

qua điểm SNOT 20.

Tổng điểm triệu chứng mũi TNSS là tổng của 4 điểm triệu chứng do đối tượng nghiên cứu đánh giá đối với chảy nước mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi và hắt hơi. Đây cũng là một trong các công cụ đánh giá được sử dụng trong các nghiên cứu về hiệu quả điều trị của thuốc hay phương pháp nào đó điều trị VMX [7]. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy điểm TNSS của nhóm nghiên cứu (giảm từ $8,80 \pm 2,97$ xuống $3,97 \pm 1,87$) có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chứng (giảm từ $6,93 \pm 1,93$ xuống $5,03 \pm 1,81$) ($p < 0,05$). Bản chất điểm TNSS cũng là thang đánh giá các triệu chứng chính về mũi của bệnh nhân VMXMT như vậy chế phẩm Xịt xoang có tác dụng cải thiện các triệu chứng của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chế phẩm Xịt xoang có tác dụng cải thiện các triệu chứng chính của VMXMT, tỉ lệ bệnh nhân hết triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$, điểm trung bình SNOT-20, TNSS của nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Kỳ** (2005). Dược học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr46-49, tr116-118, tr175-180, tr443-446.
2. **Ngô Ngọc Liên** (2006). Giản yếu Bệnh học Tai mũi họng. Nhà xuất bản Y học, tr185-189.
3. **Ngô Ngọc Liên** (2000). Sinh lý niêm mạc đường hô hấp trên và ứng dụng. Nội san Tai Mũi Họng, 1, tr68-77.
4. **Bhattacharyya N, Lee LN** (2010). Evaluating the diagnosis of chronic rhinosinusitis based on clinical guidelines and endoscopy. Otolaryngol Head Neck Surg, 143(1):147-51.
5. **Lund VJ, Kennedy DW** (1997). Staging for rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg, 117, 3(Part 2): S35-40.
6. **Osguthrope JD, Hadley JA. Med clin North Am**, 1999, Rhinosinusitis, Current concepts in evaluation and management. Jan, 83 (1) 27-41.
7. **Okubo K, Gotoh M, Asako M, Nomura Y, Togawa M.** (2017) Efficacy and safety of bilastine in Japanese patients with perennial allergic rhinitis: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group phase III study. Allergol int, 66(1):97-105.
8. **Allegrini A, Pavone D, Carluccio F** (2017). A randomized controlled trial comparing a xyloglucan-based nasal spray with saline in adults with symptoms of rhinosinusitis. Cur Med Res Opin, 19:1-9.

ĐẶC ĐIỂM CƠ CẤU BỆNH TẬT TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CỦA CỘNG ĐỒNG CÁC DÂN TỘC VÙNG TÂY NGUYÊN NĂM 2014

Nguyễn Xuân Kiên¹, Nguyễn Văn Ba¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm cơ cấu bệnh tật trong các cơ sở y tế của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên năm 2014. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn lựa những hồ sơ bệnh án thỏa mãn các tiêu chí đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Lứa tuổi mắc bệnh phải nhập viện điều trị chủ yếu là từ 20-30 tuổi. Một số bệnh phổ biến thường gặp ở người lớn khi đến bệnh viện là đẻ thường, mổ đẻ, mạo phá thai, sỏi thận, niệu quản, tiêu chảy cấp, u cơ trơn tử cung, viêm phổi, viêm phế quản. Một số bệnh phổ biến ở trẻ em là viêm phổi, viêm phế quản, tiêu chảy cấp, viêm đường hô hấp trên. ngoài ra một số bệnh khác gặp với tỉ lệ cao là chấn thương nội sọ, vỡ xương sọ mặt, vết thương mắt và hốc mắt, vết thương nông đầu. **Kết luận:** Tuổi mắc các bệnh tật chủ yếu là tuổi trẻ (20-30

tuổi). Ở người lớn bệnh phổ biến thường gặp là đẻ thường, mổ đẻ, mạo phá thai. Ở trẻ em bệnh thường gặp là viêm phổi, viêm phế quản, tiêu chảy cấp. Một số bệnh lý khác là các chấn thương nội sọ, vết thương vùng đầu mặt cổ chiếm tỷ lệ cao trong cơ cấu bệnh tật. **Từ khóa:** cơ cấu bệnh tật, bệnh thường gặp, vùng Tây Nguyên

