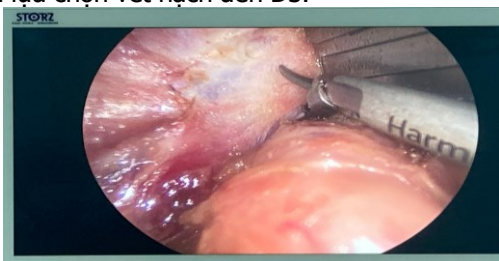


Hình 3. Mở thông hồi tràng chủ động để giảm áp cho miệng nối rất thấp

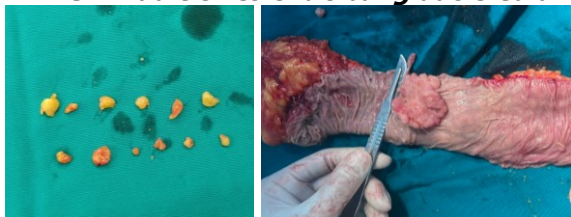


Hình 4. Phẫu tích và vét hạch

Trong phẫu thuật, phương tiện phẫu tích tổ chức chính của chúng tôi là móc điện phối hợp với dao siêu âm hoặc Ligasure. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, dao siêu âm ưu điểm hơn trong việc phẫu tích hạch nhưng Ligasure ưu điểm hơn trong việc phẫu tích mạc treo nhất là với UTCT. Trong nhóm nghiên cứu, tất cả các trường hợp chúng tôi đều lựa chọn vét hạch đến D3.



Hình 5. Phẫu tích tổ chức bằng dao siêu âm



Hình 6. U đại tràng và hạch



Hình 7. Vị trí đặt trocar và lấy bệnh phẩm

Cũng giống như nhiều nghiên cứu đã khẳng định, PNTS ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật mở truyền thống do đường mổ bé, ít đau, phục hồi sau mổ nhanh hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, thời gian đau sau mổ của bệnh nhân trung bình là 3.1 ngày, thời gian phục hồi lưu thông ruột là 2.3 ngày. Trong phẫu thuật nội soi, ngay cả khi lấy bệnh phẩm, chúng tôi cũng cố gắng hạn chế tối đa mở quá rộng và chọn vị trí đâm bảo đảm tính thẩm mỹ của bệnh nhân. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi ghi nhận chỉ có 3 trường hợp. Ngoài ra, kết quả

nghiên cứu cũng cho thấy không ghi nhận tại biến trong mổ, không phải truyền máu trong mổ.



Hình 8. Lấy bệnh phẩm qua đường mở rộng của lỗ trocar rôn, có bọc túi vô khuẩn để tránh lây tế bào ung thư qua vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa của chúng tôi triển khai ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng cho 85 trường hợp và ghi nhận nhiều kết quả khả quan. Kết quả nghiên cứu này giúp chúng tôi hoàn thiện hơn nữa về quy trình và kinh nghiệm phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mạnh An, Bùi Tuấn Anh, Phạm Văn Hội, Lê Mạnh Hòa, Lê Thanh Sơn (2011), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi đại trực tràng tại bệnh viện 103", Tạp chí Y Dược Quân sự, tr.87-90.
2. Nguyễn Minh An (2013), "Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Hoàng Bắc (2003), "Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi", Hội thảo chuyên đề: Bệnh hậu môn - Đại trực tràng, Tp Hồ Chí Minh, tr.229-233.
4. Nguyễn Hoàng Bắc, Ung Văn Việt, Nguyễn Hữu Thịnh (2008), "Xi miêng nối sau phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng do ung thư", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản của số 4, tr.308-313.
5. Adrian Indar, Jonathan Efron (2009), "Laparoscopic surgery for rectal cancer", The Permanente Journal Winter, Volume 13, No. 1, pp. 47-52.
6. Bleday R., Garcia-Aguilar J. (2007), "Surgical Treatment of Rectal Cancer", The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Springer, pp. 413-436.
7. Bretagnol F, Lelong B, Laurent C, Moutardier V, Rullier A, et al (2005), "The oncological safety of laparoscopic total mesorectal excision with sphincter preservation for rectal carcinoma", Surg Endosc, Springer (19), pp.892-896.
8. De la Fuente S. G., Manson R. J., Ludwig K. A. et al (2009), "Neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer reduces lymph node harvest in proctectomy specimens", J Gastrointest Surg, (13), pp.269-274.

