

hiện trong báo cáo loạt trường hợp này cho thấy MTA hoạt động hiệu quả và có tác dụng tốt trong bảo tồn tủy sống. Chưa thấy sự xuất hiện của cầu ngà trên phim quanh chóp của các mẫu thu thập được trong báo cáo loạt trường hợp này. Không có sự đổi màu của thân răng trong các trường hợp được theo dõi.

Nghiên cứu này chỉ là báo cáo loạt trường hợp với cùng chỉ định và phương pháp điều trị với các tiêu chí đánh giá định tính là chủ yếu, không lượng hóa được các mức đánh giá. Thời gian theo dõi của nghiên cứu cũng chưa đủ dài do hạn chế về việc thu thập đối tượng nghiên cứu và thời gian nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

MTA Repair HP là loại vật liệu có tác dụng tốt trong duy trì sự sống tủy ở những răng có chẩn đoán viêm tủy không có khả năng hồi phục.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bui A, Pham K:** Evaluation of reparative dentine bridge formation after direct pulp capping with biodentine. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry* 2021, 11(1):77-82.
2. **Pham KV, Tran TA:** Effectiveness of MTA apical plug in dens evaginatus with open apices. *BMC Oral Health* 2021, 21(1):566.
3. **Taha NA, Ahmad MB, Ghanim A:** Assessment of Mineral Trioxide Aggregate pulpotomy in mature permanent teeth with carious exposures. *Int Endod J* 2017, 50(2):117-125.
4. **Taha NA, Al-Rawash MH, Imran ZA:** Outcome of full pulpotomy in mature permanent molars using 3 calcium silicate-based materials: A parallel, double blind, randomized controlled trial. *International Endodontic Journal* 2022, 55(5):416-429.
5. **Taha NA, Khazali MA:** Partial Pulpotomy in Mature Permanent Teeth with Clinical Signs Indicative of Irreversible Pulpitis: A Randomized Clinical Trial. *Journal of endodontics* 2017, 43(9):1417-1421.
6. **Tran XV, Ngo LT, Boukpepsi T:** BiodentineTM Full Pulpotomy in Mature Permanent Teeth with Irreversible Pulpitis and Apical Periodontitis. *Healthcare* 2021, 9(6).

## ĐẶC ĐIỂM MÔ HÌNH TỬ VONG Ở CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC KHU VỰC TÂY NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2012-2014

Nguyễn Xuân Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Ba<sup>1</sup>

*Từ khóa:* cơ cấu tử vong, tỷ suất tử vong, vùng Tây Nguyên

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm cơ cấu tử vong của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên năm 2012-2014. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu các trường hợp tử vong từ 0h ngày 01/01/2014 đến 24h ngày 31/12/2014 tại 5 bệnh viện tuyến huyện tương ứng với 5 tỉnh Tây Nguyên, có hộ khẩu tại các tỉnh Tây Nguyên. **Kết quả:** Tỷ suất tử vong từ năm 2012-2014 dao động từ 3,4 - 3,9‰. Ở trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ tử vong gặp nhiều ở trẻ dưới 5 tuổi có xu hướng tăng dần theo tuổi và qua các năm và nguyên nhân tử vong hàng đầu là do tai nạn, ngộ độc, tử vong chu sinh và bệnh hô hấp. Ở người lớn, tỉ suất tử vong tăng dần theo tuổi đặc biệt ngoài 30 tuổi trở lên, tỉ suất tử vong cao nhất ở tuổi trên 75 (tỉ suất tử vong từ 2012-2014 là từ 57,6 - 61,5‰), nguyên nhân chủ yếu là do nhóm bệnh khối u, bệnh tim mạch, tai nạn, bệnh tiêu hoá, bệnh hô hấp. **Kết luận:** Tỷ suất tử vong ở cộng đồng dân tộc vùng Tây Nguyên có xu hướng tăng qua các năm và theo tuổi, đặc biệt ở lứa tuổi ngoài 75. Nguyên nhân tử vong chủ yếu ở trẻ là do tai nạn, ngộ độc, tử vong chu sinh, còn ở người lớn chủ yếu là nhóm bệnh khối u, tim mạch, tai nạn.

