

đánh giá sau 12 tháng cho thấy nhóm bệnh nhân thiếu hụt hormon hoàn toàn có tốc độ tăng chiều cao và tăng SDS chiều cao tốt hơn so với nhóm thiếu hụt 1 phần (tăng chiều cao: $10,1 \pm 2,8$ cm với $8,4 \pm 1,9$ cm, $p < 0,001$; tốc độ tăng trưởng chiều cao theo SD: $0,97 \pm 0,65$ SD và $0,62 \pm 0,42$ SD, $p = 0,001$) [8].

V. KẾT LUẬN

Tuổi bắt đầu điều trị, tuổi xương thời điểm bắt đầu điều trị và nồng độ GH đỉnh trong test kích thích có liên quan tới kết quả điều trị. Điều trị càng sớm, tuổi xương thời điểm bắt đầu điều trị và nồng độ GH đỉnh càng thấp, tốc độ tăng trưởng chiều cao trong năm đầu càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dattani M. and Preece M. (2004). Growth hormone deficiency and related disorders: insights into causation, diagnosis, and treatment. *Lancet Lond Engl*, 363(9425), 1977–1987.
2. Takeda A., Cooper K., Bird A. et al. (2010). Recombinant human growth hormone for the treatment of growth disorders in children: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess Winch Engl*, 14(42), 1–209, iii–iv.
3. Gharib H., Cook D.M., Saenger P.H., et al. (2003). American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for growth hormone use in adults and

- children--2003 update. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*, 9(1), 64–76.
4. Grimberg A., DiVall S.A., Polychronakos C, et al. (2016). Guidelines for Growth Hormone and Insulin-Like Growth Factor-I Treatment in Children and Adolescents: Growth Hormone Deficiency, Idiopathic Short Stature, and Primary Insulin-Like Growth Factor-I Deficiency. *Horm Res Paediatr*, 86(6), 361–397.
 5. Polak M., Blair J., Kotnik P, et al. (2017). Early growth hormone treatment start in childhood growth hormone deficiency improves near adult height: analysis from NordiNet® International Outcome Study. *Eur J Endocrinol*, 177(5), 421–429.
 6. Kang M.J., Kim E.Y., Shim Y.S., et al. (2019). Factors affecting bone age maturation during 3 years of growth hormone treatment in patients with idiopathic growth hormone deficiency and idiopathic short stature: Analysis of data from the LG growth study. *Medicine (Baltimore)*, 98(14), 962–972.
 7. Kaplan S.L., Abrams C.A., Bell J.J, et al. (1968). Growth and growth hormone. I. Changes in serum level of growth hormone following hypoglycemia in 134 children with growth retardation. *Pediatr Res*, 2(1), 43–63.
 8. Straetmans S., Thomas M., Craen M, et al. (2018). Poor growth response during the first year of growth hormone treatment in short prepubertal children with growth hormone deficiency and born small for gestational age: a comparison of different criteria. *Int J Pediatr Endocrinol*, 2018, 9 – 17.

HIỆU QUẢ ÁP DỤNG THỬ NGHIỆM BỘ CÔNG CỤ GIÁM SÁT CHỦ ĐỘNG CHẤT THẢI Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÚC YÊN VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THANH HÓA NĂM 2017

Đàm Thương Thương¹, Nguyễn Thanh Hà², Trần Văn Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá được hiệu quả áp dụng bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế đối với công tác phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải rắn tại BVĐK khu vực Phúc Yên và BVĐK tỉnh Thanh Hóa, năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau không có nhóm đối chứng, tại 33 khoa của 2 bệnh viện nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ đạt các tiêu chí đánh giá về dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế, phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải y tế theo từng ngày đều tăng với đa số các tiêu

chỉ đạt trên 90% sau 4 tuần thử nghiệm. **Kết luận:** Bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế có hiệu quả trong công tác phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải y tế tại hai bệnh viện được thử nghiệm.

