

- number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *European Heart Journal***34**, 2746–2751.
3. **Bouzas-Mosquera, A. et al (2011)**. Left atrial size and risk for all-cause mortality and ischemic stroke. *CMAJ***183**, E657–E664 .
  4. **Rodevan, O. et al (1999)**. Left atrial volumes assessed by three- and two-dimensional echocardiography compared to MRI estimates. *Int J Card Imaging***15**, 397–410.
  5. **Hindricks, G. et al.** 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal***42**, 373–498.
  6. **Đỗ Ngọc Bích & Nguyễn Thị Thu Hoài (2020)**. Khảo sát kích thước và chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân rung nhĩ cơn trên siêu âm tim 2D và 3D. Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam**23**, 87-94 .
  7. **Lang, R. M. et al (2015)**. Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging***16**, 233–271.
  8. **Pawar, S.** The study of the relationship between left atrial (LA) volume and LV diastolic dysfunction and LV hypertrophy: Correlation of LA volume with cardiovascular risk factors (2020). *Journal of Women's Health and Reproductive* 1.
  9. **Zemrak, F. et al (2017)**. Left Atrial Structure in Relationship to Age, Sex, Ethnicity, and Cardiovascular Risk Factors. *Circulation: Cardiovascular Imaging*.

## MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ THỰC TRẠNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI KHIẾM THỊ TẠI HÀ NỘI NĂM 2020

Bùi Thanh Sáng\*, Hồ Thị Kim Thanh\*

### IMPAIRED PEOPLE IN HANOI IN 2020

The disease model and reality of healthcare access of the visually impaired make an important contribution to building a comprehensive healthcare plan, helping to deepen and focus on disease prevention and healthcare quality improvement. A descriptive cross-sectional study was conducted to describe the disease model and the reality of healthcare access for the visually impaired in Hanoi in 2020. 147 visually impaired people were participating in this study. The data was collected by screening, interview questions, and laboratory tests. Research results show that the average age of visually impaired people is 47,7 ± 15,8. The rate of visually impaired people experiencing health problems is relatively high. Regarding physical health, 90,5% of visually impaired people have at least one oral disease, 51,7 % of them are overweight. Through screening using the DASS21 scale, the rates of anxiety, stress and depression at mild or higher levels were 24.5%, 14.3% and 11.6%, respectively. When people with disabilities came to the district hospital for medical examination, the highest rate was 42.9%. The results show the visually impaired people in Hanoi have a relatively high level of health problems, which poses a practical requirement to pay more attention to health care for them.

**Keywords:** Disease model, access, medical examination and treatment services, blind people, visually impaired people, healthcare access, healthcare

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là tài sản của mỗi quốc gia, mỗi dân tộc trên thế giới. Sức khỏe con người là nhân tố cơ bản quyết định sự phát triển và tồn vong của xã hội [1].

Mô hình bệnh tật của mỗi một quốc gia, một

### TÓM TẮT

Mô hình bệnh tật và thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh góp phần quan trọng trong xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người khiếm thị một cách toàn diện, giúp công tác phòng chống bệnh tật có chiều sâu và có trọng điểm, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả mô hình bệnh tật và thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khiếm thị tại Hà Nội năm 2020. Có 147 người khiếm thị tham gia vào nghiên cứu. Thông tin được thu thập bằng khám sàng lọc, bộ câu hỏi phỏng vấn và xét nghiệm cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của NKT là 47,7 ± 15,8. Tỷ lệ NKT gặp phải các vấn đề sức khỏe là tương đối cao. Về sức khỏe thể chất có 90,5% NKT mắc ít nhất một vấn đề răng miệng, 51,7% NKT có thừa cân. Qua sàng lọc bằng thang điểm DASS21 tỷ lệ lo âu, stress và trầm cảm mức độ nhẹ trở lên lần lượt là 24,5%, 14,3% và 11,6%. Khi bị bệnh NKT đến khám bệnh tại bệnh viện quận chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%. Kết quả cho thấy người khiếm thị tại Hà Nội gặp các vấn đề sức khỏe là tương đối cao, điều này đặt ra yêu cầu thực tiễn cần quan tâm nhiều hơn đến công cuộc chăm sóc sức khỏe cho người khiếm thị.

