

nhân viên y tế ở nhóm tuổi này cao hơn các nhóm dưới 30 tuổi.

Do đó, trên nền tảng nhân viên y tế đã có lượng kiến thức nhất định thì cần triển khai thêm các lớp tập huấn về 5S nhằm cập nhật kiến thức và thực hành. Đồng thời trong quá trình triển khai 5S, cần chú ý thúc đẩy bổ sung kiến thức cho nhóm tuổi dưới 30 tuổi, cũng như thay đổi về thực hành cho các nhóm nhân viên y tế từ 40 tuổi trở lên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức 5S tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ đạt là 57,3%. Kiến thức đúng về 5S cao nhất ở yếu tố Sạch sẽ và thấp nhất ở Sàng lọc. Nhóm tuổi có mối liên quan với kiến thức đúng về 5S. Do đó, Bệnh viện cần triển khai thêm các lớp tập huấn, chú ý thúc đẩy bổ sung kiến thức cho nhóm tuổi dưới 30, đồng thời thay đổi thực hành cho các nhóm nhân viên y tế từ 40 tuổi trở lên. Đồng thời, ban lãnh đạo Bệnh viện cần tiếp tục triển khai 5S một cách toàn diện, có hệ thống, cải tiến khâu Sàng lọc để hướng tới đạt mức chất lượng 5S tốt hơn như kết hợp tập huấn với thực hành thực tế, tổ chức định kỳ các buổi thực hành Sàng lọc ứng dụng các phương pháp khoa học như

dán nhãn đỏ, lập kế hoạch, đánh giá chéo giữa các khoa/phòng nhằm tăng khả năng học hỏi lẫn nhau trong bệnh viện,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masaaki I. Gemba Kaizen:** A commonsense approach to a continuous improvement strategy. New York:McGraw Hill. 2012.
2. **Jackson TL.** 5S for healthcare. New York: Productivity Press. 2009.
3. **Hadfield D.** Lean healthcare—implementing 5S in lean or Six Sigma projects. Chelsea: MCS Media Inc. 2006.
4. **Sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh.** 80 sản phẩm chất lượng khám chữa bệnh của Ngành y tế thành phố: Xây dựng mô hình “5S”- cải tiến chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, TPHCM. Nhà xuất bản Y học. 2017.
5. **Võ Thị Lan Kết.** Báo cáo kết quả thực hiện 5S tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. 2018.
6. **Tất Mỹ Hoa, Võ Văn Nhanh, Nguyễn Thị Tuyết Mai.** Khảo sát thực hiện 5S tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017, **21** (3): 98 - 105.
7. **JICA - The Japan International Cooperation Agency.** Monitoring and evaluation sheet for the progress of 5S activities. 2010; 76.
8. **Vijay PP, et al.** Evaluation of implementation of “5S Campaign” in urban health center run by municipal corporation, Gujarat, India. Int J Community Med Public Health. 2015; **2**: 217-222.

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÂM TRƯỞNG THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER TIM Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Lê Thị Mai Huệ*, Hoàng Đình Anh**, Nguyễn Xuân Khải**, Nguyễn Văn Nhân*, Ngô Trung Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu mối liên quan giữa các thông số chức năng tâm trương thất trái trên siêu âm Doppler tim với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, so sánh nội nhóm trên 75 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ được siêu âm tim. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ suy chức năng tâm trương ở bệnh nhân lọc máu nhân tạo chu kỳ là 25,33%. (2) 47,54% bệnh nhân ≤50 tuổi có E/A ≤ 0,8 hoặc >2, ở nhóm >50 tuổi là 73,68%. (3) Triglycerid có mối tương quan nghịch mức độ yếu với E/A ($r = -$

0,297, $p < 0,05$) và E/e' ($r = -0,299$, $p < 0,05$). (4) Không thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các thông số đánh giá chức năng tâm trương với thời gian lọc máu, tình trạng thiếu máu, tăng huyết áp và sự phì đại thất trái. **Kết luận:** Tỷ lệ E/A có liên quan tới độ tuổi. Nồng độ Triglycerid tương quan nghịch với tỷ lệ E/e' và E/A.