Từ khóa: chất thải y tế, giám sát chủ động, quản lý môi trường y tế

SUMMARY

EFFECTIVE OF APPLICATION OF PROACTIVE MONITORING TOOLS FOR MEDICAL WASTE AT PHUC YEN GENERAL HOSPITAL AND THANH HOA GENERAL HOSPITAL IN 2017

Objectives: To evaluate on the effectiveness of applying proactive environmental monitoring tools for medical solid waste sorting, collection and transportation at Phuc Yen regional general hospital and Thanh Hoa general hospital in 2017. **Methods:** Intervention study, evaluated before and after intervention without a control group, at 33 hospital wards of two hospital. **Results:** The result show that the rate of achieving the criteria for evaluation of

¹Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường-BYT

²Cục Quản lý Môi trường Y tế-BYT

³Học viện Quân Y.

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Thương Thương

Email: damthuongthuong.nioeh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2021

Ngày duyệt bài: 2.2.2021

medical waste storage devices and equipment, classification, collection, and transportation of medical waste by day be increased, the majority of the criteria reaching over 90% after 4 weeks of trial application of proactive monitoring tools. **Conclusion:** The proactive monitoring tools for medical waste were effective in increasing the rate of achieving the evaluation criteria in the classification, collection, and transportation of medical waste of two hospitals where were applied.

Keywords: medical waste, proactive monitoring, medical environment management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, quản lý tốt chất thải y tế (CTYT) góp phần giảm thiểu nguy cơ gây hại cho sức khỏe con người và môi trường, là giảm chi phí trong quản lý, xử lý CTYT [2].

Hiện nay, tại các bệnh viện đã thực hiện việc giám sát phát sinh CTYT thông qua các đơn vị quan trắc môi trường (QTMT) có đủ chức năng theo định kỳ hàng năm. Để chủ động bảo vệ môi trường tại các bệnh viện tốt hơn, cần phải có các số liệu quan trắc CTYT thường xuyên và được cập nhật liên tục, bệnh viện phải có vai trò chủ động trong hoạt động bảo vệ môi trường. Một giải pháp được đưa ra là các bệnh viện có thể chủ động giám sát theo các chỉ tiêu QTMT để có thể chủ động có những đề xuất giải pháp kịp thời, phù hợp nhằm quản lý tốt CTYT. Bài báo trình bày kết quả nghiên cứu áp dụng thử nghiệm bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế trong công tác phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải rắn y tế tại bệnh viện đa khoa Phúc Yên và bệnh viện đa khoa Thanh Hóa, năm 2017, góp phần cung cấp bằng chứng khoa học cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý y tế ra quyết định trong việc triển khai áp dụng bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế tại các bệnh viện ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ, sổ sách, báo cáo theo dõi về công tác phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải rắn y tế năm 2017 của Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên và Bệnh viện đa khoa Thanh Hóa.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành năm 2017 tại BVĐK khu vực Phúc Yên, và BVĐK tỉnh Thanh Hóa.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước sau không có nhóm đối chứng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu. Chọn toàn bộ 33 khoa chuyên môn của BVĐK khu vực Phúc Yên và 35 khoa của BVĐK tỉnh Thanh Hóa tham gia vào giai đoạn thử nghiệm và đánh giá hiệu quả sử dụng bộ

công cụ giám sát môi trường chủ động.

2.5. Biến số chính. Hiệu quả chất thải rắn y tế phát sinh sau can thiệp so với trước can thiệp (kg/ngày); đạt tiêu chí đánh giá về dụng cụ, thiết bị lưu trữ chất thải y tế sau can thiệp so với trước can thiệp; đạt tiêu chí đánh giá về phân loại chất thải y tế theo từng ngày sau can thiệp so với trước can thiệp; đạt tiêu chí đánh giá về thu gom chất thải y tế sau can thiệp so với trước can thiệp; đạt tiêu chí đánh giá về các thiết bị và phương tiện làm sạch và khử trùng vận chuyển chất thải y tế theo từng ngày sau can thiệp so với trước can thiệp; đạt tiêu chí đánh giá về vận chuyển chất thải y tế theo từng ngày sau can thiệp so với trước can thiệp.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Các bước tiến hành can thiệp:

Bước 1: Khảo sát và thống nhất kế hoạch triển khai thử nghiệm mô hình giám sát chủ động chất thải y tế tại hai bệnh viện được chọn

Bước 2: Xây dựng bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế: là phiếu kiểm soát môi trường tại các khoa phòng trong bệnh viện với các nội dung như: Kiểm kê lượng CTYT phát sinh; Giám sát công tác phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải rắn y tế tại bệnh viện trong thời gian quy định theo các tiêu chí của hoạt động QTMT.