### SUMMARY

#### THE CHARACTERISTICS OF MORTALITY STRUCTURE OF ETHNIC MINORITIES IN THE CENTRAL HIGHLANDS IN 2012-2014

**Objective:** To describe the characteristics of mortality structure of ethnic minorities in the Central Highlands in 2012-2014. **Methods:** descriptive and retrospective study of deaths from 00:00 on January 1, 2014 to 24 hours on December 31, 2014 at 5 district hospitals, corresponding to 5 provinces of the Central Highlands, with household registration in the province. **Results:** The mortality rate from 2012-2014 ranged from 3.4 to 3.9 ‰. In children under 5 years old, the mortality rate that is common in children under 5 years old tends to increase gradually with age and over the years and the leading causes of death are accidents, poisoning, perinatal deaths and diseases. Respiratory. In adults, the mortality rate increases with age, especially over 30 years old, the highest mortality rate is over 75 years old (the mortality rate from 2012-2014 is from 57.6 to 61.5‰), mainly caused by tumors, cardiovascular diseases, accidents, digestive diseases, respiratory diseases. **Conclusion:** The mortality rate in ethnic minority communities in the Central Highlands tends to increase over the years and with age, especially at the age of over 75. The main causes of death in children are accidents, poisoning,

<sup>1</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: nguyentuankien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

perinatal mortality, while in adults mainly tumors, cardiovascular diseases, accidents.

**Keywords:** mortality structure, mortality rate, Central Highlands region

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Mô hình bệnh tật và tử vong cần phải thực hiện thường quy nhằm xây dựng chiến lược chăm sóc sức khỏe phù hợp cho một cộng đồng, một quốc gia [1]. Tây Nguyên là vùng cao nguyên có nhiều dân tộc sinh sống. Đồng bào các dân tộc khu vực Tây Nguyên sống ở 5 tỉnh: Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng, họ có những đặc điểm về kinh tế, về tổ chức xã hội, về đời sống văn hóa tinh thần. Mặc dù các tỉnh Tây Nguyên đã đạt được nhiều thành tích trong xây dựng mạng lưới y tế cơ sở, khống chế các dịch bệnh nhiễm trùng truyền nhiễm và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh từng bước được nâng cao, bước đầu đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân...Tuy nhiên, khu vực Tây Nguyên còn gặp nhiều khó khăn về nhân lực y tế, về cơ sở hạ tầng, về trang thiết bị y tế, công tác quản lý y tế trên một số mặt còn bị hạn chế, chất lượng khám chữa bệnh ở vùng sâu, vùng xa còn những bất cập, một số chính sách và giải pháp đã được đề xuất để tăng cường và đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh còn chưa được thực hiện đầy đủ.

Các chỉ số sức khỏe cơ bản của nhân dân Tây Nguyên, tỷ lệ chết trẻ em, tỷ lệ suy dinh dưỡng, tổng tỷ suất sinh, tỷ suất chết mẹ... còn cao so với mức trung bình của cả nước. 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, 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. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đề cập riêng tới thực trạng cơ cấu tử vong 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 tử vong của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên.

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

**2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Tất cả những trường hợp bị tử vong từ 0h ngày 01/01/2014 đến 24h ngày 31/12/2014 tại 5 bệnh viện tuyến huyện tương ứng với 5 tỉnh Tây Nguyên, có hộ khẩu tại các tỉnh Tây Nguyên.

Nghiên cứu nguyên nhân tử vong: Toàn bộ các trường hợp tử vong từ 0h ngày 01/01/2014 đến 24h ngày 31/12/2014.

Nghiên cứu được tiến hành trên phương pháp mô tả kết hợp hồi cứu.

**2.2. Cách thức tiến hành**

- Các bước tiến hành:

Bước 1: Phát triển các bộ câu hỏi, các mẫu điều tra.

