

viêm thực quản, nuốt đau [9]. Nghiên cứu TAX-324 ghi nhận trong thời gian hoá xạ đồng thời, độc tính chủ yếu hay gặp đó là viêm niêm mạc với tỷ lệ độ 3-4 là 37%. Tiếp đến là viêm thực quản 23%, nôn và buồn nôn ít gặp, dưới 10% [8].

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn III, IV (M0) được điều trị hoá chất cảm ứng phác đồ TCF theo sau là hoá xạ đồng thời platinum tuần, chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị 13,5 tháng và độc tính phác đồ hóa xạ đồng thời chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F. **Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.** CA Cancer J Clin 2021, 71, 209–249, doi:10.3322/caac.21660.
2. Nguyễn Văn Hiếu. **Ung Thư Học; Nhà xuất bản Y học, 2015;**
3. Schrijvers, D.; Van Herpen, C.; Kerger, J.; Joosens, E.; Van Laer, C.; Awada, A.; Van den Weyngaert, D.; Nguyen, H.; Le Bouder, C.; Castelijns, J.A.; et al. Docetaxel, Cisplatin and 5-Fluorouracil in Patients with Locally Advanced Unresectable Head and Neck Cancer: A Phase I-II Feasibility Study. Ann Oncol 2004, 15, 638–645, doi:10.1093/annonc/mdh145.
4. Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Tishler, R.B.; Fried, M.P.; Gomolin, H.I.; Amrein, P.; Nixon, A.; Lamb, C.; Costello, R.; Barton, J.; et al. Phase II Trial of Docetaxel, Cisplatin, Fluorouracil, and Leucovorin as Induction for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. J Clin Oncol 1999, 17, 3503–3511, doi:10.1200/JCO.1999.17.11.3503.
5. Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Tishler, R.B.; Lamb, C.C.; Fried, M.P.; Goguen, L.A.; Gopal, H.V.; Costello, R.; Read, R.; Adak, S.; et al. Phase I/II Trial of Outpatient Docetaxel, Cisplatin, 5-Fluorouracil, Leucovorin (OpTPFL) as Induction for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck (SCCHN). Am J Clin Oncol 2002, 25, 153–159, doi:10.1097/0000421-200204000-00010.
6. Haddad, R.I.; Posner, M.; Hitt, R.; Cohen, E.E.W.; Schulten, J.; Lefebvre, J.-L.; Vermorken, J.B. Induction Chemotherapy in Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: Role, Controversy, and Future Directions. Ann Oncol 2018, 29, 1130–1140, doi:10.1093/annonc/mdy102.
7. Posner, M.R.; Glisson, B.; Frenette, G.; Al-Sarraf, M.; Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Seroskie, J.D.; Shin, D.M.; Olivares, R.; Garay, C.A. Multicenter Phase I-II Trial of Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil Induction Chemotherapy for Patients with Locally Advanced Squamous Cell Cancer of the Head and Neck. J Clin Oncol 2001, 19, 1096–1104, doi:10.1200/JCO.2001.19.4.1096.
8. Posner, M.R.; Hershock, D.M.; Blajman, C.R.; Mickiewicz, E.; Winquist, E.; Gorbounova, V.; Tjulandin, S.; Shin, D.M.; Cullen, K.; Ervin, T.J.; et al. Cisplatin and Fluorouracil Alone or with Docetaxel in Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2007, 357, 1705–1715, doi:10.1056/NEJMoa070956.
9. Vermorken, J.B.; Remenar, E.; van Herpen, C.; Gorlia, T.; Mesia, R.; Degardin, M.; Stewart, J.S.; Jelic, S.; Betka, J.; Preiss, J.H.; et al. Cisplatin, Fluorouracil, and Docetaxel in Unresectable Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2007, 357, 1695–1704, doi:10.1056/NEJMoa071028.
10. **National comprehensive cancer network (NCCN) NCCN Practice Guideline for Head and Neck Cancer, Version 2022; 2022;**

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC TÂY NGUYÊN NĂM 2012 -2014

Nguyễn Xuân Kiên¹, Nguyễn Văn Chuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên năm 2012- 2014. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, dựa trên số liệu của 69 trạm Y tế xã thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên từ năm 2012-2014 về các chỉ tiêu chăm sóc

sức khỏe sinh sản cho bà mẹ và trẻ em. **Kết quả:** Thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các tỉnh Tây Nguyên cho thấy số lượng sản phụ được khám thai có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ khám 1,2 và đủ 3 lần tương ứng tỷ lệ 33,3%, 32,3% và 34,4%. Phần lớn (87,4%) sản phụ được tiêm đủ 2 mũi vắc xin phòng uốn ván trước sinh. Tỷ lệ sản phụ sinh tại Trạm đạt thấp 27,6%. Tỷ lệ sản phụ được chuyển tuyến là 25,0%. Tỷ lệ sản phụ sinh tại nhà có nhân viên y tế giúp đỡ (kể cả bà đỡ/mụ vườn) 47,4%. Tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ chung là 90,8%. Tỷ lệ bà mẹ dưới 49 tuổi hiện đang áp dụng 1 biện pháp tránh thai hiện đại chung ở 5 tỉnh là 35,8%. **Kết luận:** Hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại vùng Tây Nguyên ngày