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF DISEASE STRUCTURE IN HEALTH FACILITIES OF ETHNIC MINORITIES IN THE CENTRAL HIGHLANDS IN 2014

Objectives: Describe the characteristics of disease structure in health facilities of ethnic minorities in the Central Highlands in 2014. **Methods:** The study describes cross-section, selecting medical records to meet the criteria. **Results:** The age of infected hospitalized for treatment is mainly from 20-30 years old. Some common common diseases in adults when coming to the hospital are: Normal birth, cesarean section, abortion, kidney stones, ureter, acute fleeting, uterine smooth muscle tumors, dd - TT inflammation, pneumonia, pneumonia, Bronchitis and acute VRT.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: nguyensexuankien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

Some common diseases in children are: pneumonia, bronchitis, acute diarrhea, upper respiratory tract infection. In addition, some other diseases have high rate of intracranial injuries, face rupture, eye and eye sockets, VT shallow head, VT shallow in many places. **Conclusion:** The age of diseases is mainly youth (20-30 years old). In adults common common diseases are common birth, cesarean section, abortion. In children with common diseases are pneumonia, bronchitis, acute diarrhea. Some other pathologies are internal injuries, the head wounds of the neck account for a high proportion in the disease structure.

Keywords: disease structure, common disease, Central Highlands

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tây Nguyên là địa bàn có vị trí chiến lược về kinh tế và an ninh, quốc phòng. Tây Nguyên là vùng cao nguyên có nhiều dân tộc sinh sống. Do những khó khăn và hạn chế trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân ở vùng Tây Nguyên, nhóm người chịu nhiều thiệt thòi nhất phải kể đến là người dân, trước tiên là người nghèo, đồng bào các dân tộc thiểu số, các bà mẹ và trẻ em ở các xã vùng sâu, vùng xa, vùng cao đang gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và chất lượng cao [1].

Để có được những cơ sở khoa học và thực tiễn cho việc đề xuất các chiến lược, các giải pháp, biện pháp can thiệp...cải thiện điều kiện môi trường sống, cải thiện và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe của mạng lưới y tế...nhằm không ngừng bảo vệ và chăm sóc đồng bào các dân tộc Tây Nguyên; đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu về mô hình, cơ cấu bệnh tật, tình hình sức khỏe, các yếu tố vệ sinh môi trường và các giải pháp khắc phục ở những khu vực và nhóm dân cư khác nhau trên phạm vi cả nước. Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) như bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh đường hô hấp mạn tính, đang là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nước ta hiện nay. BKLN tạo ra gánh nặng bệnh tật rất lớn do hầu hết những người mắc bệnh phải điều trị suốt đời, tỷ lệ tàn phế và tử vong cao [2]. Kết quả các nghiên cứu đã có những đóng góp khoa học và thực tiễn có giá trị, góp phần đề ra các biện pháp khả thi để cải thiện môi trường và nâng cao sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đề cập riêng tới thực trạng cơ cấu bệnh tật của đồng bào các dân tộc khu vực Tây Nguyên. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm cơ cấu bệnh tật tại các cơ sở y tế của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Tất cả các hồ sơ bệnh án bệnh nhân điều trị nội trú tại các BV tuyến tỉnh thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên trong thời gian từ 1/1/2014 – 31/12/2014.

+ Hồ sơ bệnh án bệnh nhân tuổi từ 0->60 tuổi.

+ Không đưa vào nghiên cứu:

Bệnh nhân có quốc tịch nước ngoài.

Bệnh nhân tử vong trước khi đến bệnh viện.

Bệnh nhân tính đến hết 31/12/2014 vẫn đang tiếp tục điều trị nội trú tại bệnh viện.

2.2. Cách thức tiến hành. Nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh án ra viện của bệnh nhân điều trị nội trú tại các bệnh viện trên.