Bước 3: Tập huấn sử dụng bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế. Đối tượng tham gia tập huấn là điều dưỡng trưởng và nhân viên kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa.

Bước 4: Tiến hành thử nghiệm mô hình. Thời gian thử nghiệm trong 4 tuần liên tiếp (T1, T2, T3, T4). Tổ chức hoạt động giám sát môi trường 3 lần/tuần vào các ngày thứ hai, thứ tư, thứ sáu.

Bước 5: Đánh giá hiệu quả sau thử nghiệm mô hình sau 4 tuần thử nghiệm mô hình giám sát chủ động chất thải y tế tại bệnh viện.

Kỹ thuật thu thập số liệu:

Cân định lượng CTRYT tại các Khoa/Phòng của bệnh viện theo các thời điểm khác nhau trong ngày (sáng: 8:00 – 9:00, trưa: 13h00 – 14h00, chiều: 17h00 - 18h00), sau đó lấy giá trị trung bình của các lần cân định lượng. Cân định lượng CTRYT 3 lần/tuần (thứ hai, thứ tư, thứ sáu) và kéo dài trong 4 tuần liên tiếp.

Cán bộ Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện sử dụng bộ công cụ giám sát chủ động của nghiên cứu và quan sát trực tiếp và ghi chép số liệu, thông tin về quá trình thực hiện phân loại, thu gom và vận chuyển CTRYT. Quá trình này được thực hiện 3 lần/tuần (thứ hai, thứ tư, thứ sáu), kéo dài trong 4 tuần liên tiếp.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2007 và phân tích phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương

nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Học viện Quân y. Nghiên cứu đảm bảo không vi phạm các yêu cầu về y đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Khối lượng chất thải rắn y tế phát sinh tại hai bệnh viện tham gia nghiên cứu (kg/ngày/khoa)

Loại CTRYT	Trước can thiệp Trung vị (Q ₁ – Q ₃) $\bar{x} \pm SD$	Sau can thiệp Trung vị (Q ₁ – Q ₃) $\bar{x} \pm SD$	HQCT
Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (n=33 Khoa)			
CTYT sắc nhọn	0,53 (0,27-1,27) 0,90±0,92	0,50 (0,21-1,08) 0,78±0,86	15,38
CTYT lây nhiễm không sắc nhọn	3,38 (1,57-8,33) 5,33±4,70	2,98 (1,70-7,55) 4,82±4,29	10,58
CTYT tái chế	1,28 (0,28-2,07) 1,62±2,23	1,37 (0,57-2,15) 1,99±2,19	18,59
CTYT không tái chế	15,50 (9,50-19,62) 15,76±7,00	14,23 (8,62-18,03) 14,03±6,06	12,33
Tổng	23,37 (11,97-30,60) 23,67±12,09	21,77 (11,28-29,14) 21,29±10,91	11,18
Bệnh viện đa khoa khu vực Thanh Hóa (n=35 Khoa)			
CTYT sắc nhọn	0,46 (0,20-0,90) 0,65±0,62	0,46 (0,20-1,35) 0,74±0,64	12,16
CTYT lây nhiễm không sắc nhọn	2,56 (1,07-4,15) 4,39±7,39	4,67 (3,28-5,45) 5,48±6,12	19,89
CTYT tái chế	2,32 (1,47-3,60) 2,97±2,26	11,43 (10,57-13,33) 12,84±3,99	76,87
CTYT không tái chế	48,87 (33,57-74,63) 54,21±29,59	39,00 (24,57-59,60) 43,41±25,40	24,88
Tổng	49,36 (37,97-81,03) 59,23±29,71	54,49 (40,68 - 78,28) 61,36±25,25	3,47

Khối lượng CTRYT phát sinh trung bình ngày đã giảm sau 4 tuần thực hiện mô hình giám sát chủ động. Tuy nhiên, lượng CTYT tái chế tăng với HQCT đạt 76,87%; CTYT không tái chế giảm với HQCT đạt 24,88%.