¹Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: nguyensexuankien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

càng được quan tâm, từ năm 2012-2014 có sự cải thiện về tỉ lệ khám thai, tiêm phòng vắc xin, phòng uốn ván qua các năm. Tỉ lệ các bà mẹ mang thai được chăm sóc y tế có sự can thiệp đáng kể. Các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ đã chú trọng tới sử dụng biện pháp tránh thai tuy nhiên tỉ lệ còn thấp so với yêu cầu chung của cả nước.

Từ khóa: sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe sinh sản, vùng Tây Nguyên

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH CARE OF ETHNIC MINORITIES IN THE CENTRAL HIGHLANDS IN 2012-2014

Objective: describe the current state of reproductive health care of ethnic minorities in the Central Highlands in 2012-2014. **Methods:** a retrospective study, based on data from 69 commune health stations in 5 provinces of the Central Highlands from 2012-2014 on indicators of reproductive health care for mothers and children. **Results:** The status of reproductive health care activities in the Central Highlands provinces shows that the number of pregnant women receiving antenatal care tends to increase. Rates of 1, 2 and 3 full examinations are 33.3%, 32.3% and 34.4%, respectively. The majority (87.4%) of pregnant women received 2 doses of tetanus vaccine before giving birth. The rate of pregnant women giving birth at the station was as low as 27.6%. The rate of pregnant women being referred was 25.0%. Percentage of women giving birth at home with the help of medical staff (including midwives/gardeners) 47.4%. The overall rate of being fully immunized is 90.8%. The percentage of mothers under 49 years old who are currently using a common modern method of contraception in 5 provinces is 35.8%. **Conclusion:** Reproductive health care activities in the Central Highlands are increasingly interested in, from 2012-2014 there has been an improvement in the rate of antenatal care, vaccination, and tetanus prevention over the years. The proportion of pregnant mothers receiving medical care has significantly improved. Mothers of childbearing age have focused on using contraceptives, but the rate is still low compared to the national requirements.

Keywords: reproductive health, reproductive health care, Central Highlands

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe phụ nữ luôn được đặt ở vị trí ưu tiên trong các chiến lược chăm sóc sức khỏe cho toàn dân. Các can thiệp về chăm sóc sức khỏe phụ nữ đã được bao phủ trong các tỉnh thành trong cả nước. Thành quả của sự nỗ lực đó là sức khỏe của phụ nữ đã được cải thiện rõ rệt trong vài thập kỷ qua. Tổng kết Mục tiêu Thiên niên kỷ, Việt Nam đã giảm được tỷ suất tử vong mẹ từ 233/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 1990 xuống còn 59/100.000 vào năm 2015, giảm hơn 70% tỷ lệ tử vong mẹ trong giai đoạn này [1].

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, về phong tục tập quán khác nhau. Do vị trí địa lý (vùng núi, vùng sâu vùng xa), điều kiện canh tác không ổn định, chưa hoàn toàn theo kịp với cách làm ăn mới, nên đời sống kinh tế còn thấp, tỷ lệ hộ nghèo vẫn còn cao (nhất là ở vùng sâu, vùng xa). Thêm vào đó, trình độ dân trí nhìn chung còn thấp, môi trường sống có nhiều yếu tố bất lợi, người dân còn nhiều phong tục tập quán lạc hậu đã tác động nhiều tới tình hình sức khỏe của đồng bào các dân tộc ở khu vực này. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con tại nhà rất cao (từ 40-60%) ở các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên [2]. 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. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đề cập riêng tới thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản của của đồng bào các dân tộc khu vực Tây Nguyên. Do vậy, để góp phần đề ra các biện pháp khả thi để nâng cao sức khỏe của bà mẹ, trẻ em tại khu vực Tây Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản cộng đồng dân tộc vùng Tây Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* Đối tượng nghiên cứu

- Phụ nữ mang thai.
- Bà mẹ nuôi con dưới 49 tuổi.
- Trạm y tế các xã thuộc các tỉnh Tây Nguyên.

* Địa điểm và phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành tại 5 tỉnh Tây Nguyên. Mỗi tỉnh lựa chọn 3-4 huyện điều tra. Tại các huyện điều tra, lập danh sách tất cả các xã của các huyện, lựa chọn ngẫu nhiên 69 xã tại các huyện.