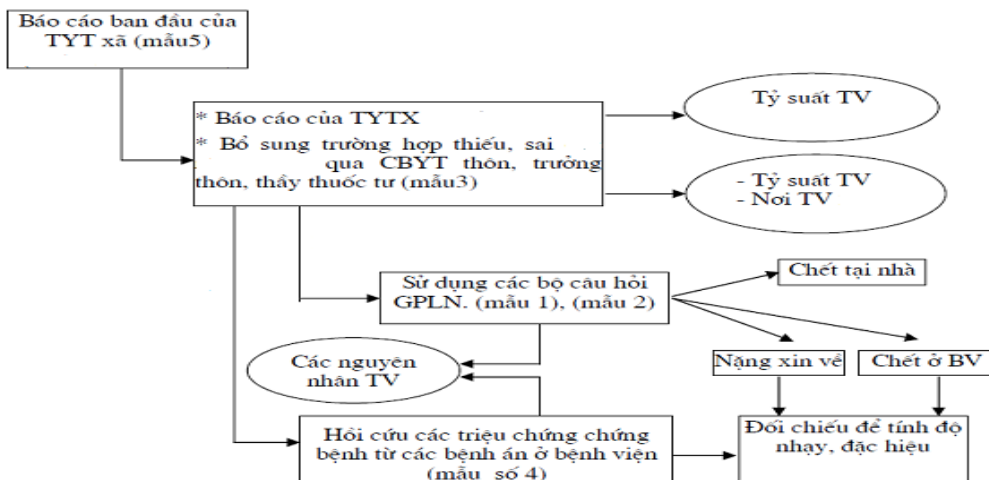
Bước 2: Thống nhất quy trình tổ chức, nghiên cứu thực địa

Bước 3: Điều tra phỏng vấn người hiểu rõ nhất về bệnh nhân tử vong (Bố, mẹ, vợ, chồng, anh chị em ruột, con) của bệnh nhân tử vong.

Bước 4: Phân tích tình hình tử vong.

Bước 5: Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ câu hỏi so với ghi chép trong bệnh án ở bệnh viện.

Nghiên cứu mô tả sử dụng thông tin hồi cứu với quy trình được mô tả theo sơ đồ sau



- Công cụ thu thập thông tin (bộ câu hỏi giải phẫu lời nói- GPLN)

Mẫu số 1: Dùng để phỏng vấn người nhà những trường hợp tử vong là người lớn và trẻ em từ 5 tuổi trở lên.

Mẫu số 2: Dùng để phỏng vấn người nhà những trường hợp tử vong là trẻ em dưới 5 tuổi dựa trên mẫu của trường đại học Aga-Khan (Pakistan) và của WHO đã được sử dụng rộng rãi ở các nước đang phát triển trong những năm gần đây

Mẫu số 3: Là bộ câu hỏi phỏng vấn nhân viên y tế về trường hợp tử vong trên địa bàn mà họ quản lý sức khỏe, mẫu này phỏng vấn những nhân viên y tế ở cơ sở biết rõ nhất về trường hợp tử vong đó, khi có kết quả đem so sánh với chẩn đoán của giải phẫu lời nói.

Mẫu số 4: Phiếu sao kết quả chẩn đoán của bệnh viện, được sử dụng cho những trường hợp tử vong tại bệnh viện hoặc nằm viện điều trị đến lúc gần rời gia đình xin về, đem kết quả này so sánh với kết quả của giải phẫu lời nói sử dụng như "tiêu chuẩn vàng" để đo lường độ nhạy, độ đặc hiệu của chẩn đoán giải phẫu lời nói.

- Các biến số nghiên cứu
- + Tỷ suất tử vong chung
- + Tỷ suất tử vong ở trẻ em từ 0 - < 5 tuổi từ

**Bảng 2. Tỷ suất tử vong ở trẻ em từ 0 - < 5 tuổi trong 3 năm (2012-2014)**

Nhóm tuổi	Năm 2012			Năm 2013			Năm 2014		
	Tỷ suất tử vong (‰)			Tỷ suất tử vong (‰)			Tỷ suất tử vong (‰)		
	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng
< 7 ng	6	5,6	5,8	5,4	4,6	5	10	9,4	9,7
< 28 ng	8,6	8,6	8,6	8,4	7	7,7	14	11	12,5
< 12 th	11,6	11,2	11,4	11,8	8	9,9	17,4	14	15,7
< 5 t	17,2	13,2	15,2	16,4	9,4	12,9	19,4	18,6	19