Từ khóa: suy tim tâm trương, lọc máu chu kỳ, Doppler tim

SUMMARY

RESEARCH ON CHANGE OF LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC FUNCTION BY ECHOCARDIOGRAPHY IN PERIODIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Objectives: To determine the relations between diastolic measurements on cardiac Doppler sonography and some clinical and sub-clinical indicators in periodic hemodialysis patients. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study on 75 periodic hemodialysis patients

*Bệnh viện Thận Hà Nội

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Huệ

Email: Dr.hue71@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 8.8.2022

received cardiac sonography. **Results:** (1) Proportion of diastolic dysfunction is 25,33%. (2) 47,54% of less than or equal to 50 years old patients have $E/A \leq 0,8$ or >2 . (3) There is negative significant weak correlation between triglycerid level and E/A ($r = -0,297$, $p < 0,05$), E/e' ($r = -0,299$, $p < 0,05$). (4) There is no significant correlation between diastolic measurement indices and hemodialysis period, anemia condition, hypertension, and left ventricle hypertrophy. **Conclusion:** E/A ratio has correlation with age. Triglycerid level has negative weak correlation with E/e' and E/A ratio.

Keywords: diastolic heart failure, periodic haemodialysis, doppler echocardiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) được điều trị thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) ngày càng gia tăng. Mặc dù có nhiều tiến bộ và thành tựu về mặt y học nhưng tỷ lệ tử vong trong quần thể bệnh nhân BTMGĐC đang điều trị TNTCK vẫn rất cao. Một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở những bệnh nhân này là các biến cố tim mạch. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tim mạch dẫn đến suy tim ở bệnh nhân BTMGĐC như ứ nước muối, tăng huyết áp, thiếu máu, rối loạn nhịp tim mạch, tình trạng canxi hoá tim mạch và các rối loạn điện giải [1]. Tỷ lệ suy tim ở bệnh nhân đang điều trị TNTCK chiếm khoảng 36% [2].

Siêu âm Doppler tim trở thành một trong những xét nghiệm thường quy trong đánh giá chức năng tim ở những bệnh nhân TNTCK. Các nghiên cứu về thăm dò chức năng tim bằng siêu âm Doppler tim trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ cao của rối loạn chức năng thất trái ở nhóm bệnh nhân đang điều trị TNTCK [3].

Đánh giá chức năng tâm trương thất trái trên siêu âm là một phần không thể thiếu được của quy trình đánh giá thường quy ở bệnh nhân có triệu chứng khó thở hoặc suy tim. Hội siêu âm tim Hoa Kỳ 2009 và Hội siêu âm tim Châu Âu (nay là Hội hình ảnh tim mạch Châu Âu năm 2016) đưa ra khuyến cáo đánh giá chức năng tâm trương toàn diện, bao gồm nhiều thông số dựa trên siêu âm tim hai chiều và Doppler để phân độ rối loạn chức năng tâm trương nhằm ước lượng áp lực đổ đầy thất trái [4].

Việc nghiên cứu các biến đổi chức năng tim và tìm hiểu một số yếu tố liên quan của nó ở nhóm bệnh nhân TNTCK sẽ giúp người thầy thuốc tiên lượng được biến cố tim mạch, đồng thời đề ra những phương pháp điều trị và dự phòng, làm giảm tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân suy thận mạn được điều trị thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận Nhân tạo Bệnh viện Thận Hà Nội, trong thời gian từ tháng 8/2021 đến tháng 3/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân suy thận mạn được điều trị thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Thận Hà Nội. Chức năng tim bảo tồn với $EF \geq 50\%$.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có sốt hoặc nhiễm trùng tiến triển. Bệnh nhân mắc các bệnh ác tính. Bệnh nhân có bệnh lý tổn thương van tim thực thể. Bệnh nhân có $EF < 50\%$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, so sánh nội nhóm.

2.2.2. Các bước thực hiện

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khi bệnh nhân đến khám được khám lâm sàng, lấy mẫu máu, siêu âm tim, xét nghiệm theo kế hoạch.

- Tổng hợp và phân tích số liệu theo thuật toán thống kê.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Lâm sàng và cận lâm sàng: Độ tuổi, giới tính, thời gian lọc máu, chiều cao, cân nặng, huyết áp, xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu.