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, dựa trên số liệu thống kê của các trạm y tế các xã về các chỉ tiêu nghiên cứu trong thời gian từ năm 2012 đến năm 2014.

* Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

- Nơi khám thai của các bà mẹ mang thai tại 5 tỉnh.
- Số lần khám thai của các bà mẹ mang thai tại 5 tỉnh.
- Thực hành tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ mang thai tại 5 tỉnh.
- Tỉ lệ sinh con tại các trạm y tế của 5 tỉnh

Tây Nguyên.

- Các BPTT hiện phụ nữ dưới 49 tuổi sử dụng.
- Thực trạng công tác tiêm chủng của trạm y tế xã ở 5 tỉnh.

***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

***Hoạt động khám thai.** Kết quả điều tra về chăm sóc bà mẹ khi mang thai của 69 Trạm y tế xã ở 5 tỉnh trong 3 năm vừa qua được trình bày trong bảng sau

Bảng 1. Hoạt động khám thai, tiêm phòng Uốn ván cho bà mẹ mang thai của 5 tỉnh

Thời gian và chỉ số	Tỉnh					Chung
	ĐL	ĐN	GL	KT	LĐ	
Năm 2012						
- TS BM được khám	9932	7820	3845	3828	3735	29160
- % khám 1 lần	31,3	37,0	26,7	45,4	29,7	33,9
- % khám 2 lần	32,1	31,3	23,9	30,3	28,3	30,1
- % khám đủ 3 lần	36,6	31,7	49,4	24,3	42,0	36,0
- % tiêm VXUV 2 mũi	81,7	91,1	94,6	97,1	50,1	82,9
Năm 2013						
- TS BM được khám	9972	7940	3803	4181	4043	29939
- % khám 1 lần	31,6	36,2	27,0	47,2	33,8	34,7
- % khám 2 lần	33,8	31,9	21,0	27,4	23,5	29,4
- % khám đủ 3 lần	34,6	31,9	52,1	25,4	42,7	35,9
- % tiêm VXUV 2 mũi	97,9	90,5	95,6	98,9	90,2	94,6
Năm 2014						
- TS BM được khám	11088	13015	2969	5174	4160	36406
- % khám 1 lần	28,7	24,6	42,5	46,3	31,5	31,2
- % khám 2 lần	32,3	52,0	34,2	27,0	22,3	37,6
- % khám đủ 3 lần	39,1	23,4	23,3	26,7	46,2	31,2
- % tiêm VXUV 2 mũi	93,0	91,6	95,7	92,7	61,6	86,9
Chung 3 năm						
- TS BM được khám	30992	28775	10617	13183	11938	95505
- % khám 1 lần	30,5	32,6	32,1	46,3	31,7	33,3
- % khám 2 lần	32,7	38,4	26,4	28,1	24,7	32,3
- % khám đủ 3 lần	36,8	29,0	41,5	25,5	43,6	34,4
- % tiêm VXUV 2 mũi	90,8	91,1	95,0	96,2	63,5	87,4

+ Nhìn chung, số lượng bà mẹ mang thai được khám thai có xu hướng tăng theo thời gian. xu hướng này xảy ra ở 4/5 tỉnh được điều tra, trừ Gia Lai. Cụ thể, tổng số bà mẹ mang thai được khám thai trong 3 năm qua là 95505 người, số lượng này cao nhất năm 2014: 36406 trường hợp, tiếp đến là năm 2013 với 29939 trường hợp và thấp nhất năm 2012: 29160 trường hợp, trong đó tỷ lệ khám 1,2 và đủ 3 lần là tương đương nhau (33,3, 32,3 và 34,4%).

+ Xét theo từng tỉnh chung cho cả 3 năm cho thấy: tỉnh có số bà mẹ được khám thai cao nhất là Đắk Lắk: 30992 bà mẹ, tiếp đến là Đắk Nông: 28775 và thấp nhất ở Gia Lai: 10617 bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ mang thai được khám đủ 3 lần

cao nhất ở Lâm Đồng: 43,6%, tiếp theo là Gia Lai: 41,5% và thấp nhất là Kon Tum: 25,5%. Như vậy, số bà mẹ được khám thai ở Gia Lai là thấp nhất, nhưng tỷ lệ được khám đủ 3 lần là cao đứng hàng thứ 2 trong 5 tỉnh.

+ Phần lớn các bà mẹ mang thai đã được tiêm đủ 2 mũi vắc xin phòng bệnh uốn ván, chiếm tỷ lệ chung là 87,4%. Tỷ lệ này cao nhất ở Kon Tum: 96,2% tiếp đến là Gia Lai: 95,0% và thấp nhất ở Lâm Đồng: 63,5%.