**Từ khóa:** Mô hình bệnh tật, tiếp cận, dịch vụ khám chữa bệnh, người khiếm thị

### SUMMARY

#### THE DISEASE MODEL AND REALITY OF HEALTHCARE ACCESS OF VISUALLY

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Sáng

Email: buithanhsangls95@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021

cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Việc xác định được mô hình bệnh tật là rất quan trọng, cần thiết, giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh tật có chiều sâu và có trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Hiện nay mô hình bệnh tật đã được các nước trên thế giới và cả Việt Nam quan tâm đúng mực, tuy nhiên những nghiên cứu về mô hình bệnh tật trên những đối tượng đặc biệt nói chung và đối tượng người khiếm thị nói riêng còn ít.

Bên cạnh đó thực hiện mục tiêu trong tiếp cận các dịch vụ y tế là ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc sức khỏe và công bằng xã hội. Người khuyết tật nói chung và người khiếm thị nói riêng đang bị hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh, làm ảnh hưởng đến sức khỏe và đời sống đồng thời cũng làm gia tăng bất bình đẳng trong xã hội.

Việt Nam có khoảng hơn 1 triệu người khiếm thị chiếm khoảng hơn 1% dân số nước ta [2]. Trong những năm qua, đã có nhiều chính sách, luật pháp ban hành để bảo đảm quyền lợi cho người khiếm thị. Đồng thời, chăm sóc sức khỏe cho người khiếm thị cũng là mối quan tâm hàng đầu của các tổ chức thiện nguyện, các cá nhân với mong muốn đem lại cho họ cơ hội được chăm sóc sức khỏe. Nhưng vì chưa có những thông tin về bệnh tật, nhu cầu cũng như những khó khăn trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khiếm thị mà các chương trình thiện nguyện chưa đạt được kết quả cao và nhiều người khiếm thị chưa tiếp cận được với dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi họ có nhu cầu. Nếu có sức khỏe tốt nhiều người khiếm thị sẽ được sống hòa nhập, độc lập trong sinh hoạt, hơn thế nữa là được học nghề, làm việc tự nuôi sống bản thân, lập gia đình và có cuộc sống hạnh phúc.

Việc chăm sóc sức khỏe cho người khiếm thị ở cộng đồng là việc làm cần thiết và cấp bách. Việc giúp người khiếm thị được chăm sóc sức khỏe toàn diện, có sức khỏe tốt, phù hợp với đường lối chính sách của nhà nước mà cũng là đi đúng với xu hướng chung của quốc tế trong lĩnh vực bảo vệ, và chăm sóc sức khỏe của nhân dân, đem lại sự công bằng xã hội. Xuất phát từ nhu cầu thực tế của người khiếm thị và những lợi ích của nghiên cứu mang lại chúng tôi đã lựa chọn đề tài nghiên cứu: "Mô hình bệnh tật và thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khiếm thị tại Hà Nội năm 2020"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người khiếm thị là Hội viên của Hội người mù thành phố Hà Nội năm 2020

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại một số Hội người mù các quận thuộc Hội người mù Thành phố Hà Nội: Hội người mù quận Đống Đa, Hội người mù quận Thanh Xuân, Hội người mù quận Hoàng Mai và Hội người mù quận Hai Bà Trưng

- Thời gian nghiên cứu: số liệu nguyên cứu được thu thập trong tháng 3/2021.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện quan đến kinh phí lập hồ sơ quản lý sức khỏe, và nguồn tài trợ để làm các xét nghiệm tầm soát một số bệnh trên đối tượng nghiên cứu. Để đảm bảo tính khả thi cho nghiên cứu nhóm nghiên cứu dự kiến sẽ thực hiện trên khoảng 200 người khiếm thị. Thực tế đã có 147 người khiếm thị tham gia vào nghiên cứu.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thông tin được thu thập thông qua buổi tổ chức khám sức khỏe tầm soát tập trung tại Trung tâm Đào tạo và chăm sóc sức khỏe cộng đồng – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Các đối tượng nghiên cứu được qua các bàn tiếp đón đo dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc, bàn phỏng vấn khai thác thông tin, bàn khám lâm sàng, bàn lấy máu làm xét nghiệm

Bàn tiếp đón đo dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc gồm: Huyết áp, mạch, chiều cao, cân nặng được thực hiện bởi nhân viên y tế của Bệnh viện và sự hỗ trợ của các tình nguyện viên

Bàn phỏng vấn khai thác thông tin: Tình nguyện viên khai thác thông tin chung của ĐTN, thông tin tiền sử và các yếu tố liên quan đến sức khỏe, phiếu theo dõi tiêu chuẩn, phiếu nhu cầu và khó khăn trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Bàn khám lâm sàng: Các bác sĩ nội trú chuyên ngành YHGD năm 2 và năm 3 khám và đánh tổng quát, bác sĩ chuyên khoa Tai mũi họng, bác sĩ chuyên khoa Răng hàm mặt, bác sĩ chuyên khoa Mắt đánh giá các bệnh thuộc chuyên khoa.