Số liệu được thu thập tại phòng Kế hoạch tổng hợp của các bệnh viện.

- Nguồn số liệu

+ Nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh án ra viện của bệnh nhân điều trị nội trú tại các bệnh viện trên.

+ Số liệu được thu thập tại phòng Kế hoạch tổng hợp của các bệnh viện.

+ Tất cả bệnh án ra viện của bệnh nhân phù hợp với yêu cầu của nghiên cứu đã đề ra.

+ Chẩn đoán ra viện theo ICD – 10, sử dụng mã 3 ký tự (đến ký tự thứ 3).

- Công cụ nghiên cứu

+ Mẫu bệnh án do Bộ Y tế ban hành.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 do Bộ Y tế biên dịch.

- Các biến số nghiên cứu

Tuổi: Căn cứ vào ngày tháng năm sinh và ngày tháng nhập viện.

Giới: nam và nữ.

Dân tộc.

Chẩn đoán: Được nhóm nghiên cứu rà soát lại, dựa theo các tiêu chuẩn của chẩn đoán theo mã bệnh ICD 10. Nơi giới thiệu (nếu có): ghi nhận chẩn đoán nơi giới thiệu Vào viện (Chẩn đoán vào viện): bệnh chính, bệnh kèm theo. Ra viện (Chẩn đoán ra viện): bệnh chính, bệnh kèm theo. Tình trạng ra viện: khỏi, đỡ, không thay đổi, nặng thêm, tử vong; xuất viện, xin về, bỏ về.

- Nguyên tắc lập mã bệnh theo ICD-10

+ Dấu chú thích (*) và hoa thị (*):

Trong bảng phân loại một số mã theo sau nó là dấu chú thích (*) hoặc hoa thị (*).

Mã đầu tiên cho một bệnh cơ bản đánh dấu với dấu chú thích;

Mã chọn lựa khác cho việc biểu hiện được đánh dấu hoa thị.

Dấu chú thích là mã đầu tiên và phải luôn luôn được dùng. Mã hoa thị cũng có thể được

dùng thêm vào nếu cần phải trình bày theo một cách khác. Để mã hoá, mã hoa thị không bao giờ được dùng một mình.

Mã hoá theo "trạng thái chính":

"Trạng thái chính" là trạng thái được chẩn đoán vào cuối thời kỳ điều trị bệnh tại bệnh viện dựa vào trạng thái chính để ra quyết định chính cho bệnh nhân trong việc điều trị. Nếu không có chẩn đoán xác định nào được thực hiện được, triệu chứng chính, phát hiện bất thường hoặc lý do đưa bệnh nhân đến với cơ quan y tế nên được coi như là "trạng thái chính".

Các "trạng thái khác" là những trạng thái

cùng tồn tại hoặc phát triển với trạng thái chính trong giai đoạn điều trị bệnh ảnh hưởng đến việc quản lý bệnh nhân.

Sau một giai đoạn điều trị trong bệnh viện nếu "trạng thái chính" vẫn được ghi là "còn nghi ngờ", "có vấn đề",... và không có thêm thông tin làm rõ, chẩn đoán nghi ngờ được mã như thể đã được thiết lập.

Các "trạng thái khác" được lập theo danh sách riêng trong hồ sơ để thêm vào "trạng thái chính".

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung về tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới của bệnh nhân nội trú 2014