* Tiêm chủng phòng bệnh

Kết quả điều tra hồi cứu về công tác tiêm chủng của 69 Trạm y tế xã ở 5 tỉnh trong 3 năm vừa qua được trình bày trong bảng sau.

Bảng 2. Tiêm chủng của Trạm trong 3 năm qua (2012-2014) tại 5 tỉnh

Thời gian và chỉ số	Tỉnh					Chung
	ĐL	ĐN	GL	KT	LĐ	
Năm 2012						

- Số cần tiêm	11386	4356	4359	4415	1862	26378
- Tỷ lệ được tiêm	69,6	93,4	83,4	86,7	94,6	80,4
- Tỷ lệ <1 tuổi tiêm đủ	61,1	58,6	69,8	52,8	49,0	58,3
Năm 2013						
- Số cần tiêm	10291	4436	5243	3787	1857	25614
- Tỷ lệ được tiêm	98,1	94,1	81,1	92,4	96,1	97,9
- Tỷ lệ <1 tuổi tiêm đủ	62,2	66,6	62,9	53,2	56,4	60,3
Năm 2014						
- Số cần tiêm	9962	4563	5888	3792	1838	26043
- Tỷ lệ được tiêm	98,6	85,6	93,3	95,4	97,4	94,1
- Tỷ lệ <1 tuổi tiêm đủ	57,9	53,8	68,1	54,2	54,7	57,7
Chung 3 năm						
- Số cần tiêm	31639	13355	15490	11994	5557	78035
- Tỷ lệ được tiêm	88,0	91,0	85,9	91,5	96,0	90,8
- Tỷ lệ <1 tuổi tiêm đủ	60,4	59,7	66,9	53,4	53,4	58,8

- Về tỉ lệ tiêm chủng nói chung, xét riêng theo các năm nhận thấy:

Năm 2012: Tỷ lệ tiêm chủng chung tại Trạm là 80,4%. Cao nhất ở Lâm Đồng: 94,6%, thấp nhất ở Đắk Lắk: 69,6%. Năm 2013: Tỷ lệ tiêm chủng chung tại Trạm là 97,9%. Năm 2014: Tỷ lệ tiêm chủng chung tại Trạm là 94,1%. Cao nhất ở Đắk Lắk: 98,6%, thấp nhất ở Đắk Nông: 85,6%.

- Đối với tỉ lệ <1 tuổi tiêm đủ vẫn còn ở mức thấp, dao động quanh mức 60%. Xét chung 3 năm trong giai đoạn 2012 – 2014 cho thấy tình hình cao nhất là Gia Lai (66,9%) và thấp nhất là Kon Tum (54,2%).

* **Sinh đẻ tại Trạm y tế.** Số liệu điều tra về tình hình sinh đẻ tại Trạm của 69 Trạm y tế xã của 5 tỉnh được thể hiện trong bảng sau.

Bảng 3. Sinh đẻ tại Trạm trong 3 năm qua (2012- 2014) của 5 tỉnh

Thời gian và chỉ số	Tỉnh					Chung
	ĐL	ĐN	GL	KT	LĐ	
Năm 2012						
- Tổng số sinh tại Trạm	5035	4000	2447	2627	2447	16556
- % sinh tại Trạm	21,1	38,4	20,6	29,9	21,4	26,7
- % chuyển đi	29,7	21,3	19,4	23,8	9,4	22,2
- % sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ	49,2	40,3	60,0	46,3	69,2	51,1
Năm 2013						
- Tổng số sinh tại Trạm	5076	3888	2305	2649	1400	15318
- % sinh tại Trạm	22,1	43,1	24,2	28,0	23,9	28,9
- % chuyển đi	36,5	23,6	20,5	25,0	19,2	27,2
- % sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ	41,5	33,3	55,4	47,0	56,9	43,9
Năm 2014						
- Tổng số sinh tại Trạm	4686	3525	2713	2858	2325	16107
- % sinh tại Trạm	21,2	43,7	24,3	28,2	17,5	27,4
- % chuyển đi	36,1	25,3	24,1	22,5	11,5	25,7
- % sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ	42,7	31,0	51,6	49,3	71,0	46,9
Chung 3 năm						
- Tổng số sinh tại Trạm	14797	11413	7465	8134	6172	47981
- % sinh tại Trạm	21,5	41,6	23,1	28,7	20,5	27,6
- % chuyển đi	34,0	23,3	21,4	23,7	12,4	25,0
- % sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ	44,5	35,0	55,5	47,6	67,1	47,4

+ Tỷ lệ sinh tại Trạm chung cho 5 tỉnh trong 3 năm 2012, 2013 và 2014 là khá thấp, chỉ chiếm 27,6%, trong đó, cao nhất ở Đắk Nông (41,6%); thấp nhất ở Lâm Đồng (20,5%). Tìm hiểu riêng cho từng năm, kết quả như sau:

- Năm 2012: Tỷ lệ sinh tại Trạm chung là 26,7%. Cao nhất ở Đắk Nông: 38,4%, thấp nhất

ở Gia Lai: 20,6%.