Bàn lấy máu xét nghiệm, làm điện tâm đồ và siêu âm ổ bụng: Được thực hiện bởi các nhân viên y tế của Bệnh viện Đại học y Hà Nội

**Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Các bệnh án nghiên cứu thu về được kiểm tra lại

để bổ sung thông tin nếu thiếu trước khi nhập vào máy tính trên phần mềm EpiData 3.1. Sau đó, toàn bộ số liệu được chuyển sang phần mềm SPSS 20 để kiểm tra, làm sạch trước khi tiến hành phân tích theo hướng dẫn.

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20  
 Thống kê mô tả: điểm trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, tần suất, tỷ lệ %, giá trị và khoảng tin cậy 95% (CI 95%).

Thông kê phân tích: sử dụng T- test và test khi bình phương để phân tích số liệu.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện. Chỉ những người đồng ý tham gia nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu.

Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào và từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử.

Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ học viên được tiếp cận với các thông tin phục vụ cho nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng vô danh.

Chi phí xét nghiệm của những người tham gia nghiên cứu sẽ được chi trả bởi các mạnh thường quân, ĐTNCS không phải trả thêm khoản tiền nào.

Lợi ích của kết quả của nghiên cứu được sử dụng cho chính đối tượng nghiên cứu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

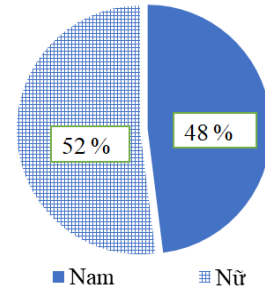
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	55	37,4
	40 - 60	58	39,5
	>60	34	23,1
Nghề nghiệp	Bán vé số	0	0
	Nghề xoa bóp bấm huyệt	48	32,7
	Không có nghề nghiệp	61	41,5
	Có nghề khác	38	25,9
Tình trạng hôn nhân	Sống một mình	10	6,8
	Sống cùng vợ/chồng	43	29,3
	Sống cùng gia đình (bố, mẹ..)	94	63,9
Bảo hiểm y tế	Có	147	100
	Không	0	0
<b>Tuổi trung bình (± SD) năm</b>		<b>47,7 ± 15,8</b>	

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của NKT tham gia nghiên cứu là 47.7 ± 15.8, người trẻ nhất 10 tuổi và người cao tuổi nhất 84 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 18 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,5%.

Trong số 147 NKT có 49 người (33,3%) không có việc làm, 46 người (31,3%) làm nghề xoa bóp, và 52 người (35,4%) có nghề khác như: hát văn công theo đoàn, làm sản phẩm thủ công, bán nước.

NKT đang sống cùng gia đình là 94 người chiếm tỉ lệ 63,9%. Nhóm đang sống cùng vợ/chồng và sống một mình chiếm tỉ lệ lần lượt là 29,3% và 6,8%

Về trình độ học vấn chiếm tỉ lệ lớn nhất là nhóm dưới THPT gồm 65 người chiếm tỉ lệ 44,2%. Nhóm hoàn thành THPT và hoàn thành ĐH/CD chiếm tỉ lệ lần lượt là 28,6% và 21,8%. Trong đó tỉ lệ không đi học là 4,1%. Tỉ lệ sau đại học chiếm 1,3%. NKT có bảo hiểm y tế là 141 người chiếm tỉ lệ 95,9%



**Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu theo giới**

**Nhận xét:** Số lượng NKT nam và nữ tham gia nghiên cứu là tương đương nhau

**3.2. Mô hình bệnh tật và thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khiếm thị**

**Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh răng miệng**

Loại bệnh răng miệng		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Sâu răng	Có	56	38,1
	Không	91	61,9
	Tổng	147	100
Cao răng	Có	56	38,1
	Không	91	61,9
	Tổng	147	100
Viêm lợi	Có	107	72,8
	Không	40	27,2
	Tổng	107	100
Mất răng		26	17,7
Khám răng bình thường		14	9,5