Nhóm tuổi	BV tuyến tỉnh			BV tuyến huyện		
	Nam*	Nữ*	Tổng số**	Nam*	Nữ*	Tổng số**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< 1th	17411(56,8)	13253(43,2)	30664(2,6)	3861(62,6)	2345(37,4)	6206(1,2)
1th-12 th	39252(62,8)	23252(37,2)	62504(5,2)	28954(62,3)	17533(37,7)	46487(8,7)
>12 th -60 th	63351(60,4)	41524(39,6)	104875(8,7)	32456(56,9)	24558(43,1)	57014(10,7)
>5t-10t	21714(64,1)	12155(35,9)	33869(2,8)	11354(58,5)	7954(41,2)	19308(3,6)
>10t-15t	24522(55,3)	19825(44,7)	44347(3,7)	14157(61,1)	9469(39,9)	23626(4,4)
>15t-20t	23654(36,2)	41652(63,8)	65306(5,5)	15018(32,9)	30653(67,1)	45671(8,6)
>20t-30t	62918(24,1)	198113(75,9)	261031(21,8)	27154(22,8)	92054(77,2)	119208(22,4)
>30t-40t	62857(32,1)	132659(67,9)	195516(16,3)	22056(34,3)	42317(65,7)	64373 (12,1)
>40t-50t	60126(42,1)	82552 (57,9)	142678(11,9)	20755(39,5)	31838(60,5)	52593(9,9)
>50t-60t	43325(48,0)	46905 (52,0)	90230(7,5)	17467(45,5)	20939(54,5)	38406(7,2)
>60t	92518(55,3)	75257 (44,7)	167775(14,0)	27052(46,1)	31635(53,9)	58687 (11,0)
Tổng số**	511648 (42,8)	687147 (57,2)	1198795 (100)	220284 (41,5)	311295 (58,5)	531579 (100)

(**) % tính theo hàng ngang.; (*) % tính theo hàng dọc.

Ở cả các bệnh viện lứa tuổi nhập viện điều trị nhiều nhất là > 20-30 tuổi chiếm 21,8% - 22,4%. Đối với trẻ em lứa tuổi nhập viện nhiều nhất cũng là từ dưới 5 tuổi (16,5% - 20,6%).

Mô hình bệnh tật xếp theo Chương phân loại quốc tế ICD-10 tại BV tuyến tỉnh và BV tuyến huyện năm 2014

Bảng 2. Phân loại mô hình bệnh tật theo chương và lứa tuổi

CHƯƠNG	0-30 ng	1-12th	1-5 tuổi	6-10 tuổi	11-15 tuổi	16-20 tuổi	21-30 tuổi	31-40 tuổi	41-50 tuổi	51-60 tuổi	>60 tuổi	Tổng
I	425	21950	8146	5482	6542	5643	12050	18254	8100	6576	6900	100068
II	158	2352	7100	950	1250	1900	5054	15655	22893	15758	21850	94920
III	0	800	9245	3254	850	550	732	750	653	300	653	17787
IV	0	150	400	100	250	250	2155	3142	3900	3250	4852	18449
V	0	50	150	150	3462	100	563	150	657	6543	1124	12949
VI	222	2556	9300	2250	2650	200	1368	2444	7832	1542	5782	36146
VII	0	850	1100	900	3428	3248	1932	3365	4850	4600	25782	50055
VIII	0	250	1617	350	3236	4328	2145	1671	1883	1609	1873	18962
IX	50	200	350	312	750	1476	4550	10357	32453	20864	32750	104112
X	6856	65650	75055	9856	9788	15956	17750	28538	8300	7800	18673	264222
XI	250	569	9674	6550	8255	19875	21734	23452	25450	28645	35832	180286
XII	750	1350	8332	6562	2345	500	1235	818	4325	1151	1252	28620
XIII	0	0	800	632	4327	300	1850	2456	3950	3653	4297	22265

XIV	50	800	7550	3462	4568	5200	19746	42643	32550	16186	52862	185617
XV	0	0	0	0	865	27345	215132	60643	8632	574	543	313734
XVI	25525	750	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26275
XVII	1580	3456	6656	2650	3256	450	678	652	3246	150	435	23209
XVIII	50	5256	6856	2250	4532	6562	5842	3443	5673	3874	3854	48192
XIX	289	1502	8258	6644	7018	9650	20912	15358	2353	4652	4912	81548
XX	552	300	950	256	150	900	2656	2346	3246	509	1124	12989
XXI	113	200	350	567	451	6544	42155	23752	14325	400	1112	89969
Tổng	36870	108991	161889	53177	67973	110977	380239	259889	195271	128636	226462	1730374

Kết quả bảng cho thấy đặc điểm về mô hình bệnh tật theo lứa tuổi và 21 chương bệnh tật xếp theo chương trình phân loại quốc tế ICD-10 tại BV tuyến huyện và tỉnh năm 2014 tại vùng Tây Nguyên.