Tỷ suất tử vong trẻ em < 5 tuổi các năm 2012 và 2013 là tương đương nhau, năm 2014 cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ); tử vong nam cao hơn nữ ở tất cả các nhóm và các năm của trẻ < 5 tuổi nhưng khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

**\* Tỷ suất tử vong người lớn và trẻ em  $\geq 5$  tuổi**

**Bảng 3. Tỷ suất tử vong thô theo giới và theo nhóm tuổi trẻ em  $\geq 5$  tuổi và người lớn**

Nhóm tuổi	Năm 2012			Năm 2013			Năm 2014*		
	Tỷ suất tử vong ‰			Tỷ suất tử vong ‰			Tỷ suất tử vong ‰		
	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng
5-9	0,7	0,3	0,5	0,8	0,4	0,6	0,6	0,2	0,4
10-14	0,8	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4	0,8	0,6	0,7
15-19	0,6	0,4	0,5	1	0,6	0,8	1,4	1	1,2
20-24	0,8	0,3	0,5	1,4	0,3	0,8	2,2	0,9	1,5
25-29	1,2	0,3	0,7	1,6	1	1,3	1,8	0,7	1,1
30-34	1,8	0,8	1,3	2	0,9	1,4	2	0,9	1,4
35-39	3	1,2	2,1	2,2	0,9	1,5	3	1,2	2,1
40-44	3,6	1,6	2,6	3,8	0,9	2,3	4,6	2,2	3,4
45-49	5	1,8	3,4	4,8	1,1	2,8	7	3	5
50-54	5,5	2,6	4,1	5,6	2	3,8	8,2	3,2	5,7

năm 2012-2014

+ Tỷ suất tử vong ở trẻ em từ > 5 tuổi và người lớn từ năm 2012-2014

+ Nguyên nhân tử vong do một số bệnh thường gặp ở trẻ em từ 0 - < 5 tuổi

+ Nguyên nhân tử vong do một số bệnh thường gặp ở trẻ em từ > 5 tuổi và người lớn

+ Phân bố nguyên nhân tử vong theo các nhóm bệnh (phân loại theo ICD - 10) ở người lớn và trẻ em

**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

**\* Tỷ suất tử vong chung**

**Bảng 1. Tỷ suất tử vong thô trong 3 năm (2012 - 2014)**

Năm	Tỷ suất %
2012	3,4
2013	3,2
2014	3,9

Tỷ suất tử vong từ năm 2012- 2014 dao động từ 3,4 -3,9 ‰. Tỷ suất tử vong năm 2014 cao hơn so với hai năm trước đó một cách rõ rệt (với  $p < 0,05$ ).

**\* Tỷ suất tử vong trẻ em**

55-59	7,4	3,8	5,6	8,2	6,6	7,4	8,8	2,6	5,6
60-64	14	7	10	13,8	7,6	10,7	15,8	9,8	12,8
65-69	28,2	10,8	19,5	15,8	12,6	14,2	21,8	14	17,9
70-74	34,4	21	28,4	35,6	16,4	26,5	35,4	24,2	29,2
≥ 75	67,5	49,3	57,6	60,6	40,2	51,2	64,3	46	61,5

(Tỷ suất tử vong trẻ từ 1 đến < 5 tuổi theo mẫu số là số trẻ từ 1 đến < 5 tuổi năm 2012: 3,4‰, năm 2013: 3,2‰, năm 2014: 4,2‰)

Tỷ suất tử vong cao ở lứa tuổi <1, sau đó giảm dần thấp nhất ở nhóm tuổi 5 đến 9 sau đó tăng dần theo các nhóm tuổi tuy vậy ở các nhóm từ 6 - 30 tuổi tăng không rõ rệt sau đó từ sau 30 tuổi tăng rõ rệt. Sự chênh lệch giữa các năm nhận thấy rõ ở nhóm dưới 5 tuổi và trên 60 tuổi. Tử vong của nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm ≥ 5 tuổi, khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05).

