

môn khô.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liệu pháp tế bào CAR-T đơn lẻ hoặc CAR-T kết hợp với kháng thể đơn dòng ức chế PD-1 không ảnh hưởng tới các chỉ số bạch cầu và không gây hiệu ứng giải phóng cytokin IL-6 trên chuột thí nghiệm. Ngoài ra, sự kết hợp của tế bào CAR-T với kháng thể đơn dòng ức chế PD-1 cũng không gây phản ứng phụ có hại cho chuột thực nghiệm. Do đó, các tế bào CAR-T của chúng tôi an toàn để thử nghiệm với liệu pháp CAR-T đơn lẻ hoặc CAR-T kết hợp với kháng thể đơn dòng ức chế PD-1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Srivastava S., Riddell S. R.** (2015). Engineering CAR-T cells: Design concepts. *Trends Immunol*, 36(8): 494-502.
2. **Davis A. S., Viera A. J., Mead M. D.** (2014). Leukemia: an overview for primary care. *Am Fam Physician*, 89(9): 731-8.
3. **Novartis Navigate, Portfolio Global Product, Data Financial** (2017). Novartis Receives First Ever FDA Approval for a CAR-T Cell Therapy,

- Kymriah (TM)(CTL019), for Children and Young Adults with B-cell ALL That Is Eefractory or Has Relapsed At least Twice.
4. **Song W., Zhang M.** (2020). Use of CAR-T cell therapy, PD-1 blockade, and their combination for the treatment of hematological malignancies. *Clin Immunol*, 214: 108382.
 5. **Brudno J. N., Kochenderfer J. N.** (2019). Recent advances in CAR T-cell toxicity: Mechanisms, manifestations and management. *Blood Rev*, 34: 45-55.
 6. **Chou C. K., Turtle C. J.** (2020). Assessment and management of cytokine release syndrome and neurotoxicity following CD19 CAR-T cell therapy. *Expert Opin Biol Ther*, 20(6): 653-664.
 7. **Kaur S., Bansal Y., Kumar R., et al.** (2020). A panoramic review of IL-6: Structure, pathophysiological roles and inhibitors. *Bioorg Med Chem*, 28(5): 115327.
 8. **Yakoub-Agha I., Moreau A. S., Ahmad I., et al.** (2019). [Management of cytokine release syndrome in adult and pediatric patients undergoing CAR-T cell therapy for hematological malignancies: Recommendation of the French Society of Bone Marrow and cellular Therapy (SFGM-TC)]. *Bull Cancer*, 106(1s): S102-s109.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG TRẺ EM TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TẠI TỈNH CÀ MAU NĂM 2018 - 2022

Nguyễn Thị Lan¹, Nguyễn Minh Phương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em tại bệnh viện sẽ phản ánh được các bệnh lý, mức độ nặng liên quan đến tử vong của trẻ, đồng thời phản ánh được những hạn chế trong hệ thống y tế địa phương. **Mục tiêu:** Xác định mô hình bệnh tật, tử vong và tử vong trong 24 giờ đầu ở trẻ em tại một số bệnh viện tại tỉnh Cà Mau từ năm 2018 đến năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án điều trị nội trú và ngoại trú của trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi từ năm 2018 đến năm 2022. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Từ năm 2018 đến 2022, kết quả ghi nhận các bệnh ngoại trú thường gặp nhất là bệnh lý hô hấp (chương X) chiếm 48,9%, bệnh lý tiêu hóa (chương XI) chiếm 14,6%; bệnh lý nhiễm trùng - ký sinh trùng (chương I) chiếm 9,0%.

Các bệnh nội trú thường gặp nhất là bệnh lý hô hấp (chương X) chiếm 33,8%; bệnh lý nhiễm trùng (chương I) chiếm 28,6%; bệnh lý tiêu hóa (chương XVI) chiếm 15,4%. Tỷ lệ tử vong trẻ em cao nhất là bệnh thời kỳ chu sinh (chương XVI) và bệnh hệ tuần hoàn (chương IX) cùng chiếm 23,0% và bệnh hệ hô hấp (chương X) chiếm 18,4%. Tỷ lệ tử vong 24 giờ ở trẻ em là 61,5%. **Kết luận:** Các bệnh hệ hô hấp, tiêu hóa, nhiễm trùng là những chương bệnh có tỷ lệ khám và điều trị cao nhất qua các năm. Trong đó, các bệnh lý liên quan đến hệ tuần hoàn, các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh thời kỳ chu sinh có tỷ lệ tử vong trong 24 giờ cao nhất.