**Nhận xét:** Trong 147 NKT tham gia nghiên cứu có 107 người bị viêm lợi chiếm tỉ lệ 72,8%. Số người bị sâu răng và cao răng đều là 56

người chiếm tỉ lệ 38,1%. Có 26(17,7%) NKT bị mất ít nhất một răng. Số NKT khám răng bình thường là 14 (9,5%)

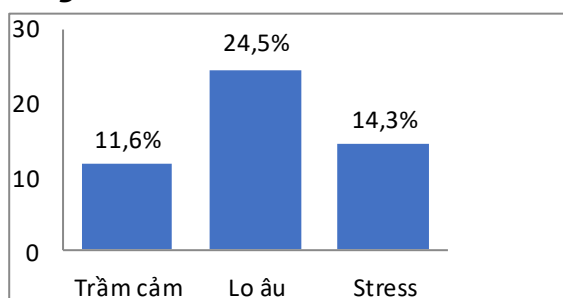
**Bảng 3.3 Tỉ lệ thừa cân**

BMI	Số người (n)	Tỉ lệ (%)
< 18,5	9	6,1
18,5 -22,9	62	42,2
≥23	76	51,7
23,0 – 24,9	41	27,9
25,0 – 29,9	33	22,4
≥30	2	1,4
BMI trung bình ( $\pm$ SD): 22,8 $\pm$ 3,0		

**Nhận xét:** BMI trung bình của NKT tham gia nghiên cứu là 22,8  $\pm$  3,0. Phân nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỉ lệ 51,7% trong số đó có 41 người 27,9 (%) tiền béo phì, tỉ lệ béo phì độ I và độ II chiếm tỉ lệ lần lượt là 22,4% và 1,4%.

Có 6,1% người NKT có suy dinh dưỡng.

**Bảng 3.4. Tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress từ mức độ nhẹ trở lên qua sàng lọc bằng thang điểm DASS21**



**Nhận xét:** Trong các rối loạn về cảm xúc rối loạn lo âu chiếm tỉ lệ cao nhất 24,5% NKT tham gia nghiên cứu có lo âu từ mức độ nhẹ trở lên khi sàng lọc bằng thang điểm DASS21. Tỉ lệ stress và trầm cảm từ mức độ nhẹ trở lên lần lượt là 14,3% và 11,6%.

**Bảng 3.5. Tỉ lệ người khiếm thị khám bệnh tại các tuyến y tế**

Nơi thường KCB	n	Tỉ lệ (%)
Tự chữa bệnh nếu cảm thấy bệnh nhẹ	24	16,3
Trạm y tế	11	7,5
Bệnh viện quận	63	42,9
Bệnh viện tuyến cao hơn	47	32,0
Phòng khám tư nhân	9	6,1

**Nhận xét:** Khi bị bệnh NKT đến khám bệnh tại bệnh viện quận chiếm tỉ lệ cao nhất 42,9%, tiếp theo là bệnh viện tuyến cao hơn 32,0%. Có 16,3% số người khiếm thị sẽ tự chữa bệnh nếu cảm thấy bệnh nhẹ. Tỉ lệ NKT đến khám tại trạm y tế và phòng khám tư nhân lần lượt là 7,5% và 6,1%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Độ tuổi trung bình của NKT tham gia nghiên cứu là 47.7  $\pm$  15.8, người trẻ nhất 10 tuổi và người cao tuổi nhất 84 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 18 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,5%.

Trong số 147 NKT có 49 người (33,3%) không có việc làm, 46 người (31,3%) làm nghề xoa bóp, và 52 người (35,4%) có nghề khác như: hát văn công theo đoàn, làm sản phẩm thủ công, bán nước. Tỉ lệ không có việc làm, của NKT tham gia nghiên cứu cao hơn hẳn so với quần thể người trưởng thành bình thường theo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 của Tổng cục thống kê tỉ lệ thất nghiệp chung ở người trưởng thành là 2,05%. [3]

NKT đang sống cùng gia đình là 94 người chiếm tỉ lệ 63,9%. Nhóm đang sống cùng vợ/chồng và sống một mình chiếm tỉ lệ lần lượt là 29,3% và 6,8%. Tỉ lệ đang sống cùng vợ/chồng của NKT tham gia nghiên cứu thấp hơn hẳn so với người trưởng thành theo báo cáo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 của Tổng cục thống kê là 69,2% [3].