- Năm 2013: Tỷ lệ sinh tại Trạm chung là 28,9%. Cao nhất ở Đắk Nông: 43,1%, thấp nhất ở Đắk Lắk: 22,1%.

- Năm 2014: Tỷ lệ sinh tại Trạm chung là 27,4%. Cao nhất ở Đắk Nông: 43,7%, thấp nhất ở Lâm Đồng: 17,5%.

Số liệu trên còn cho thấy: ở Đắc Nông, tỷ lệ sản phụ sinh tại Trạm y tế xã luôn chiếm cao nhất trong 3 năm qua, còn Lâm Đồng thường có tỷ lệ thấp nhất.

+ Tỷ lệ sản phụ được Trạm y tế xã chuyển lên tuyến trên, sau khi được Trạm khám chung ở 5 tỉnh trong 3 năm qua là 25,0%. Trong đó, nơi có tỷ lệ này cao nhất là ở Đắc Lắc (34,0%), thấp nhất ở Lâm Đồng (12,4%). Tỷ lệ chuyển sản phụ lên tuyến trên riêng từng năm như sau: Năm 2012, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 22,2%, cao nhất ở Đắc Lắc: 29,7%, thấp nhất ở Lâm Đồng: 9,4% năm 2013, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 25,7%, cao nhất ở Đắc Lắc: 36,5% và thấp nhất ở Lâm Đồng; 19,2%. Năm 2014, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 25,7%, cao nhất ở Đắc Lắc: 36,1% và thấp nhất ở Lâm Đồng: 11,5%. Như vậy, Đắc Lắc, luôn có tỷ lệ chuyển sản phụ lên tuyến trên cao hơn các tỉnh khác và ngược lại Lâm Đồng luôn có tỷ lệ chuyển thấp nhất trong 3 năm vừa qua.

+ Tỷ lệ sản phụ được Trạm y tế xã chuyển lên tuyến trên, sau khi được Trạm khám chung ở 5 tỉnh trong 3 năm qua là 25,0% (cao nhất ở

Đắc Lắc :34,0%, thấp nhất ở Lâm Đồng; 12,4%). Tỷ lệ chuyển sản phụ lên tuyến trên riêng từng năm như sau: Năm 2012, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 22,2%, cao nhất ở Đắc Lắc: 29,7%, thấp nhất ở Lâm Đồng: 9,4%. Năm 2013, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 27,2%, cao nhất ở Đắc Lắc: 36,5%, thấp nhất ở Lâm Đồng: 19,2%. Năm 2014, tỷ lệ chuyển tuyến chung là 25,7%, cao nhất ở Đắc Lắc: 36,1%, thấp nhất ở Lâm Đồng: 11,5%.

Như vậy, Đắc Lắc, thường có tỷ lệ chuyển sản phụ lên tuyến trên cao hơn các tỉnh khác và ngược lại Lâm Đồng luôn có tỷ lệ chuyển thấp nhất.

+ Tỷ lệ sản phụ sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ (bao gồm cả bà đỡ/mụ vườn) chung trong cả 3 năm qua của 5 tỉnh là 47,4%, trong đó cao nhất ở Lâm Đồng: 67,1% và thấp nhất ở Đắc Nông: 35,0%. Phân tích kết quả thu được theo từng năm của các tỉnh cho thấy: Tỷ lệ sản phụ sinh đẻ tại nhà có NVYT giúp đỡ luôn cao nhất ở Lâm Đồng, ngược lại tỷ lệ này luôn thấp nhất ở Đắc Nông.

* Hoạt động dân số KHHGD

Bảng 4. Tỷ lệ bà mẹ < 49 tuổi đang áp dụng 1 BPTT hiện đại tại 5 tỉnh

Chỉ số	Tỉnh					Chung
	ĐL	ĐN	GL	KT	LĐ	
TS bà mẹ <49 tuổi	57001	45271	35966	20797	18818	177853
Tỷ lệ áp dụng 1 BFTT	46,4	27,9	27,8	39,0	34,7	35,8

Tỷ lệ bà mẹ dưới 49 tuổi hiện đang áp dụng 1 biện pháp tránh thai hiện đại chung ở 5 tỉnh là 35,8%, tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có chồng đang sử dụng một biện pháp tránh thai hiện đại bất kỳ là 59,8%. Xem xét trong từng tỉnh cho thấy, tỷ lệ này cao nhất ở Đắc Lắc (46,4%), thấp nhất ở Gia Lai và Đắc Nông (27,8% và 27,9%).