Từ khoá: Mô hình bệnh tật; Bệnh tật trẻ em; Tử vong 24 giờ.

SUMMARY

RESEARCH ON CHILD MORBIDITY AND MORTALITY MODELS IN SOME HOSPITALS IN CA MAU PROVINCE IN 2018 - 2022

Background: Children was morbidity and mortality patterns in hospitals will reflect the diseases and severity of death related to children, and also show limitations in the local health system. **Objectives:** Identifying patterns of morbidity, mortality and mortality in the first 24 hours in children at some hospitals in Ca Mau province from 2018 to 2022. **Materials and methods:** Research on medical

¹Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan

Email: lanbscm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

records of inpatient and outpatient treatment of children at Ca Mau Provincial General Hospital, Ca Mau Province Obstetrics and Pediatrics Hospital, Cai Nuoc General Hospital and Dam Doi General Hospital since 2018 to 2022. The study was carried out by a retrospective descriptive method. **Results:** From 2018 to 2022, the most common outpatient diseases recorded were respiratory diseases (chapter X) accounting for 48.9%, digestive diseases (chapter XI) accounting for 14.6%; infectious and parasitic diseases (chapter I) accounted for 9.0%. The most common inpatient diseases were respiratory diseases (chapter X) accounting for 33.8%; infectious diseases (chapter I) accounted for 28.6%; digestive diseases (chapter XVI) accounted for 15.4%. The highest rate of child mortality was perinatal (chapter XVI) and circulatory system diseases (chapter IX) together accounting for 23.0% and respiratory diseases (chapter X) accounting for 18.4%. The 24-hour mortality rate in children was 61.5%. **Conclusion:** Respiratory, digestive, and infectious diseases were the diseases with the highest rate of examination and treatment over the years. In which, diseases related to the circulatory system, clinical and subclinical symptoms and abnormalities, and perinatal diseases had the highest 24-hour mortality rate.

Keywords: Disease pattern; Children diseases; 24 hours death

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp ngành y tế có thể xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người dân một cách toàn diện. Hiện nay, với sự phát triển của xã hội mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam đã có sự thay đổi. Theo Báo cáo của LHQ, trên thế giới cứ năm giây lại có một trẻ dưới 15 tuổi tử vong [8]. Nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa năm 2019 đã cho thấy phần lớn mô hình bệnh tật ở trẻ em là các bệnh lý truyền nhiễm, tỷ lệ tử vong trẻ em do các bệnh lý nhiễm trùng chiếm đến 60,2%, tuy nhiên tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích đang có xu hướng gia tăng [5]. Một vấn đề đang được quan tâm là tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện của trẻ, tỷ lệ tử vong 24 giờ đầu nhập viện đánh giá được phần nào khả năng đáp ứng của các cơ sở y tế trong công tác điều trị. Tại Cà Mau hiện chưa có nghiên cứu chính thức nào ghi nhận mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em, cũng như tình trạng tử vong ở trẻ trong vòng 24 giờ đầu. Chính vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu cụ thể sau:

1. *Xác định mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tại một số bệnh viện tại tỉnh Cà Mau năm 2018 – 2022.*

2. *Xác định tỷ lệ tử vong và nguyên nhân tử*

vong trong 24 giờ đầu nhập viện tại một số bệnh viện tại tỉnh Cà Mau năm 2018 – 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả hồ sơ bệnh án điều trị nội trú, ngoại trú, tử vong, tử vong 24 giờ của trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi từ năm 2018-2022.

Tiêu chuẩn chọn: Hồ sơ bệnh án, hồ sơ lưu trên phần mềm khám chữa bệnh có đầy đủ thông tin được quản lý tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi, bao gồm tuổi, giới tính, ngày nhập viện, chẩn đoán, mã chẩn đoán theo ICD, kết quả điều trị,....

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi người nước ngoài hoặc quốc tịch nước ngoài.

Thời gian và địa điểm: các bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu. Chọn tất cả hồ sơ bệnh nhi điều trị nội trú và ngoại trú được quản lý tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

- Thông tin chung gồm: tuổi, giới tính, thời gian nhập viện, loại hình điều trị.

- Mô hình bệnh tật:

+ Mô hình bệnh tật theo ICD 10 gồm 22 chương bệnh.