- Siêu âm tim: Theo guideline của ASE 2016:

Chức năng tâm thu và hình thái tim: dAO, dLA, LVIDd, LVIDs, RVDd, IVSd, IVSs, LVPWd, LVPWs, LVM, LAVi, LVEDV, LVESV, EF%, FS%.

Chức năng tâm trương: e' vách và bên, E, A, DT, TRV. Phân độ suy tâm trương I,II,III.

2.2.4. Xử lý số liệu. Tất cả các số liệu được thống kê và xử lý bằng máy vi tính theo chương trình SPSS 22.0 của hiệp hội thống kê Hoa Kỳ.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Một số thông số lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n=75)

Tuổi trung bình (năm)	52,35 ± 13,69	
Tỉ lệ giới tính	Nữ: 41%	Nam: 59%
BMI trung bình	20,34 ± 2,46	
Thời gian lọc máu trung bình (năm)	7,99 ± 7,53	

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,35 ± 13,69. Tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn, độ lệch chuẩn cũng lớn hơn các nghiên cứu tương tự. Điều này có thể do cơ cấu bệnh lý của chúng tôi bao gồm

hiều bệnh nhân suy thận không do bệnh lý cầu thận, ví dụ tăng huyết áp vốn thuộc về nhóm tuổi cao hơn. Cũng chính nhóm bệnh nhân này đây tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lên cao hơn và tạo ra sự phân bố nhóm tuổi khác biệt với các nghiên cứu đối chiếu kể trên.

Ở Việt Nam hiện nay nguyên nhân chủ yếu gây suy thận mạn vẫn là viêm cầu thận mạn, vốn hay gặp ở người trẻ và trung niên [5]. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu tổng hợp khác của Hill và cộng sự (2016), dựa trên việc phân tích các nghiên cứu về bệnh thận mạn tính (CKD) trên phạm vi toàn cầu, tỉ lệ CKD có xu hướng tăng theo lứa tuổi.

Nghiên cứu này được tiến hành dựa trên mẫu gồm 41% bệnh nhân nữ và 59% là nam. Mẫu nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên. Nhìn chung các nghiên cứu hầu hết đều cho tỉ lệ nam giới nhỉnh hơn nữ giới. Như trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam giới/nữ giới xấp xỉ 1,5 lần.

Theo thống kê của chúng tôi, BMI trung bình là 20,34 ± 2,46, thuộc nhóm thể trạng trung bình theo phân loại của WHO. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tương tự trong nước.

Thời gian lọc máu trung bình trong nghiên cứu này là 7,99 ± 7,53 năm. Để thấy trong nghiên cứu này, thời gian lọc máu trung bình có độ phân tán lớn. Nguyên nhân do cơ cấu bệnh tật của nhóm bệnh thận mạn.

Bảng 2. Các thông số đánh giá chức năng tâm trương thất trái

Chỉ số (n=75)	Tối thiểu	Tối đa	X ± SD	Trung vị
E' vách (cm/s)	3,1	9,5	5,29 ± 1,34	5,2
E' bên (cm/s)	2,9	13,5	7,38 ± 2,08	7,0
E (cm/s)	30	138	72,47 ± 25,47	68,0
A (cm/s)	16	158	83,89 ± 25,75	86,0
DT (ms)	60,0	350,0	166,15 ± 49,77	168,0
TRV (m/s)	0,32	7,60	1,15 ± 0,92	1,0
E/A	0,4	3,4	0,97 ± 0,55	0,8
E/E'	4	30	12,15 ± 5,65	11,0

Không có sự gia tăng bất thường các trị số đánh giá chức năng tâm trương. Chỉ số TRV và E/A có độ phân tán dữ liệu tương đối lớn với độ lệch chuẩn cao. Khi đối chiếu chỉ số đánh giá chức năng tâm trương giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trong và ngoài nước, chúng tôi nhận thấy có nhiều điểm không đồng nhất, trong đó sự khác biệt lớn nhất nằm ở thời gian DT và chỉ số E/E'.