Bảng 2. Tỷ lệ đạt tiêu chí đánh giá về dụng cụ, thiết bị lưu trữ chất thải y tế theo ngày (%)

Tiêu chí đánh giá	Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (33 Khoa)			Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa (35 Khoa)			
	Trước CT	Sau CT	HQCT	Trước CT	Sau CT	HQCT	
Hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn đúng quy định	Thứ 2	71,9	87,9	18,20	68,6	100	31,40
	Thứ 4	37,5	87,9	47,34	25,7	100	74,30
	Thứ 6	25,0	87,9	71,55	17,1	96,9	82,35
Túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn đúng quy định	Thứ 2	84,8	93,9	9,69	68,6	94,3	27,25
	Thứ 4	93,8	93,9	0,11	62,9	100	37,10
	Thứ 6	84,4	93,9	10,12	11,4	100	88,60
Túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm đúng quy định	Thứ 2	53,1	93,9	43,45	2,9	100	97,10
	Thứ 4	62,5	93,9	33,44	0,0	100	100,00
	Thứ 6	18,8	93,9	79,98	0,0	100	100,00
Túi/thùng chứa/đựng CTYT thông thường đúng quy định	Thứ 2	84,8	100	15,20	100	100	0
	Thứ 4	97,0	100	3,00	97,1	100	2,90
	Thứ 6	90,9	100	9,10	97,1	100	2,90
Túi/thùng chứa/đựng chất	Thứ 2	54,5	100	45,50	2,9	100	97,10

thải được phép thu gom, tái chế đúng quy định	Thứ 4	27,3	100	72,70	0,0	100	100,00
	Thứ 6	24,2	100	75,80	0,0	100	100,00
Túi/thùng chứa/đựng sạch có sẵn để thay thế	Thứ 2	84,8	100	15,20	68,6	97,1	29,35
	Thứ 4	87,9	100	12,10	37,1	97,1	61,79
	Thứ 6	27,3	100	72,70	20,0	94,3	78,79

Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên, sự cải thiện này có tiêu chí đạt HQCT tới 75% với đa số các ngày được giám sát. Bệnh viện đa khoa Thanh Hoá, tỷ lệ đạt các chỉ tiêu giám sát về dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTYT trong Tuần 0 dao động mạnh từ 0% - 97,1%, đã tăng lên đáng kể tại tuần 4 sau thử nghiệm mô hình (58,1% - 100%). Sự cải thiện này có tiêu chí đạt HQCT 100%.

Bảng 3. Tỷ lệ đạt tiêu chí đánh giá về phân loại chất thải y tế theo ngày (%)

Tiêu chí đánh giá		Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (33 Khoa)			Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá (35 Khoa)		
		Trước CT	Sau CT	HQCT	Trước CT	Sau CT	HQCT
Phân loại ngay tại nơi phát sinh, thời điểm phát sinh	Thứ 2	63,6	100	36,40	71,4	100	28,60
	Thứ 4	63,6	100	36,40	71,4	100	28,60
	Thứ 6	63,6	100	36,40	71,4	100	28,60
Từng loại CTYT phân loại riêng vào bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải theo quy định	Thứ 2	57,6	100	42,40	2,9	97,1	97,10
	Thứ 4	51,5	100	48,50	0,0	94,3	94,30
	Thứ 6	45,5	100	54,50	0,0	94,3	94,30
Không để lẫn chất thải lây nhiễm với chất thải khác	Thứ 2	60,6	100	39,40	62,9	82,9	24,13
	Thứ 4	21,2	100	78,80	37,1	88,6	58,12
	Thứ 6	21,2	100	78,80	37,1	91,4	59,41

Bảng 4. Tỷ lệ đạt tiêu chí đánh giá về thu gom chất thải y tế theo ngày (%)