**\*Nguyên nhân tử vong do một số bệnh thường gặp ở trẻ em**

**Bảng 4. Các nguyên nhân tử vong thường gặp ở trẻ em nói chung (<15 tuổi)**

TT nguyên nhân tử vong	Tên bệnh,	Nam	Nữ	Chung
		n (%)	n (%)	n (%)

1	Tai nạn	95(32,2)	80(32,7)	175(32,4)
2	Tử vong chu sinh	85(28,8)	75(30,6)	160(29,6)
3	Bệnh hô hấp	30(10,2)	25(10,2)	55(10,2)
4	Bệnh thần kinh	20(6,8)	15(6,1)	35(6,5)
5	Khối u	20(6,8)	10(4,1)	30(5,6)
6	Nguyên nhân khác	45(15,2)	40(16,3)	85(15,7)
<b>Tổng số</b>		<b>295(100)</b>	<b>245(100)</b>	<b>540(100)</b>

Nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em là nhóm tai nạn, ngộ độc, tiếp theo là các nhóm: Tử vong chu sinh, bệnh hô hấp, bệnh thần kinh, khối u, còn lại là các nguyên nhân khác. Tỷ lệ nam hơn nữ ở hầu hết các nhóm nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**\*Các nguyên nhân tử vong thường gặp ở người lớn (≥ 15 tuổi)**

**Bảng 5. Các nguyên nhân tử vong thường gặp ở người lớn (≥15 tuổi)**

TT	Tên bệnh, nguyên nhân tử vong	Nam (1)	Nữ (2)	Tổng số	P <sub>1/2</sub>
		n (%)	n (%)	n (%)	
1	Tai nạn	610 (25,1)	445 (23,2)	1055 (24,3)	< 0,01
2	Tử vong chu sinh	525 (21,6)	360 (18,8)	885 (20,3)	< 0,01
3	Bệnh hô hấp	415 (17,1)	165 (8,6)	580 (13,3)	< 0,01
4	Bệnh thần kinh	185 (7,6)	190 (9,9)	375 (8,6)	< 0,05
5	Khối u	270 (11,1)	210 (10,9)	480 (11)	< 0,05
6	Nguyên nhân khác	345 (14,2)	500 (26)	845 (19,4)	< 0,01
<b>Tổng số</b>		<b>2430 (100)</b>	<b>1920 (100)</b>	<b>4350 (100)</b>	

Nguyên nhân hàng đầu tử vong người lớn là: khối u tiếp theo là bệnh tim mạch, tai nạn, bệnh tiêu hoá, bệnh hô hấp, còn lại là các nguyên nhân khác. Nam tử vong nhiều hơn nữ ở các

nhóm bệnh khối u, tim mạch, ngộ độc, hô hấp ở nhóm bệnh tiêu hoá nam và nữ có tỷ lệ tử vong tương đương nhau, ở nhóm các nguyên nhân khác nữ tử vong nhiều hơn nam.

**Bảng 6. Phân bố nguyên nhân tử vong theo các nhóm bệnh (phân loại theo ICD - 10) ở người lớn và trẻ em**

TT	Nhóm bệnh và mã số	Trẻ em	Người lớn	P
1	Nhiễm khuẩn (A00.0 - B99.0)	3,7	3	< 0,05
2	Khối u (C00.0 - C97.9)	5,6	24,3	<0,01
3	Bệnh máu (D50.0 - D89.9)	0	0,6	-
4	Nội tiết, dinh dưỡng (E00.0 - 90.0)	0	0,6	-
5	Tâm thần (F00.0 - F99.0)	0	0,1	-
6	Thần kinh (G00.0 - G99.8)	6,5	2,5	<0,01
7	Mắt (H00.0 - H59.9)	0	0	-
8	Tai (H60.0 - H95.9)	0	0	-
9	Hệ tuần hoàn (I00.0 - I99.0)	1,9	20,3	<0,01
10	Hô hấp (J00.0 - J99.8)	10,2	11	>0,05
11	Tiêu hóa (K00.0 - K93.8)	0	8,6	
12	Bệnh da (L00.0 - L99.8)	0,9	0,3	<0,01