Theo guideline của hiệp hội siêu âm tim mạch Hoa Kỳ, việc đánh giá chức năng tâm trương cần phối hợp đánh giá nhiều chỉ số khác nhau, và việc các chỉ số này đôi khi phản ánh không đồng nhất là vấn đề hay gặp. Nguyên nhân đến từ sự biến đổi khác nhau ở từng giai đoạn suy giảm chức năng tâm thu, cũng như vấn đề về tuổi tác và bệnh lý nền của từng bệnh nhân [6].

Bảng 3. Phân độ suy giảm chức năng tâm trương

Phân độ suy CNTTr	Số lượng (n=75)	Tỉ lệ (%)

Không suy chức năng TTr			
	56	74,67	
Có suy CNTTr	ĐỘ 1	15	20,00
	ĐỘ 2	2	2,67
	ĐỘ 3	2	2,67
Tổng	75	100,00	

Số bệnh nhân có chức năng tâm trương bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất, đạt 74,67%. Trong nhóm có suy giảm chức năng tâm trương, đa phần có rối loạn chức năng tâm trương độ nhẹ (độ I), gồm 15 ca. So với một nghiên cứu tương tự của Nguyễn Hải Khoa và cộng sự (2015) [7], nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch tỉ lệ giữa các nhóm cao hơn, tuy nhiên điểm chung là nhóm không có suy chức năng TTr vẫn chiếm tỉ lệ cao. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hải Khoa, tỉ lệ không có suy chức năng TTr, suy độ I và độ II lần lượt là: 39,6%, 27,7% và 32,7%.

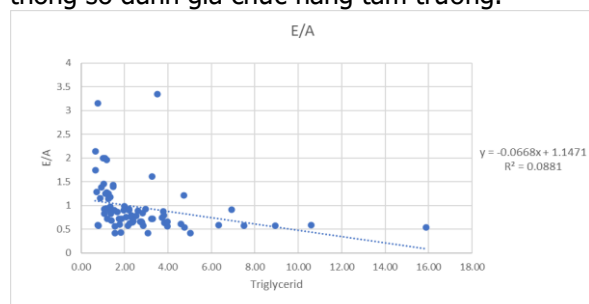
3.2. Môi liên quan giữa các thông số đánh giá CNTTr với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 4. Môi liên quan giữa các thông số CNTTr với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

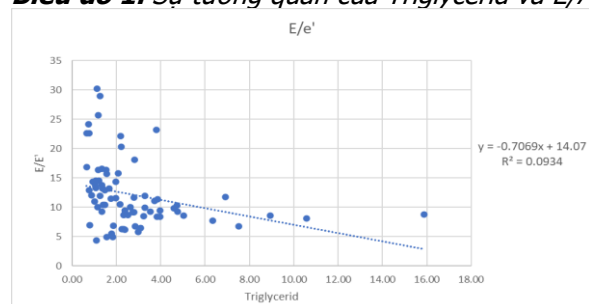
Thông số siêu âm	Nhóm tuổi		Thời gian lọc máu		Thiếu máu		Tăng huyết áp		Phi đại thất trái	
	≤ 50 (n=37)	> 50 (n=38)	≤ 5 năm (n=43)	> 5 năm (n=32)	Không hoặc nhẹ (n=16)	Vừa và nặng (n=59)	Đã kiểm soát (n=16)	Còn THA (n=59)	Không (n=66)	Có (n=9)

E/A ≤0,8 và ≥2,0(n= 43)	47,54% *	73,68% *	65,11%	46,88%	75%	52,54%	37,5%	62,71%	59,09%	44,44% %
e' vách <7cm/s (n= 66)	81,08%	94,74%	88,37%	87,5%	100%	84,75%	93,75%	86,44%	89,39%	77,77% %
e' bên < 10 cm/s (n= 65)	86,49%	86,84%	88,37%	84,38%	93,75%	84,75%	93,75%	84,75%	84,85%	100%
Tỷ lệ E/e' >14 (n=20)	32,43%	21,05%	23,26%	31,25%	12,5%	30,51%	37,5%	23,73%	24,24%	44,44% %
LAVi ml/m2 (n=75)	16,44 ± 12,54	13,76 ± 5,72	14,37 ± 6,52	16,04 ± 12,91	13,38 ± 4,48	15,55 ± 10,7	14,72 ± 9,61	17,77 ± 10,75	14,72 ± 9,61	17,7 ± 10,75
Không suy CNT.Tr (n=56)	70,27%	78,95%	79,07%	68,75%	87,5%	71,19%	68,75%	76,27%	75,76%	66,67% %
Có suy CNT.Tr (n=19)	29,73%	21,05%	20,93%	31,25%	12,5%	28,81%	31,25%	23,73%	24,24%	33,33% %