Tiêu chí đánh giá		Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (33 Khoa)			Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá (35 Khoa)		
		Trước CT	Sau CT	HQCT	Trước CT	Sau CT	HQCT
Có bố trí vị trí để đặt các bao bì, dụng cụ phân loại CTYT	Thứ 2	69,7	100	30,30	57,1	100	42,90
	Thứ 4	69,7	100	30,30	57,1	100	42,90
	Thứ 6	69,7	100	30,30	57,1	100	42,90
Tại khu vực đặt các thùng đựng thu gom chất thải, có dán các bảng hướng dẫn thu gom để quan sát	Thứ 2	12,1	100	87,90	0,0	100	100,00
	Thứ 4	12,1	100	87,90	0,0	100	100,00
	Thứ 6	12,1	100	87,90	0,0	100	100,00
Túi nilon đựng CTYT được đúng màu sắc qui định	Thứ 2	90,9	100	9,10	71,4	97,1	26,47
	Thứ 4	81,8	100	18,20	74,3	82,9	10,37
	Thứ 6	21,2	100	78,80	34,3	85,7	59,98
Thùng, hộp đựng CTYT phải có nắp đóng mở thuận tiện	Thứ 2	90,9	100	9,10	88,6	74,3	19,25
	Thứ 4	72,7	100	27,30	88,6	80,0	19,25
	Thứ 6	21,2	100	78,80	48,6	91,4	46,83

Sau thử nghiệm, tỷ lệ đạt các tiêu chí đánh giá của các khoa phòng vào thứ 6 tăng và duy trì ổn định đạt 100%.

Bảng 5. Tỷ lệ đạt tiêu chí đánh giá về các thiết bị và phương tiện làm sạch và khử trùng chất thải y tế theo ngày (%)

Tiêu chí đánh giá		Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (33 Khoa)			Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá (35 Khoa)		
		Trước CT	Sau CT	HQCT	Trước CT	Sau CT	HQCT
Phương tiện và hóa chất rửa tay	Thứ 2	72,7	100	27,30	97,1	100	2,90
	Thứ 4	72,7	100	27,30	97,1	100	2,90
	Thứ 6	72,7	100	27,30	65,7	97,1	32,34
Vòi xịt nước	Thứ 2	75,8	100	24,20	100	100	0,00
	Thứ 4	75,8	100	24,20	100	100	0,00
	Thứ 6	75,8	100	24,20	100	100	0,00

Dụng cụ lau, cọ sàn	Thứ 2	66,7	97,0	31,23	31,4	100	68,60
	Thứ 4	66,7	97,0	31,23	37,1	100	62,90
	Thứ 6	66,7	97,0	31,23	65,7	100	34,30
Dụng cụ lau, cọ thùng đựng chất thải	Thứ 2	66,7	97,0	31,23	0,0	100	100,00
	Thứ 4	27,3	97,0	71,86	2,9	97,1	97,01
	Thứ 6	21,2	97,0	78,14	0,0	97,1	97,10
Hóa chất làm sạch và khử trùng	Thứ 2	87,9	97,0	9,38	54,3	100	45,70
	Thứ 4	87,9	97,0	9,38	31,4	100	68,60
	Thứ 6	30,3	97,0	68,76	20,0	97,1	79,40

Bảng 6. Tỷ lệ đạt tiêu chí đánh giá về vận chuyển chất thải y tế theo ngày (%)

Tiêu chí đánh giá		Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên (33 Khoa)			Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá (35 Khoa)		
		Trước CT	Sau CT	HQCT	Trước CT	Sau CT	HQCT
Không có hiện tượng để lẫn các loại CTNH với CTYT thông thường	Thứ 2	57,6	97,0	40,61	34,3	91,4	62,47
	Thứ 4	24,2	97,0	75,05	51,4	94,3	45,49
	Thứ 6	21,2	97,0	78,14	40,0	94,3	57,58
Việc vận chuyển CTYT được thực hiện theo thời gian quy định 2 ngày/lần	Thứ 2	72,7	100	27,30	97,1	100	2,90
	Thứ 4	69,7	100	30,30	97,1	100	2,90
	Thứ 6	69,7	100	30,30	97,1	100	2,90
Việc vận chuyển CTYT không làm rơi vãi, đổ tràn CTYT ra môi trường bệnh viện	Thứ 2	54,5	100	45,50	28,6	88,6	67,72
	Thứ 4	33,3	100	66,70	42,9	80,0	46,38
	Thứ 6	30,3	100	69,70	57,1	85,7	33,37