IV. BÀN LUẬN

Theo khuyến cáo của Bộ Y tế, trong mỗi thai kỳ, thai phụ cần phải khám thai ít nhất 3 lần. Khám thai là công việc quan trọng của quản lý chăm sóc thai nghén, việc khám thai ít nhất 3 lần vào 3 quý của thai nghén là yêu cầu cần thiết để đánh giá toàn trạng của người mẹ cũng như tình trạng của thai, nhằm phát hiện ra những nguy cơ thai nghén để có biện pháp theo dõi và xử trí kịp thời. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tổng số bà mẹ mang thai được khám thai trong 3 năm qua là 95505 người, số lượng này cao nhất năm 2014: 36406 trường hợp, tiếp đến là năm 2013 với 29939 trường hợp và thấp nhất năm 2012: 29160 trường hợp, trong đó tỷ lệ khám 1,2 và đủ 3 lần là tương đương nhau (33,3, 32,3 và 34,4%). Kết quả này thấp hơn so với điều tra tại Quảng

Ninh năm 2017 [3] và thấp hơn so với điều tra tại hai tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 [4].

Bắt nguồn từ sự hiểu biết về số lần khám thai từ đó tác động đến khả năng thực hành của người phụ nữ, thực tế số lần phụ nữ khám thai trong lần mang thai gần đây nhất thấp hơn nhiều so với kiến thức của họ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phụ nữ đã khám thai đủ "3 lần trở lên" cao nhất ở Lâm Đồng: 43,6%, tiếp theo là Gia Lai: 41,5% và thấp nhất là Kon Tum: 25,5%. Như vậy, số bà mẹ được khám thai ở Gia Lai là thấp nhất, nhưng tỷ lệ được khám đủ 3 lần là cao đứng hàng thứ 2 trong 5 tỉnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Thơm (2003) có tỷ lệ khám thai đủ là 52,3% [5]. Điều này cho thấy, công tác truyền thông về CSSKBMTE đã được thực hiện hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi phụ nữ đưa ra những lý do không đi khám thai như: "thấy không cần thiết phải đi khám thai" và "xấu hổ khi đi khám thai" hay "không biết phải đi khám thai". Phụ nữ mang thai khám thai đủ số lần sẽ tránh cho bà mẹ những nguy cơ do thai nghén và cũng làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ, tử

vong sơ sinh. Theo Đào Nguyễn Diệu Trang thì tỷ lệ chết chu sinh có quan hệ tỷ lệ nghịch với số lần khám thai hoặc không khám thai đủ số lần tối thiểu [4]. Theo Bùi Thị Mai Hương (2004) nghiên cứu về tử vong mẹ cho biết: không khám thai hoặc khám thai không đủ số lần trong thời kỳ mang thai đều là nguy cơ gây tử vong mẹ cao [6].

Trong số những phụ nữ có đi khám thai khi được phỏng vấn về thời điểm đi khám thai lần đầu đa số phụ nữ khám thai lần đầu vào 3 tháng đầu. Khi hỏi về nơi phụ nữ khám thai cho thấy có tới 82,7% - 96,0% phụ nữ khám thai tại cơ sở y tế nhà nước. Tỷ lệ phụ nữ khám thai tại cơ sở y tế tư nhân và tại nhà không đáng kể. Điều này chứng tỏ vai trò quan trọng của cơ sở y tế nhà nước trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân, cũng như sự tin tưởng của phụ nữ vào CSYT nhà nước trong công tác khám thai cho phụ nữ. Hơn nữa phụ nữ đến khám thai tại trạm y tế xã chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là điều kiện thuận lợi cho công tác truyền thông về làm mẹ an toàn ở Tây Nguyên. Chúng ta có thể phối kết hợp giữa công tác khám thai và truyền thông về làm mẹ an toàn.

Về thực hành tiêm phòng uốn ván, trong 5 tai biến sản khoa có một tai biến về phía con đó là UVSS mà hiện nay chúng ta đang phấn đấu xoá bỏ. Mặc dù trong qui định của Bộ Y tế, tiêm đủ số mũi VPUV là bắt buộc đối với phụ nữ mang thai, nhưng thực tế cho thấy còn nhiều điều phải quan tâm trong vấn đề này. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bà mẹ mang thai đã được tiêm đủ 2 mũi vắc xin phòng bệnh uốn ván, chiếm tỷ lệ chung là 87,4%. Tỷ lệ này cao nhất ở Kon Tum: 96,2% tiếp đến là Gia Lai: 95,0% và thấp nhất ở Lâm Đồng: 63,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu Đào Nguyễn Diệu Trang khi nghiên cứu về tỉ lệ tiêm uốn ván cho các bà mẹ mang thai tại vùng dân tộc thiểu số tại Ninh Thuận [4].