*p < 0,05; không dấu p > 0,05 Trong mỗi liên quan giữa các chỉ số đánh giá chức năng tâm trương với độ tuổi, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ E/A bất thường gặp ở 47,54% các bệnh nhân từ 50 tuổi trở xuống và 73,68% các bệnh nhân trên 50 tuổi, sự khác nhau này là có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng khác bao gồm thời gian lọc máu, tình trạng thiếu máu, tăng huyết áp và sự phì đại thất trái không thể hiện mối tương quan có ý nghĩa thống kê với các thông số đánh giá chức năng tâm trương.



Biểu đồ 1. Sự tương quan của Triglycerid và E/A



Biểu đồ 2. Sự tương quan của Triglycerid và E/e'

Sự liên quan của tỉ lệ E/A đến tuổi tác đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Về thời gian lọc máu, tình trạng thiếu máu và bệnh lý tăng huyết áp trong mỗi tương quan với chỉ số đánh giá chức năng tâm trương, chúng tôi nhận thấy chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Những yếu tố gây

hiều và cỡ mẫu nhỏ có thể là nguyên nhân. Phì đại thất trái là một trong các yếu tố có liên quan mật thiết với tình trạng suy giảm chức năng tâm trương, tuy nhiên do tỉ lệ suy chức năng tâm trương cũng như tỉ lệ có phì đại thất trái trong nghiên cứu này đều thấp nên phép kiểm định chưa phản ánh hoàn toàn vấn đề.

Trong các chỉ số xét nghiệm chúng tôi nhận thấy các chỉ số lipid có mối tương quan nghịch với một số thông số đánh giá chức năng tâm trương gồm E/e' và E/A. Kết quả này phù hợp về mặt cơ chế, khi rối loạn lipid máu là một trong các yếu tố nguy cơ tim mạch đã được chứng minh. Những kết quả này đưa ra gợi ý về việc cần theo dõi chặt chẽ tình trạng tim mạch qua siêu âm ở những bệnh nhân lọc máu chu kỳ có rối loạn lipid máu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thân nhân tạo lọc máu chu kỳ có suy CNTTr là 25,33%, đa số là suy CNTTr độ I. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ bất thường E/A tuổi.

Triglycerid có mối tương quan nghịch mức độ yếu với E/e' và E/A. Thời gian lọc máu, tình trạng thiếu máu và tỉ lệ phì đại thất trái chưa thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với các thông số đánh giá CNTTr.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vandana Menon, Ambreen Gul, Mark J. Sarnak (2005), "Cardiovascular risk factors in chronic kidney disease". *Kidney international*, 68(4), pp. 1413-18.
2. Devora Rubinger (2005), "Management of refractory congestive heart failure--a nephrological challenge". *Nephrol Dial Transplant*, 20, pp. 37-40.
3. L. Facchin, Giorgio Vescovo, G. Levedianos. et al. (1995), "Left ventricular morphology and diastolic function in uraemia: Echocardiographic evidence of a specific cardiomyopathy". *British heart journal*, 74, pp. 174-9.
4. S. F. Nagueh, C. P. Appleton, T. C. Gillebert.