Tỷ lệ đạt các tiêu chí đánh giá về dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế, phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải y tế theo từng ngày đều tăng với đa số các tiêu chí đạt trên 90% sau 4 tuần thử nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả đánh giá tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhìn chung khối lượng CTRYT phát sinh (kg/ngày) có xu hướng giảm sau 4 tuần thử nghiệm mô hình giám sát chủ động môi trường bệnh viện, còn $21,29 \pm 10,91$ kg/ngày, thấp hơn so với Bệnh viện nhiệt đới Trung ương, trung bình mỗi ngày có khoảng 30 kg CTRYT lây nhiễm sắc nhọn và 100 kg chất thải không sắc nhọn, phát sinh ở hai cơ sở của bệnh viện [3]. Mặc dù chưa có sự giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuần trước thử nghiệm và sau 4 tuần thử nghiệm nhưng đây cũng là dấu hiệu cải thiện tốt về thực trạng phát sinh chất thải rắn tại bệnh viện này. Đặc biệt, lượng CTRYT tái chế tại bệnh viện có xu hướng tăng lên, cho thấy hoạt động phân loại chất thải rắn tại bệnh viện được cải thiện rõ rệt.

Trong khi đó, đối với bệnh viện đa khoa Thanh Hoá cho kết quả ngược lại, tổng lượng chất thải phát sinh của tuần trước thử nghiệm thấp hơn so với tuần 4 sau thử nghiệm. Có thể lý giải cho sự tăng này là do sự gia tăng về số lượng bệnh nhân đến khám, chăm sóc, điều trị, và sử dụng các dịch vụ y tế khác tại bệnh viện trong thời gian thử nghiệm mô hình.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở

cả hai bệnh viện đều có sự cải thiện tốt về hoạt động phân loại và thu gom CTRYT. Thực tế cho thấy, việc thực hiện khâu phân loại chất thải rắn tại bệnh viện cần có sự tham gia phối hợp tích cực của tất cả mọi người, từ ban lãnh đạo bệnh viện, các trưởng phó khoa và nhân viên tại các khoa/phòng, nhân viên trực tiếp thực hiện quá trình phân loại chất thải rắn.

Theo Quy định, chất thải được vận chuyển từ nơi phát sinh tới khu vực lưu giữ tập trung của bệnh viện bằng xe chuyên dụng đúng quy định ít nhất mỗi ngày một lần. Nhân viên vận chuyển phải mặc thiết bị bảo hộ lao động như: quần áo bảo hộ, đội mũ, đeo khẩu trang và găng tay trong suốt quá trình vận chuyển. Không được xách túi chất thải trong quá trình vận chuyển. Xe vận chuyển chất thải phải được cọ rửa, làm sạch ngay sau mỗi lần thu gom. Ngoài ra, bệnh viện cần phải quy định tuyến/đường vận chuyển chất thải và thời điểm vận chuyển nhằm giảm thiểu tối đa ảnh hưởng của hoạt động thu gom vận chuyển đến hoạt động khám, chữa bệnh tại bệnh viện [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các khoa đạt về các chỉ tiêu quan trọng liên quan đến dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTYT bao gồm: hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn, túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn, chất thải nguy hại không lây

niêm, CTYT thông thường,... và quá trình vận chuyển CTYT được cải thiện rõ rệt sau 4 tuần thử nghiệm.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận: Bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế có hiệu quả trong cải thiện tỷ lệ đạt các tiêu chí đánh giá trong công tác phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải y tế tại bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên và bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tỷ lệ đạt các tiêu chí đánh giá về dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế, phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải y tế tăng với đa số các tiêu chí đạt trên 90% ở tuần thứ 4 sau thử nghiệm bộ công cụ giám sát chủ động chất thải y tế.