Tiêm phòng uốn ván đầy đủ khi có thai không những giúp người mẹ an toàn hơn trong khi đẻ mà còn giúp cho đứa trẻ ra đời có miễn dịch chống uốn ván vào thời điểm mà cơ thể chúng chưa có miễn dịch. Do đó, cần tăng cường công tác truyền thông để làm tăng nhận thức của phụ nữ trong việc chủ động phòng chống UVSS thông qua tiêm VPUV đầy đủ khi mang thai.

Về nơi sinh con, sinh con tại nhà là thói quen của phụ nữ miền núi và một số vùng nông thôn Việt Nam với người đỡ đẻ là những bà mụ vườn hoặc nữ hộ sinh có khi là người nhà tự đỡ đẻ. Khi đẻ tại nhà người mẹ có thể gặp rất nhiều những bất lợi không thể lường trước hết được như không đảm bảo vệ sinh do dụng cụ đỡ đẻ

không đảm bảo vô trùng, khi xảy ra tai biến không đủ thuốc cấp cứu hoặc không đủ trình độ chuyên môn để xử trí kịp thời dẫn đến những hậu quả nặng nề. Lý do sản phụ sinh con tại nhà có thể do phong tục tập quán lạc hậu của các vùng dân tộc không cho người lạ giúp đỡ thai phụ khi sinh đẻ vẫn còn nặng nề. Tỷ lệ sinh tại Trạm chung cho 5 tỉnh trong 3 năm 2012, 2013 và 2014 là khá thấp, chỉ chiếm 27,6%, trong đó, cao nhất ở Đắk Nông (41,6%); thấp nhất ở Lâm Đồng (20,5%). Tỷ lệ sản phụ sinh tại trạm chung ở 5 tỉnh trong 3 năm; chung ở 5 tỉnh trong từng năm và riêng ở từng tỉnh trong từng năm đều thấp hơn khi so sánh với Chuẩn quốc gia về y tế xã [7]. Theo chuẩn, tỷ lệ sản phụ sinh tại trạm phải đạt >90% tổng số sản phụ của xã. Như vậy để đạt được chỉ tiêu này, y tế tuyến xã của các tỉnh Tây Nguyên còn cần phải được đầu tư và phấn đấu nhiều hơn nữa.

Tỷ lệ đẻ tại CSYT nhà nước còn quá thấp so với chỉ tiêu của Chiến lược Quốc gia về CSSKSS giai đoạn [7]. Như vậy các đoàn thể ở hai tỉnh cần có những biện pháp hữu hiệu để hỗ trợ nhằm tăng tỷ lệ sinh con tại CSYT. Theo nghiên cứu về chết chu sinh của Bộ Y tế (2015) [8], đẻ tại nhà trong điều kiện vệ sinh không đảm bảo dẫn tới tỷ lệ chết chu sinh cao và nguy cơ cao gấp 3 lần so với đẻ tại TYT xã. Hạn chế tối đa sinh đẻ tại nhà sẽ phần nào giảm chết chu sinh cho con [7]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hồng Thơm (2005) cho thấy 24,8% số thai phụ đẻ tại nhà hoàn toàn không được hưởng dịch vụ chăm sóc trong sinh [5].

Tỷ lệ sản phụ sinh tại nhà có NVYT giúp đỡ (bao gồm cả bà đỡ/mụ vườn) chung trong cả 3 năm qua của 5 tỉnh là 47,4%, trong đó cao nhất ở Lâm Đồng: 67,1% và thấp nhất ở Đắk Nông: 35,0%. Phân tích kết quả thu được theo từng năm của các tỉnh cho thấy: Tỷ lệ sản phụ sinh đẻ tại nhà có NVYT giúp đỡ luôn cao nhất ở Lâm Đồng, ngược lại tỷ lệ này luôn thấp nhất ở Đắk Nông. Khi được hỏi về người đỡ đẻ cho mình trong lần sinh gần đây nhất, trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 5% thai phụ được đỡ đẻ bởi các bà đỡ dân gian - những người không có chuyên môn nhưng có kinh nghiệm đỡ đẻ lâu năm và là người sống trong buôn làng đó. Nếu những bà mụ vườn được tập huấn về đỡ đẻ sạch, được cung cấp gói đỡ đẻ sạch và nhận biết một số nguy cơ tai biến sản khoa thì sẽ góp phần đáng kể làm giảm tỷ lệ UVSS, tai biến sản khoa cho người mẹ. Hơn nữa ở hai tỉnh chúng tôi nghiên cứu mật độ dân cư thưa thớt không tập trung, nơi ở của dân xa cơ sở y tế nên vai trò

của các bà mẹ vườn là rất quan trọng.