Về trình độ học vấn chiếm tỉ lệ lớn nhất là nhóm dưới THPT gồm 65 đối tượng chiếm tỉ lệ 44,2%. Nhóm hoàn thành THPT và hoàn thành ĐH/CD chiếm tỉ lệ lần lượt là 28,6% và 21,8%. Trong đó tỉ lệ không đi học là 4,1%. Tỉ lệ sau đại học chiếm 1,3%. So với người khuyết tật khác và quần thể người không khuyết tật trình độ học vấn của NKT thấp hơn ở tất cả các bậc học [2]. Điều này có thể được giải thích rằng nhóm đối tượng nghiên cứu của đề tài là NKT trưởng thành mất đi thị giác là một cơ quan thu nhận thông tin chính của quá trình học tập sẽ ảnh hưởng đến trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu.

NKT có bảo hiểm y tế là 141 người chiếm tỉ lệ 95,9%. Tỉ lệ người khiếm thị có bảo hiểm y tế cao hơn so với người khuyết tật nói chung năm 2016 là 90,1% [2], tỉ lệ NKT có bảo hiểm y tế cao hơn so với tỉ lệ bao phủ BHYT của dân số cả nước là 90,85% [4], và cao hơn tỉ lệ bao phủ BHYT của toàn thành phố Hà Nội tính đến T3/2021 là 90,2% [5]

**4.2. Mô hình bệnh tật và thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khiếm thị.** Kết quả nghiên cứu cho thấy NKT có 90,5% NKT tham gia nghiên cứu có ít nhất một vấn đề về sức khỏe răng miệng như sâu răng, viêm lợi, cao răng hoặc bất thường khác (mất răng, vỡ răng, răng giả). Có 107 người bị viêm lợi chiếm tỉ lệ 72,8%. Số người bị sâu răng và

cao răng đều là 56 người chiếm tỉ lệ 38,1%. Có 26 (17,7%) NKT bị mất ít nhất một răng. Số NKT khám răng bình thường là 14 (9,5%). Chỉ có 9,5% tham gia nghiên cứu hoàn toàn không có vấn đề về răng miệng. Tỉ lệ bệnh viêm lợi ở NKT cao hơn so với quần thể người có thị lực tốt. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này là do tài liệu và phương pháp hướng dẫn chăm sóc răng miệng của người khiếm thị còn rất ít, không thể phát hiện kịp thời các vấn đề răng miệng qua quan sát dẫn đến các bệnh lý răng miệng thường ở mức trầm trọng hơn. Về bệnh sâu răng tỉ lệ sâu răng ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỉ lệ sâu răng trên học sinh khiếm thị lứa tuổi từ 6 đến 19 trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Diệp năm 2014 là 72% và so với báo cáo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc trên người bình thường nhóm tuổi 18 đến 34 của Trần Văn Trường và cộng sự là 75,2% [6]. Điều này có thể giải thích rằng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là NKT trưởng thành nên thói quen và sở thích ăn đồ ngọt thường ít hơn các học sinh. Do điều kiện kinh tế nên NKT thường không ăn đồ ăn vặt, hiếm khi sử dụng đồ ăn ngọt giữa các bữa ăn cũng có thể là một yếu tố giúp giải thích tỉ lệ sâu răng của NKT thấp hơn trên người trưởng thành bình thường.

BMI trung bình của NKT tham gia nghiên cứu là  $22,8 \pm 3,0$ . Phân nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỉ lệ 51,7% trong số đó có 41 người 27,9 (%) tiền béo phì, tỉ lệ béo phì độ I và độ II chiếm tỉ lệ lần lượt là 22,4% và 1,4%. Có 6,8% người NKT có suy dinh dưỡng. Tỉ lệ thừa cân của NKT cao hơn nhiều so với kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi của Viện dinh dưỡng quốc gia năm 2010 là 16,3% [7]. Nguyên nhân của thừa cân ở người khiếm thị chủ yếu do hạn chế các hoạt động thể lực, tập luyện thể dục thể thao và các hoạt động tập luyện thể dục thể thao thường không hiệu quả