Đặc điểm một số bệnh phổ biến

Bảng 3. Danh sách mười bệnh phổ biến tại mỗi bệnh viện

Tên bệnh	BV tuyến tỉnh (n=1198795) (%)	BV tuyến huyện (n=531579) (%)
Đau lưng		1,9
Đẻ thường	7,9	12,7
Bệnh giun		3,4
Cơn đau quặn thận		2,0
Mổ đẻ	3,5	
Nạo phá thai	5,6	
Sỏi thận, niệu quản	3,1	
Sốt		7,4
Tiêu chảy cấp	2,1	3,2
U cơ trơn tử cung	1,6	
Viêm DD - TT	1,5	
Viêm họng		2,0
Viêm phổi	3,5	7,6
Viêm phế quản	3,8	2,0
VRT cấp	2,3	
VT nông đầu		3,8

Mười bệnh phổ biến ở bệnh viện tuyến tỉnh, gồm: Đẻ thường, Mổ đẻ, Nạo phá thai, Sỏi thận, niệu quản, Tiêu chảy cấp, U cơ trơn tử cung, Viêm DD – TT, Viêm phổi, Viêm phế quản và VRT cấp.

Mười bệnh phổ biến ở bệnh viện tuyến huyện, gồm: Đau lưng, Đẻ thường, Bệnh giun, Cơn đau quặn thận, Sốt, Tiêu chảy cấp, Viêm họng, Viêm phổi, Viêm phế quản và VT nông đầu.

Bảng 4. Mười bệnh phổ biến nhất ở trẻ em

TT	Nội dung	BV tuyến tỉnh (%)	BV tuyến huyện (%)
1	Viêm phổi	13,6	25,4
2	Viêm phế quản	11,3	12,5
3	Ỉa chảy cấp	8,4	8,8
4	Viêm đường hô hấp trên	5,7	2,8

5	Trẻ đẻ non	3,6	
6	Viêm màng não	3,2	
7	Sốt CRNN	2,5	11,7
8	Viêm ruột thừa	2,2	
9	Viêm họng	1,8	5,1
10	Tắc ruột, liệt ruột	1,7	2,1
11	Nhiễm Giun		6,5
12	Bảng		2,1
13	Chấn thương phần mềm		1,9

Mười bệnh phổ biến ở trẻ em ở bệnh viện tuyến tỉnh, gồm: Viêm phổi, Viêm phế quản, Ỉa chảy cấp, Viêm đường hô hấp trên, Trẻ đẻ non, Viêm màng não, Sốt CRNN, Viêm ruột thừa, Viêm họng và Tắc ruột, liệt ruột.

Mười bệnh phổ biến ở trẻ em ở bệnh viện tuyến huyện, gồm: Viêm phổi, Viêm phế quản, Ỉa chảy cấp, Viêm đường hô hấp trên, Sốt CRNN, Viêm ruột thừa, Viêm họng, Tắc ruột, liệt ruột và Nhiễm Giun.

Bảng 5. Một số bệnh thường gặp

Tên bệnh	BV tuyến tỉnh (n=1198795) (%)	BV tuyến huyện (n=531579) (%)
Chấn thương nội sọ	13,2	7,2
Vỡ xương sọ mặt	5,6	
VT mắt và hốc mắt	10,0	
VT nông đầu	10,5	31,8
VT nông nhiều nơi	13,5	8,5
Các bệnh khác	50,2	52,5

Một số bệnh thường gặp ở bệnh viện tuyến tỉnh là: Chấn thương nội sọ, Vỡ xương sọ mặt, VT mắt và hốc mắt, VT nông đầu, VT nông nhiều nơi.

Một số bệnh thường gặp ở bệnh viện tuyến huyện là: Chấn thương nội sọ, VT nông đầu, VT nông nhiều nơi.