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG TUYỂN Y TẾ CƠ SỞ TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Bá Nhật¹, Huỳnh Minh Chính¹,
Lê Nguyễn Đăng Khoa¹, Tạ Văn Trâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Y tế cơ sở không chỉ đơn thuần là lực lượng chăm sóc sức khỏe mà còn là lực lượng chủ lực trong việc giải quyết những vấn đề liên quan đến sức khỏe tại cộng đồng. Vai trò của y tế tuyến cơ sở ngày càng trở nên nổi bật trong bối cảnh hiện nay, nhất là trong việc bảo vệ, chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng chất lượng hoạt động tuyển y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương năm 2024. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả, số liệu thu thập trên tất cả các báo cáo của Trạm y tế, Trung tâm Y tế, Sở Y tế tỉnh Bình Dương năm 2024. **Kết quả:** Về Trung tâm Y tế các huyện, thành phố: điểm trung bình chất lượng bệnh viện đạt 3,1 điểm/4 điểm; sự hài lòng của người dân về dịch vụ y tế đạt 92,5%; sự hài lòng của người bệnh, nhân viên y tế đạt 63,7%. Về Trạm y tế: 100% trạm y tế có điểm trung bình của 10 tiêu chí đạt trên 80%; số lượng trạm y tế đạt chuẩn quốc gia y tế xã đạt 84,6% trạm y tế. **Kết luận:** Tại các Trung tâm Y tế có sự khác biệt về chất lượng, mặc dù tỷ lệ hài lòng cao, nhưng vẫn cần cải thiện nhiều tiêu chí. 100% Trạm y tế đạt mức trên 80% theo bộ tiêu chí, có 84,6% số Trạm y tế đạt chuẩn quốc gia về y tế xã, cần khắc phục một số vấn đề còn tồn tại.

Từ khóa: y tế cơ sở, ngành y tế tỉnh Bình Dương.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF PRIMARY HEALTHCARE QUALITY IN BINH DUONG PROVINCE IN 2024

Background: Primary healthcare serves not only as a healthcare provider but also as a pivotal force in addressing community health issues. Its role has become increasingly significant, particularly in the protection, care, and enhancement of citizens' quality of life. **Objective:** This study aims to evaluate the current status of primary healthcare quality in Binh Duong Province for the year 2024. **Method:** A cross-sectional descriptive study design was utilized, with data collected from reports from health stations, health centers, and the Department of Health of Binh Duong Province for 2024. **Results:** The average quality score for district and city health centers was 3.1 out of 4. The overall public satisfaction with healthcare services reached 92.5%, while patient and

healthcare staff satisfaction was recorded at 63.7%. For health stations, 100% achieved an average score above 80% across 10 criteria, with 77 out of 91 stations meeting national health standards. **Conclusion:** Significant disparities in quality exist among health centers. While satisfaction rates are generally high, there are numerous criteria that require further improvement. All health stations scored above 80% based on the established criteria, with 84.6% meeting national health standards, indicating the need for remedial actions to address ongoing issues. **Keywords:** primary healthcare, Binh Duong healthcare sector.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là các tuyến y tế tại xã đóng vai trò như nền móng vững chắc cho toàn bộ hệ thống y tế quốc gia. Đây là những đơn vị y tế gần gũi nhất với cộng đồng, có khả năng kịp thời phát hiện và ứng phó với các dịch bệnh ngay từ những dấu hiệu ban đầu. Y tế cơ sở không chỉ đơn thuần là lực lượng chăm sóc sức khỏe mà còn là lực lượng chủ lực trong việc giải quyết những vấn đề liên quan đến sức khỏe tại cộng đồng.

Trong những năm qua, hệ thống y tế cơ sở trên toàn tỉnh Bình Dương đã được tổ chức và sắp xếp lại một cách hợp lý, qua đó cơ bản đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của người dân. Các chỉ tiêu y tế được đề ra đã đạt kết quả khả quan, tương đối đúng với kế hoạch và mang lại nhiều lợi ích cho cộng đồng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá thực trạng chất lượng hoạt động tuyển y tế cơ sở tại tỉnh Bình Dương năm 2024 nhằm mục đích phát hiện những vấn đề còn tồn tại và đề xuất các giải pháp cho vấn đề đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Số liệu thu thập trên tất cả các báo cáo về đánh giá chất lượng hoạt động của Trạm Y tế, Trung tâm Y tế, Sở Y tế tỉnh Bình Dương năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Cách thực hiện: Nghiên cứu viên sẽ thực hiện lấy số liệu trên tất cả các báo cáo về đánh giá chất lượng hoạt động của Trạm Y tế, Trung tâm Y tế, Sở Y tế tỉnh Bình Dương năm 2024

Phương tiện nghiên cứu: Bộ thu thập số liệu, bộ câu hỏi hướng dẫn phỏng vấn sâu, báo cáo

¹Sở Y tế tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Nhật

Email: ken.nguyen24041990@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024