Sàng lọc bằng thang điểm DASS21 tỉ lệ trầm cảm, stress, lo âu mức độ nhẹ trở lên ở NKT lần là 11,6%, 14,3%, và 24,5%. So với nghiên cứu trên đối tượng học sinh và đối tượng sinh viên thì tỉ lệ này thấp hơn nhiều [8],[9]. Nguyên nhân có thể giải thích cho kết quả này là do NKT ở Hà Nội được chăm sóc tốt về mặt sức khỏe tinh thần bằng sự quan tâm của đảng, nhà nước, chính quyền và các hội nhóm thiện nguyện. Có nhiều hoạt động dành cho người khiếm thị được thành hội và các quận hội tổ như giao lưu văn nghệ, hội thi kể chuyện, tổ chức các lớp học văn hóa, ngoại ngữ... cũng là những yếu tố làm cho tỉ lệ

mắc các bệnh tâm thần liên quan để stress thấp ở NKT tham gia nghiên cứu.

Khi bị bệnh NKT đến khám bệnh tại bệnh viện quận chiếm tỉ lệ cao nhất 42,9%, tiếp theo là bệnh viện tuyến cao hơn 32,0% tỉ lệ này thấp hơn so với một nghiên cứu được thực hiện trên người dân tại một số phường thuộc quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2015 người dân chọn đến khám bệnh tại các bệnh viện tuyến thành phố và tuyến trung ương là 70%. Có 16,3% số người khiếm thị sẽ tự chữa bệnh nếu cảm thấy bệnh nhẹ. Tỉ lệ NKT đến khám tại trạm y tế và phòng khám tư nhân lần lượt là 7,5% và 6,1%. Hạn chế về đi lại và khó khăn về tinh tế có thể là nguyên nhân dẫn đến thực trạng này.

## V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của NKT tham gia nghiên cứu này là  $47.7 \pm 15.8$ , trong đó nhóm tuổi từ 18 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,5%.

- NKT gặp các vấn đề thể chất hơn người có thị lực tốt trong đó tỉ lệ NKT gặp các vấn đề về bệnh răng miệng như viêm lợi 72,8% và thừa cân, béo phì là 51,7%.

- NKT có xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh theo bảo hiểm

- Khuyến nghị nên tiếp tục phát huy, tổ chức các hoạt động tinh thần cho người khiếm thị. Về sức khỏe thể chất cần nhiều sự quan tâm hơn và đầu tư đúng mực về tuyên truyền giáo dục sức khỏe răng miệng, về tập thể dục dự phòng thừa cân béo phì. Biên soạn tài liệu về chăm sóc sức khỏe, dự phòng bệnh tật và nâng cao sức khỏe bằng chữ nổi, sách nói phù hợp để NKT có thể tiếp cận được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Constitution of the World Health Organization.** WHO | Regional Office for Africa, <<https://www.afro.who.int/>>, 11/07/2020.
2. **Điều tra Quốc gia Người khuyết tật 2016,** Tổng cục Thống kê (2016)
3. **Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019** Tổng cục thống kê. General Statistics Office of Vietnam, <<https://www.gso.gov.vn/>>, 23/10/2021.
4. **Bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân năm 2020.** <<https://moh.gov.vn/>>, 23/10/2021.
5. **Bao phủ BHYT thành phố HN T3/2021.** <<https://soyte.hanoi.gov.vn/>>, 23/10/2021.
6. **Phạm Thị Diệp,** Khảo sát tình trạng bệnh sâu răng, viêm lợi và nhu cầu điều trị của học sinh khiếm thị trường Nguyễn Đình Chiểu, Hà Nội năm 2013. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa 2013.
7. **Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi.** <<http://viendinhduong.vn/>>, 26/10/2021.
8. **Thực trạng stress, trầm cảm,** lo âu và các yếu tố liên quan của sinh viên cử nhân trường Đại học

Y tế Công cộng năm 2017-Khảo sát bằng bộ công cụ DASS 21. <https://tapchihoduphong/>, 24/10/2021.

### 9. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và hành vi, nhu cầu tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý học sinh

lớp 12 trường trung học phổ thông Lê Quý Đôn, tỉnh Khánh Hòa, năm 2018. <http://www.tapchihocduduphong.vn/>, 24/10/2021.