13	Cơ, xương khớp (M00.0 - M99.9)	0	0,2	-
14	Tiết niệu, sinh dục (N00.0 - N99.9)	0	2,2	-
15	Chứa, đẻ (O 00.0 - O99.8)	0	0	-
16	Chu sinh (P00.0 - P96.9)	32,4	0	-
17	Di tật (Q00.0 - Q99.9)	4,6	0,5	<0,01
18	Không phân loại (R00.0 - R99.0)	1,9	12,4	<0,01
19	Chấn thương, ngộ độc (S00.0 - T98.3)	32,4	13,3	<0,01
20	Nguyên nhân bên ngoài (V00.0 - Y98.0)	0	0	-
21	Tiếp xúc với cơ quan y tế (Z00.0 - Z99.9)	0	0	-
<b>Tổng số</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Trẻ em tử vong nhiều ở các nhóm chu sinh, tai nạn, hô hấp, thần kinh, khối u. Người lớn tử vong nhiều ở các nhóm khối u, tuần hoàn, tai nạn, nhóm các triệu chứng không phân loại ở nơi khác, hô hấp.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ suất tử vong thô chung dao động ở mức 3,4‰ đến 3,9‰. Tỷ suất trên cao hơn so với nghiên cứu của Lê Vũ Anh nghiên cứu tại An Hải – Hải Phòng 1997-1999 (3,0-3,1‰) [2], thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (năm 1999 là 5,6‰ và năm 2014 là 5,1‰) [3], [4]. Kết quả này của chúng tôi tỷ lệ này tương đương với một số nước có tỷ lệ tử vong thấp trên thế giới (TStử vong các nước trên thế giới ở mức 2 đến 2,5‰), trong khu vực Đông Nam á, tỷ lệ này cao hơn Brunei (3‰) thấp hơn Malaixia, Xingapore (5‰) [5]. Nguyên nhân có sự khác biệt trên đây do nhiều nguyên nhân khác nhau về cơ cấu dân số, tuy nhiên không loại trừ nguyên nhân do khác biệt trong phương pháp điều tra.

Tỷ suất tử vong ở trẻ nam cao hơn nữ nhưng sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ) ở hầu hết các nhóm tuổi. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu của nhiều tác giả khác ở Việt Nam trước đây và một số tác giả nước ngoài trong y văn [2], [5]. Với chỉ số IMR qua kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi từ 9,9‰ (2013) đến 15,7‰ (2014) thấp hơn các nghiên cứu của Lê Vũ Anh tại An Hải năm 1997-1999 [2], nhưng thấp hơn so với báo cáo chung của cả nước 2014 (31,5‰) [3].

Để đưa ra nhận định với sự khác nhau giữa các nguồn số liệu từ báo cáo bệnh viện và nghiên cứu tại cộng đồng, chúng tôi so sánh cơ cấu tử vong trẻ em trong nghiên cứu này nhận thấy có nhiều khác biệt với các nghiên cứu khác tại các bệnh viện trong nước và nước ngoài đều cho số liệu rất khác với nghiên cứu của chúng tôi tại cộng đồng về cơ cấu tử vong trẻ em [6], [7]. Sự khác nhau trên có thể giải thích bằng sự khác nhau về nguồn số liệu, trong đó tử vong ở bệnh

viện phụ thuộc vào các đặc điểm bệnh lý của từng nhóm tuổi dẫn đến tử vong. Một điều nhận thấy từ hai nguồn số liệu ở đây là có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em trai và gái chết ở bệnh viện, trong đó trẻ trai có tỷ lệ chết ở bệnh viện cao hơn nghĩa là được quan tâm nhiều hơn của gia đình. Chúng tôi sẽ bàn luận thêm về nơi tử vong trong phần sau.