IV. BÀN LUẬN

Ở cả các bệnh viện lứa tuổi nhập viện điều trị nhiều nhất là > 20 - 30 tuổi chiếm 21,8% - 22,4%. Đối với trẻ em lứa tuổi nhập viện nhiều nhất cũng là từ dưới 5 tuổi (16,5% - 20,6%). Tuy nhiên lứa tuổi sơ sinh có sự khác biệt rõ rệt

giữa BV tuyến tỉnh gấp 2 lần BV tuyến huyện điều này cũng phản ánh đặc điểm khác nhau giữa 1 bệnh viện khu vực với BV tuyến huyện (2,6%/ 1,2%). Về đặc điểm giới tính, tất cả các bệnh viện đều phản ánh một quy luật chung nữ giới nhập viện nhiều rõ rệt hơn nam giới 57,2% - 58,5% - so với 42,8% - 41,5%). Nhưng ngược lại ở lứa tuổi dưới 15 tuổi tỷ lệ trẻ em nam ở cả các bệnh viện đều cao rõ rệt so với trẻ em nữ, nhưng sau 15 tuổi cho tới 60 tuổi tỷ lệ bệnh nhân nữ nhập viện lại cao hơn rõ rệt so với nam giới; sau 15 tuổi, lứa tuổi > 20 tuổi - 30 tuổi ở nữ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả các bệnh viện và đồng thời cũng là nhóm tuổi chiếm một tỷ lệ phần trăm cao nhất trong các nhóm tuổi bệnh nhân vào viện. Nhận xét về sự ưu thế của giới nam nhập viện ở lứa tuổi dưới 15 tuổi hoàn toàn trùng hợp với nhiều tác giả khác khi nghiên cứu về mô hình bệnh tật ở trẻ em số nam, xấp xỉ 60% [3], [4], [5].

Về đặc điểm mô hình bệnh tật chung cho thấy, các bệnh viện đều giống nhau về tỷ lệ phân bố bệnh nhân của các loại bệnh: thứ tự các nhóm bệnh. Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thai nghén sinh đẻ, hậu sản (XV). Thứ hai là nhóm bệnh hô hấp (Nhóm X). Nhóm bệnh tiêu hoá (Nhóm XI) chiếm hàng thứ 3. Nhóm bệnh nhiễm khuẩn (Nhóm I) chiếm hàng thứ 4. Nhóm chấn thương ngộ độc (Nhóm XIX) chiếm hàng thứ 5. Nhóm bệnh tuần hoàn (Nhóm IX) chiếm hàng thứ 6. Tuy nhiên ở nhóm các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng nhóm BV tuyến huyện lớn hơn nhóm ở BV tuyến tỉnh và cận lâm sàng không phân biệt ở nơi khác. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe BV tuyến tỉnh lớn hơn BV tuyến huyện và tiếp xúc dịch vụ y tế (Nhóm XXI).

Nghiên cứu còn cho thấy với đặc điểm tính chất chuyên sâu khác nhau của các bệnh viện và phạm vi địa danh khác nhau: Có sự khác biệt rõ qua mô hình bệnh tật qua các điểm sau: các bệnh nhiễm trùng ký sinh trùng ở BV tuyến huyện nhiều hơn BV tuyến tỉnh. Ở BV tuyến huyện đứng hàng thứ (4) nhưng ở BV tuyến tỉnh đứng hàng thứ (5 - 6); các bệnh mang tính chất cấp tính, chấn thương, ngộ độc, bệnh hô hấp, thai nghén sinh đẻ ở BV tuyến huyện chiếm tỷ lệ cao hơn; các bệnh đòi hỏi chẩn đoán chuyên sâu ở BV tuyến tỉnh cao hơn BV tuyến huyện rõ rệt: Bệnh tuần hoàn, bệnh tiêu hoá, nội tiết, máu, bướu tân sinh; các triệu chứng dấu hiệu, biểu hiện lâm sàng xếp được vào chỗ khác, ở BV tuyến huyện do điều kiện chẩn đoán khó hơn nên số này cao hơn BV tuyến tỉnh rõ rệt. Nhóm bệnh các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức

khỏe và dịch vụ y tế ở BV tuyến tỉnh cao hơn BV tuyến huyện rất nhiều.