Tỷ lệ bà mẹ dưới 49 tuổi hiện đang áp dụng 1 biện pháp tránh thai hiện đại chung ở 5 tỉnh là 35,8%, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 của Bộ y tế và Tổng cục thống kê, theo đó, tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có chồng đang sử dụng một biện pháp tránh thai hiện đại bất kỳ là 59,8%. Xem xét trong từng tỉnh cho thấy, tỷ lệ này cao nhất ở Đắk Lắk (46,4%), thấp nhất ở Gia Lai và Đắk Nông (27,8% và 27,9%). Điều này đặt ra yêu cầu về việc cần tổ chức thực hiện có hiệu quả việc tuyên truyền về chương trình dân số kế hoạch hóa gia đình cho cư dân vùng Tây Nguyên.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các tỉnh Tây Nguyên cho thấy số lượng sản phụ được khám thai có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ khám 1,2 và đủ 3 lần tương ứng tỷ lệ 33,3%, 32,3% và 34,4%. Phần lớn (87,4%) sản phụ được tiêm đủ 2 mũi vắc xin phòng uốn ván trước sinh. Tỷ lệ sản phụ sinh tại Trạm đạt thấp 27,6%. Tỷ lệ sản phụ được chuyển tuyến là 25,0%. Tỷ lệ sản phụ sinh tại nhà có nhân viên y tế giúp đỡ (kể cả bà đỡ/mẹ vườn) 47,4%. Tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ chung là 90,8%. Tỷ lệ bà mẹ dưới 49 tuổi hiện đang áp dụng 1 biện pháp

tránh thai hiện đại chung ở 5 tỉnh là 35,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Kế hoạch và Đầu tư** (2015), Báo cáo Quốc gia kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ của Việt Nam.
- Vụ sức khỏe Bà mẹ Trẻ em** (2016), Báo cáo tổng kết các năm 2013 - 2016.
- Trần An Dương** (2017), Thực trạng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại tuyến xã, tỉnh Quảng Ninh. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
- Đào Nguyễn Diệu Trang, Phan Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành**, (2020), Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên người dân tộc thiểu số, Tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học Việt Nam, 2(6): 54-60.
- Lê Thị Hồng Thơm** (2005). Can thiệp nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ xã Cam Chính Cam Lộ Quảng Trị. Tạp chí Y học dự phòng, 6: 47-51.
- Bùi Thị Mai Hương, Đặng Đức Phú, Nguyễn Tuấn Hưng** (2018), Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản trước sinh của phụ nữ người dân tộc thiểu số từ 15-49 tuổi tại Ninh Thuận. Tạp chí Y học Dự phòng, 28 (1): 53-60.
- Bộ Y tế** (2009), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- Bộ Y tế** (2015), Báo cáo kết quả điều tra tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG, TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ TỈNH MẠCH CÓ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ĐÍCH CHO NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG TẠI TRUNG TÂM KỸ THUẬT CAO VÀ TIÊU HÓA HÀ NỘI

Đỗ Đình Tùng¹, Trần Nguyễn Nhật¹, Trần Quang Hải¹, Lê Đức Thuận¹, Nguyễn Hoàng Việt Tuấn¹

TÓM TẮT

Phương pháp gây mê tỉnh mạch propofol kiểm soát nồng độ đích với thông khí hỗ trợ có nhiều ưu điểm so với không kiểm soát nồng độ đích, có thể áp dụng cho các can thiệp tiết niệu trung bình và ngắn, về trong ngày với hiệu quả khả cao. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng có đối chứng, tại Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hóa Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 02 năm 2021 đến

tháng 10 năm 2021, với cỡ mẫu 120 BN ASA I/II được lựa chọn cho can thiệp hệ tiết niệu có hoặc không về trong ngày, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm I (60BN) gây mê tỉnh mạch với propofol kiểm soát nồng độ đích (KSNĐĐ). Nhóm II (60BN) gây mê propofol bằng bơm điện thông thường không kiểm soát nồng độ đích. Theo nghiên cứu của chúng tôi: Mức giảm tần số tim trung bình của 2 nhóm là 24,2±9,6% và 26,4±9,8% theo thứ tự TCI/BTĐ. Số ca hạ HA và số ca phải sử dụng ephedrin nâng HA nhóm BTĐ đều nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI: 30 ca (50%) so với 18 ca (30%) và 23 ca (38,3%) so với 12 ca (20%). Điểm an thần khi về phòng hồi tỉnh nhóm kiểm soát nồng độ đích cao hơn nhóm không kiểm soát nồng độ đích: 4,5 ± 0,7 điểm so với 4,2 ± 0,6 điểm (p<0,05). Không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn và các biến chứng ở hậu phẫu giữa

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023