Tỷ suất tử vong người lớn cho thấy tỷ suất tử vong của nam cao hơn nữ có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) ở hầu hết các nhóm tuổi trong cả 3 năm, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Vũ Anh ở An Hải năm 2012 [2]. Về cơ cấu tử vong theo các nhóm tuổi chúng tôi thấy có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi gần giống với kết quả của Nguyễn Mong, khác với công trình nghiên cứu của Lê Vũ Anh. Do các trường hợp tử vong chu sinh được phát hiện bổ sung thêm trong nghiên cứu của chúng tôi (tới 40% nên góp phần làm cho phân bố tử vong nhóm dưới 15 cao hơn [2].

Nguyên nhân tử vong do một số bệnh thường gặp ở trẻ em trong nghiên cứu này cho thấy đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong là tai nạn, ngộ độc (32,4%) tiếp đến là tử vong chu sinh (29,6%) rồi mới đến các nhóm bệnh hô hấp, thần kinh, khối u.... Tuy nhiên ở các nhóm tuổi khác nhau thì nguyên nhân tử vong cũng khác nhau.

Trong số những THtử vong do tai nạn, nhóm tuổi < 5 tuổi chiếm 28,6%, còn lại 71,4% là 5 - 14 tuổi. Cho dù không có kết quả riêng cho trẻ em trong Niên giám thống kê y tế, kết quả này không giống với mô hình bệnh dẫn tới tử vong công bố trong Niên giám thống kê (dựa vào báo cáo thống kê bệnh tật) cùng năm 2014 về 10 nguyên nhân chết cả người lớn và trẻ em theo thứ tự: 1- chấn thương sọ não, 2 - tai nạn giao thông, 3 - viêm phổi, 4 - chảy máu não, 5 - AIDS, 6 - tự tử, 7 - lao, 8 - tai biến mạch máu não, 9 - suy tim, 10 - tiêu chảy. So với các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại các bệnh viện Nhi và khoa Nhi của các bệnh viện đa khoa

có sự khác biệt khá rõ, tử vong tại bệnh viện hàng đầu là do bệnh lý hô hấp, bệnh lý sơ sinh, bệnh nhiễm khuẩn, viêm não... [6], [7].

Đối với nhóm trẻ 0 - 28 ngày tử vong chu sinh đứng hàng đầu (64%). Với nhóm tuổi 29 ngày - 12 tháng, nguyên nhân hàng đầu là nhóm bệnh hô hấp, tiếp theo là nhóm bệnh thần kinh, dị tật, tai nạn... Với nhóm tuổi 1 - < 5 tuổi, nguyên nhân tử vong do tai nạn đứng hàng đầu (76,9%), trong đó chủ yếu là đuối nước, các nguyên nhân còn lại chiếm tỷ lệ rất ít trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 6/4 (Đình Văn Thức là 5/1) [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 3 nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em < 5 tuổi là tử vong chu sinh, tai nạn, nhiễm khuẩn hô hấp cấp kết quả này phù hợp với hầu hết các công trình nghiên cứu trong và ngoài nước. Nhóm 5 - <15 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 trường hợp tử vong thì 24 TH tử vong do tai nạn (chiếm 75%) trong đó gồm sét đánh (8/24), đuối nước (10/24), tai nạn giao thông (6/24). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [9].

Ở người lớn, nguyên nhân tử vong do một số bệnh thường gặp hàng đầu là nhóm khối u (24,3%) tiếp theo là các bệnh tim mạch, tai nạn và ngộ độc, tiêu hoá... Kết quả của chúng tôi gần giống với kết quả của Lê Vũ Anh nghiên cứu tại An Hải - Hải Phòng và Vũ Thịnh nghiên cứu tại bệnh viện tuyến huyện (2013), tuy nhiên nhóm tai nạn của chúng tôi có khác hai nghiên cứu trên (chúng tôi: 13,3%, Lê Vũ Anh: 19,63%, Vũ Thịnh: 5,8%) [2]. Đối với nhóm khối u tim mạch tỷ lệ tử vong ở nam và nữ có khác nhau nhưng không rõ rệt, nhóm tai nạn ngộ độc ở nam nhiều hơn nữ rõ rệt ( $P < 0,01$ ) nhóm bệnh tiêu hoá nữ nhiều hơn nam, bệnh hô hấp nam và nữ tương đương nhau, kết quả này tương tự với kết quả của Suraya ở Malaysia [9].