Đối với mô hình bệnh tật ở trẻ em, ở cả các bệnh viện đều cho thấy bệnh hệ hô hấp là phổ biến nhất (BV tuyến tỉnh 30,4%), BV tuyến huyện (41%) điều này đã phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [6], [7]. Qua so sánh mô hình bệnh tật các Chương tại các bệnh viện cho thấy, mô hình bệnh tật ở các bệnh viện có nhiều sự tương đương, phản ánh quy luật ốm đau của cộng đồng: Về mô hình các bệnh thường gặp, các bệnh gặp tần số cao nhất, thấp nhất, tuy nhiên vẫn có những sự khác biệt; số lượng bệnh nhân ít hơn; mô hình bệnh tật thể hiện các mô hình bệnh tật cấp cứu, nội khoa, cơ sở chẩn đoán chưa đi sâu được kỹ thuật chẩn đoán. Trong khi đó ở BV tuyến tỉnh bệnh cấp cứu, mãn tính, ngoại khoa, đáp ứng được chẩn đoán sâu hơn.

Các bệnh phổ biến theo giới nam và nữ: Khi phân tích mô hình bệnh tật theo giới ở BV tuyến huyện và BV tuyến tỉnh cho thấy có quy luật giống nhau rõ rệt về giới ở cả các bệnh viện. Ở trẻ sơ sinh với đa số là đẻ non, ngạt và viêm phổi không có sự khác biệt giữa hai giới cũng như các bệnh viện. Ở trẻ 1 - 12 tháng ở cả hai giới và các bệnh viện đều thể hiện quy luật hàng đầu là viêm phổi và tiêu chảy, không có sự phân biệt về giới quy luật này phù hợp với các trẻ từ 1 - 5 tuổi. Từ 15 tuổi trở lên cho tới 50 tuổi ở phái nữ ở BV tuyến huyện chủ yếu là đẻ thường (BV tuyến huyện) nhưng ở BV tuyến tỉnh có thêm nạo thai, mổ đẻ (BV tuyến tỉnh) nhưng ở nam từ > 15 tuổi - 50 tuổi tất cả chấn thương đều đứng hàng đầu ở cả BV tuyến huyện và tỉnh. Do vậy sự khác biệt khá rõ rệt giữa nam và nữ là ở lứa tuổi 15 - 50 tuổi. Sự khác biệt này hoặc toàn giống nhau ở BV tuyến tỉnh và BV tuyến huyện. Sau 50 tuổi - 60 tuổi cả hai giới lại có phân bố mô hình bệnh tật gần giống nhau giữa BV tuyến tỉnh và huyện. Tăng huyết áp - Đau lưng, Viêm phế quản ở cả 2 giới Trung tâm y tế đều chiếm vị trí hàng đầu.

V. KẾT LUẬN

Lứa tuổi mắc bệnh phải nhập viện điều trị chủ yếu là từ 20-30 tuổi. Một số bệnh phổ biến thường gặp ở người lớn khi đến bệnh viện là: Đẻ thường, Mổ đẻ, Nạo phá thai, Sỏi thận, niệu quản, tiêu chảy cấp, U cơ trơn tử cung, Viêm DD - TT, Viêm phổi, Viêm phế quản và VRT cấp. Một số bệnh phổ biến ở trẻ em là Viêm phổi, Viêm phế quản, Ỉa chảy cấp, Viêm đường hô hấp trên. Ngoài ra một số bệnh khác gặp với tỉ lệ cao là