## NỒNG ĐỘ CRP, ALBUMIN VÀ GLOBULIN HUYẾT THANH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ BỆNH VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG

Nguyễn Thị Tài Linh<sup>1</sup>, Đặng Văn Em<sup>2</sup>, Vũ Thái Hà<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ CRP, albumin, globulin huyết thanh của bệnh nhân vảy nến thông thường (VNTT) và mối liên quan với mức độ bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang; gồm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu 55 bệnh nhân nhóm VNTT; 55 người khỏe mạnh ở nhóm đối chứng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu tăng nồng độ CRP huyết thanh và tỷ lệ CRP/Albumin huyết thanh tăng cao hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,001$ ) và có liên quan thuận với mức độ bệnh. Ngược lại, nồng độ albumin huyết thanh nhóm nghiên cứu ( $39,41 \pm 3,74$ g/l) giảm so với nhóm đối chứng ( $42,21 \pm 2,46$  g/l) với  $p < 0,001$  và có mối liên quan nghịch với mức độ bệnh. Nồng độ globulin huyết thanh giữa nhóm VNTT ( $30,09 \pm 3,19$ g/l) và nhóm đối chứng ( $29,11 \pm 3,16$ g/l) là tương đương nhau ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Có sự tăng nồng độ CRP và tỷ lệ CRP/Albumin huyết thanh, giảm nồng độ albumin huyết thanh bệnh nhân VNTT và sự thay đổi có liên quan với mức độ bệnh.

**Từ khóa:** nồng độ CRP, tỷ lệ CRP/Albumin huyết thanh, nồng độ albumin, nồng độ globulin, bệnh vảy nến thông thường.

### SUMMARY

#### LEVELS OF SERUM CRP, ALBUMIN, GLOBULIN IN PSORIASIS ULGARIS AND RELATIONSHIP DEGREE OF THE DISEASE

**Objective:** to determine levels of CRP, albumin, and globulin serum levels of patients with psoriasis vulgaris and their relationship degree of the disease. **Method:** cross sectional description; including 2 groups: Study group 55 patients with psoriasis vulgaris; 55 healthy people in the control group at the National Hospital of Dermatology. **Results:** The study group increased CRP concentration in serum and the CRP/Albumin ratio was higher than the control group ( $p < 0.001$ ) and was related to degree of the disease. In contrast, the serum albumin concentration of the study group ( $39.41 \pm 3.74$  g/l) decreased compared to

the control group ( $42.21 \pm 2.46$  g/l) with  $p < 0,001$  and had a inversely related with degree of the disease. Serum globulin concentrations between study group ( $30.09 \pm 3.19$ g/l) and control group ( $29.11 \pm 3.16$  g/l) were similar ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** There was an increase in CRP level, CRP/Albumin ratio, decreased in serum albumin concentration in patients with psoriasis vulgaris and the change is related to degree of disease.

**Keywords:** CRP concentration, serum CRP/Albumin ratio, albumin concentration, globulin concentration, psoriasis vulgaris.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là bệnh viêm mạn tính, gặp ở 1-3% dân số trên thế giới. Bệnh vảy nến thông thường (VNTT) chiếm khoảng 80-85% tổng số bệnh vảy nến.

CRP là một loại protein được sản xuất chủ yếu tại gan. Các nhà khoa học thấy rằng loại protein này tăng lên khi cơ thể xuất hiện tình trạng viêm, có thể gây do vi khuẩn, virus, các bệnh lý tự miễn, ung thư... TNF- $\alpha$  kích thích sản xuất IL-6, từ đó kích thích gan sản xuất CRP[2]. Trong bệnh VNTT có sự gia tăng TNF- $\alpha$  và IL-6[3]. Ngoài ra, các nhà khoa học cũng phát hiện có sự tăng tính thấm thành mạch ở các mạch máu tại vùng da có thương tổn vảy nến, từ đó làm tăng sự thoát mạch của albumin ra ngoài tổ chức da[3]. Nồng độ globulin tăng trong các bệnh lý có tình trạng viêm, kể cả bệnh vảy nến [5]. Để đánh giá sự thay đổi CRP, albumin, CRP/albumin và globulin huyết thanh trong vệnh VNTT, chúng tôi nghiên cứu nhằm mục tiêu: Xác định nồng độ CRP, albumin, globulin huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến thông thường và mối liên quan với mức độ bệnh.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** gồm 55 bệnh nhân VNTT và 55 người nhóm đối chứng.

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** thuận tiện

- Định lượng nồng độ CRP, albumin và globuline được tiến hành trên máy chuyên dụng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình,

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương quân đội 108,

<sup>3</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tài Linh

Email: tailinh.nd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021