- et al. (2009), "Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography". J Am Soc Echocardiogr, 22(2), pp. 107-33.
5. Nguyễn Thị Lý (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái, chức năng tim bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân sau ghép thận. Thạc sĩ y học, Nội chung, Học viện Quân Y.
6. S. F. Nagueh, O. A. Smiseth, C. P. Appleton. et al. (2016), "Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging". J Am Soc Echocardiogr, 29(4), pp. 277-314.
7. Nguyễn Hải Khoa (2015). Đặc điểm hình thái và chức năng tim trên siêu âm ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo tại bệnh viện quân y 175. Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

TÌNH HÌNH TỬ VONG CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI TỈNH TRÀ VINH NĂM 2021

Nguyễn Huyền Thoại¹, Nguyễn Duy Kháng², Nguyễn Thị Hồng Tuyền³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là nhóm bệnh, gây ảnh hưởng nặng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội do số người mắc bệnh cao, bệnh gây nhiều hậu quả nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong. Việc hiểu về các đặc điểm phân bố, tỷ lệ tử vong nhóm bệnh không lây tại địa bàn Tỉnh Trà Vinh sẽ góp phần vào các chương trình phòng chống, chiến lược điều trị bệnh trong cộng đồng. **Mục tiêu:** Mô tả sự phân bố theo số lượng và tỷ lệ phần trăm người tử vong do các bệnh không lây nhiễm ở các độ tuổi của 4 nhóm bệnh không lây nhiễm chính bao gồm đái tháo đường, ung thư, các bệnh tim mạch và bệnh hô hấp mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các trường hợp tử vong tại địa bàn tỉnh Trà Vinh trong thời gian ngày 1/1/2021 – 30/12/2021. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ đang điều trị và tỷ lệ phát hiện mới ở nhóm bệnh tăng huyết áp (7,1% và 2,8%), ung thư (18,7% và 0,4%) là 2 bệnh lí có tỷ lệ cao hơn so với các bệnh lí còn lại. Số lượng tử vong trong năm 2021 do bệnh tăng huyết (726), ung thư (285) chiếm số lượng cao nhất. Trong đó tỷ lệ tử vong giữa nam và nữ ở các nhóm bệnh tương đương với nhau. **Kết luận:** Tỷ lệ người dân đang mắc một số BKLN có các hành vi điều trị và dự phòng phù hợp là đáng báo động. Cần có những giải pháp can thiệp giúp người dân nhận thức được tầm quan trọng của việc điều trị và dự phòng bệnh tật.

Từ khóa: Bệnh không lây nhiễm, đái tháo đường, ung thư, tăng huyết áp, bệnh hô hấp mạn tính.

SUMMARY

THE SITUATION OF DEATH OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN TRA VINH PROVINCE IN 2021

^{1,3}Trường Đại Học Trà Vinh

²Trung tâm y tế huyện Duyên Hải

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Thoại

Email: nhthoai@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.8.2022

Background: Non-communicable diseases (NCDs) are a group of diseases, which seriously affect public health and socio-economic development due to the high number of infected people, the disease causes many serious consequences and can lead to death. Understanding the distribution characteristics and mortality rates of non-communicable diseases in Tra Vinh province will contribute to prevention programs and treatment strategies in the community. **Objectives:** Describe the distribution by number and percentage of deaths from non-communicable diseases by age group of 4 main groups of non-communicable diseases including diabetes, cancer, cardiovascular diseases, and respiratory diseases chronic. **Materials and methods:** Cases of death in Tra Vinh province during the period from January 1, 2021 to December 30, 2021. Design cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of treatment and the rate of new detection in the group hypertension (7.1% and 2.8%), and cancer (18.7% and 0.4%) are two diseases with high rates than non-communicable diseases. The number of deaths in 2021 due to hypertension (726), and cancer (285) accounts for the highest number. The mortality rate between men and women in the disease groups is similar. **Conclusion:** The proportion of people suffering from some non-communicable diseases who have appropriate treatment and prevention behaviors is alarming. It is necessary to have interventions to help people realize the importance of disease treatment and prevention.

Keywords: Non-communicable diseases, diabetes, cancer, hypertension, chronic respiratory diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) bao gồm: đái tháo đường, ung thư, các bệnh tuần hoàn và bệnh hô hấp mạn tính, hiện nay là nhóm bệnh, gây ảnh hưởng nặng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội do số người mắc bệnh cao, bệnh gây nhiều hậu quả nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2016 BKLN giết chết 44 triệu người mỗi năm, tương đương 71% số ca tử vong trên toàn thế giới. Mỗi năm có hơn 15 triệu