chấn thương nội sọ, Vỡ xương sọ mặt, VT mắt và hốc mắt, VT nông đầu, VT nông nhiều nơi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Việt Cường, Trần Thị Mai Oanh, Dương Huy Lương, Nguyễn Khánh Phương, Trần Văn Tiến, Vũ Thị Minh Hạnh, Phan Hồng Vân** (2007). Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại năm tỉnh miền núi phía bắc và Tây Nguyên. Tạp chí khoa học Việt Nam trực tuyến, 1 – 3.
2. **Sở y tế Đắk Lắk** (2022). Gánh nặng từ các bệnh không lây nhiễm. Trang thông tin Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk.
3. **Bộ Y tế Việt Nam** (2014). Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014 - Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm, 1-40.
4. **Nguyễn Thị Thanh Hoa, Vũ Thị Ngọc Mai** (2019). Khảo sát mô hình bệnh tật chuyên tuyến tại khoa Nhi – bệnh viện Bình Thạnh năm 2016 – 2018. Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Bosk E.A., Veinot T., Iwashyna T.J., et al.** (2011), Which Patients, and Where: A Qualitative Study of Patient Transfers from Community Hospitals. Med Care, 49(6): 592–598.
6. **Alessandro Lomi, Daniele Mascia, Duy Quang Vu, et al.** (2014), Quality of Care and Interhospital Collaboration: A Study of Patient Transfers in Italy. Med Care, 52(5): 407–414.
7. **Vũ Đình Hùng, Kiều Thị Hoa, Hoàng Bùi Hải** (2019). Cơ cấu bệnh tật tại khoa cấp cứu Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, năm 2019. Tạp chí nghiên cứu Y học, 147 (11): 317-323.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY CỦA HỆ THỐNG HÚT KÍN Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Trần Tiến Lực¹, Trịnh Văn Đồng¹, Lưu Quang Thùy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy của hệ thống hút kín so với hệ thống hút hở ở bệnh nhân chấn thương sọ não thở máy. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp can thiệp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Chia các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não đơn thuần Glasgow ≤ 8 điểm, thở máy trên 48h có chỉ định mở hoặc không, tham gia nghiên cứu thành 2 nhóm. Nhóm 1 là nhóm các bệnh nhân sử dụng hệ thống hút kín và nhóm 2 là các bệnh nhân sử dụng hệ thống hút hở. Các bệnh nhân tham gia được theo dõi đánh giá viêm phổi liên quan đến thở máy hàng ngày cho đến khi cai máy ra khỏi khoa hồi sức tích cực. **Kết quả:** Trong 101 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, với 49 bệnh nhân được lắp hệ thống hút hở và 52 bệnh nhân được lắp hệ thống hút kín. Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 44,5% trong đó 55,1% ở nhóm hút hở và 34,6% ở nhóm hút kín, khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p=0,038<0,05$. Thêm vào đó, nhóm hệ thống hút kín còn có thời gian thở máy và thời gian nằm hồi sức ít hơn. Sự khác biệt về các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan đến thở máy ở hai nhóm là như nhau. **Kết luận:** Hệ thống hút kín giúp giảm tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy, giảm số ngày thở máy và nằm hồi sức. **Từ khóa:** viêm phổi liên quan đến thở máy, chấn thương sọ não, hệ thống sonde hút.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECT IN PREVENTING VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA OF CLOSED SUCTION SYSTEM IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

Objective: To evaluate the effect of ventilator-associated pneumonia prevention of closed versus open suction systems in traumatic brain injury patients who underwent machine ventilation. **Method:** Research method is randomized controlled clinical trial. The participated patients were diagnosed with traumatic brain injury alone, GSC ≤ 8 points, underwent mechanical ventilation for more than 48 hours with indication for surgery or not, divided into 2 groups. Group 1 was the group of patients using the closed suction system and group 2 was the patients using the open suction system. The participating patients were monitored for ventilator-associated pneumonia daily until weaned the ventilation and discharged from the ICU. **Results:** In 101 patients participating in the study, 49 patients were installed with an open suction system and 52 patients were installed with a closed suction system. The rate of ventilator-associated pneumonia of the patients participating in the study was 44.5%, of which 55.1% in the open suction group and 34.6% in the closed suction group, the difference between the two groups was statistics significant with $p=0.038<0.05$. In addition, the closed suction system group also had less mechanical ventilation time and recovery time. There were no differences in the bacteria stain causing ventilator-associated pneumonia in the two groups. **Conclusion:** The closed suction system helps to reduce the rate of ventilator-associated pneumonia, reduce the number of days of mechanical ventilation and resuscitation.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, traumatic brain injury, suction catheter system.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023