Kiến nghị: Cần tiếp tục duy trì áp dụng mô hình và có chỉnh sửa, điều chỉnh cho phù hợp

tiến hoạt động khám chữa bệnh và mức độ phát thải của bệnh viện để có thể áp dụng rộng rãi hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế. Điểm tin y tế ngày 15/12/2017.** Tại: https://www.moh.gov.vn/diem-tin-y-te/-/asset_publisher/sqTagDPp4aRX/content/-iem-tin-y-te-ngay-15-12-2017?inheritRedirect=false.
- Chartier Y et al.** Safe management of wastes from health-care activities. World Health Organization. 2014.
- Tạp chí môi trường.** Các bệnh viện thực hiện phân loại rác thải tại nguồn 2019. Tại: <http://tapchimoitruong.vn/pages/article.aspx?item=C3%A1c-b%E1%BB%87nh-vi%E1%BB%87n-th%E1%BB%B1c-hi%E1%BB%87n-ph%C3%A2n-lo%E1%BA%A1i-r%C3%A1c-th%E1%BA%A3i-t%E1%BA%A1-ngu%E1%BB%93n-50659>.
- Bộ Y tế.** Sổ tay hướng dẫn quản lý chất thải y tế trong bệnh viện. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2015.

TĂNG HUYẾT ÁP ÁO CHOÀNG TRẮNG VÀ TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2: XUẤT ĐỘ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Văn Lực*, Nguyễn Thị Bích Đào**, Trần Kim Trang**

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất trên người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Các thể THA như THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu có tỉ lệ khá cao đối với người bệnh ĐTĐ, đặc biệt là ĐTĐ típ 2. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ và các yếu tố liên quan của THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu trên người bệnh đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 306 người bệnh tại phòng khám Nội Tiết ngoại trú, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định TP.Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 24,5% đối tượng có THA ẩn giấu, 30,1% có THA áo choàng trắng. Các yếu tố như độ tuổi, thời gian mắc ĐTĐ, tiền sử gia đình THA, ĐTĐ, hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn mặn và tập thể dục có mối liên quan chung với các thể THA. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu nhắc lại việc ứng dụng đo huyết áp liên tục 24 giờ trong xác định các thể THA, góp phần phòng ngừa các biến cố bất lợi do THA gây ra trên người bệnh ĐTĐ típ 2.

Từ khóa: THA áo choàng trắng, THA ẩn giấu, ĐTĐ típ 2, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương

**Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lực

Email: nguyenvanlucphoto@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2021

Ngày duyệt bài: 01.2.2021

WHITE-COAT HYPERTENSION AND MASKED HYPERTENSION IN DIABETIC TYPE 2 PATIENTS: PREVALENCE AND THEIR RELATED FACTORS

Introduction: Hypertension is the most common comorbidity of diabetes. White-coat and masked hypertension are high prevalence hypertension phenotypes, especially in type 2 diabetic patients. **Objectives:** To evaluate the prevalence and related factors of white-coat and masked hypertension in type 2 diabetic patients. **Method:** A cross-sectional study was conducted in 306 diabetic type 2 patients in Nhan Dan Gia Dinh hospital – Ho Chi Minh city. **Results:** The prevalence of white-coat and masked hypertension were 30.1% and 24.5%, respectively. Age, family history of hypertension, diabetes, smoking, drinking, salt consuming, and physical activities were associated with hypertension phenotypes. **Conclusion:** Data remind us of application ambulatory blood pressure monitoring to identify hypertension phenotypes for prevention adverse events in type 2 diabeticsubjects.

Keyword: White-coat hypertension, masked hypertension, diabetes type 2, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh lý mạn tính đang gia tăng với tốc độ nhanh chóng trên toàn cầu. Sự tác động cộng hợp giữa THA và ĐTĐ gây nhiều hệ quả nghiêm trọng đến hệ thống tim mạch. Bệnh nhân ĐTĐ kèm THA tăng nguy cơ tim mạch gấp