Theo nghiên cứu của chúng tôi phân bố tử vong do bệnh truyền nhiễm là thấp nhất (trẻ em: 1,9%, người lớn: 3,7%) tử vong do nhóm bệnh không truyền nhiễm cao nhất (trẻ em: 65,7%, người lớn: 71,5%) tử vong do nhóm tai nạn, ngộ độc xếp thứ 2 nhưng khá cao ở trẻ em (trẻ em: 30,6%, người lớn: 13,2%). Điều này thể hiện một bước chuyển tiếp dịch tễ học trong các nguyên nhân tử vong, từ chỗ chết vì các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm, ngay cả với nhóm trẻ em - nhóm tuổi có sức đề kháng với nhiễm trùng rất kém. Nếu xếp xếp nguyên nhân tử vong 21 nhóm của ICD-10 chúng tôi thấy nguyên nhân tử vong ở trẻ em hàng đầu là

chết chu sinh và tai nạn (32,4% cho mỗi nhóm), tiếp theo là các nhóm: hô hấp (10,2%), thần kinh (6,5%), khối u (5,6%), dị tật (4,6%)... Còn đối với người lớn nguyên nhân tử vong hàng đầu là chết do khối u (24,3%), tiếp theo là các nhóm bệnh: tuần hoàn (20,3%), tai nạn (13,3%), và một tỷ lệ không lớn là các nguyên nhân không phân loại được (12,4%), sau cùng là bệnh tiêu hoá (8,6%)...

## V. KẾT LUẬN

Tỷ suất tử vong từ năm 2012- 2014 dao động từ 3,4 - 3,9 ‰. Ở trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ tử vong gặp nhiều ở trẻ dưới 5 tuổi có xu hướng tăng dần theo tuổi và qua các năm và nguyên nhân tử vong hàng đầu là do tai nạn, ngộ độc, tử vong chu sinh và bệnh hô hấp. Ở người lớn, tỉ suất tử vong tăng dần theo tuổi đặc biệt ngoài 30 tuổi trở lên, tỉ suất tử vong cao nhất ở tuổi trên 75 (tỉ suất tử vong từ 2012-2014 là từ 57,6 - 61,5‰), nguyên nhân chủ yếu là do nhóm bệnh khối u, bệnh tim mạch, tai nạn, bệnh tiêu hoá, bệnh hô hấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu Nhạn** (2001). Nghiên cứu thực trạng sức khỏe và mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam, Đề xuất các biện pháp khắc phục, Đề tài Khoa học công nghệ cấp nhà nước, Hà Nội.
2. **Lê Vũ Anh** (2000). Nghiên cứu áp dụng phương pháp đánh giá gánh nặng bệnh tật qua số liệu tử vong tại An Hải - Hải Phòng năm 2000, Báo cáo tổng kết đề tài Nghiên cứu khoa học cấp bộ.
3. **Bộ Y tế** (2016), Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2015), Bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan lần thứ 10 (ICD10), Tập 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
5. **WHO** (2009), Noncommunicable diseases, poverty and the development agenda.
6. **Nguyễn Thị Thái Hà** (2008). Nghiên cứu tình hình và nguyên nhân tử vong ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương từ tháng 9/2006 - 8/2008, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Võ Phương Khanh, Trịnh Hữu Tùng, Thái Thanh Tùng** (2008), Mô hình bệnh tật tại bệnh viện Nhi Đông 2 (2005 - 2007), Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 12(4): 92 - 98.
8. **Đình Văn Thức** (2002). Nghiên cứu tử vong trẻ em dưới 5 tuổi và hiệu quả của biện pháp tuyên truyền giáo dục làm giảm tỷ lệ tử vong dưới nước tại cộng đồng ngoại thành Hải Phòng (1995 - 1999), Luận án tiến sĩ Y Học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Suraya Abdul-Razak, M. Fam** (2017). Child and Adolescent Mortality Across Malaysia's Epidemiological Transition: A Systematic Analysis of Global Burden of Disease Data. Journal of adolescent health, 1-10.