+ 10 bệnh phổ biến nhất theo ICD 10

+ Phân nhóm bệnh theo chẩn đoán (bệnh lây, bệnh không lây, tại nạn thương tích).

- Mô hình tử vong:

+ Mô hình tử vong theo ICD 10 gồm 22 chương bệnh

+ 10 bệnh gây tử vong phổ biến nhất theo ICD 10

+ Phân nhóm tử vong theo chẩn đoán (bệnh lây, bệnh không lây, tại nạn thương tích).

- Tỷ lệ tử vong trẻ em trong 24 giờ đầu nhập viện
- + Tỷ lệ tử vong 24 giờ/số trẻ tử vong
- + Tỷ lệ tử vong 24 giờ theo năm
- + Tỷ lệ tử vong 24 giờ theo nhóm bệnh (bệnh lây, bệnh không lây, tại nạn thương tích).
- + Nguyên nhân tử vong 24 giờ theo ICD 10

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: hồ sơ lưu khám chữa bệnh tại các bệnh viện qua 5 năm.

Mã hóa số liệu và xử lý bằng phần mềm Excel 2016 và phần mềm spss 18.0.

2.2.6. Phương pháp kiểm soát sai số. Số liệu thu thập là số liệu chính thức xuất ra từ phần mềm khám chữa bệnh của các bệnh viện.

2.2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Bảng 1. Phân bố bệnh ngoại trú theo ICD-10

Chương bệnh	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	Chung n (%)
I	3071 (10,5)	2707 (8,8)	1682 (7,4)	971 (7,1)	1745 (9,8)	10176 (9,0)
X	14726 (50,6)	16587 (54,2)	10707 (47,4)	5826 (42,9)	7729 (43,5)	55575 (48,9)
XI	3992 (13,7)	3823 (12,5)	3520 (15,6)	2342 (17,2)	2969 (16,7)	16646 (14,6)
XII	2291 (7,9)	2197 (7,2)	1853 (8,2)	1066 (7,8)	1356 (7,6)	8763 (7,7)
XIX	938 (3,2)	1285 (4,2)	1306 (5,8)	958 (7,1)	1204 (6,8)	5691 (5,0)
Chương khác	4109 (14,1)	4011 (13,1)	3526 (15,6)	2419 (17,8)	2761 (15,5)	16826 (14,8)
Tổng	29127(100)	30610(100)	22594(100)	13582(100)	17764(100)	113677(100)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ khám chữa bệnh ngoại trú thuộc chương X là cao nhất chiếm 48,9%, chương XI chiếm 14,6% và chương I là 9,0%.

Bảng 2. Phân bố bệnh nội trú theo ICD-10

Chương bệnh	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	Chung n (%)
I	6982 (25,6)	10261 (31,1)	5985 (25,6)	4747 (28,7)	7788 (31,4)	35763 (28,6)
X	9954 (36,5)	11338 (34,3)	8359 (35,7)	4232 (25,6)	8428 (34,0)	42311 (33,8)
XI	1878 (6,9)	2131 (6,4)	1733 (7,4)	1271 (7,7)	1454 (5,9)	8467 (6,8)
XVI	4765 (17,5)	4977 (15,1)	3488 (14,9)	3088 (18,7)	2895 (11,7)	19213 (15,4)
XIX	1300 (4,8)	2046 (6,2)	1811 (7,7)	1239 (7,5)	1434 (5,8)	7830 (6,3)
Chương khác	2362 (8,7)	2288 (6,9)	2048 (8,7)	1950 (11,8)	2781 (11,2)	11429 (9,1)
Tổng	27241(100)	33041(100)	23424(100)	16527(100)	24780(100)	125013(100)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ khám chữa bệnh nội trú thuộc chương X là cao nhất chiếm 33,8%, chương I là 28,6% và chương XVI là 15,4%.

Bảng 3. Phân bố bệnh nội trú và ngoại trú thường gặp ở trẻ

Nội trú			Ngoại trú		
Bệnh	Tần số	%	Bệnh	Tần số	%
Nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn khác	11370	9,1	Viêm họng cấp	18712	16,5
Viêm phổi, tác nhân không xác định	10219	8,2	Nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp	13677	12,0
Nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp	8858	7,1	Các bệnh khác của đường hô hấp trên	10775	9,5
Thai nhi và trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng do các biến chứng của chuyển dạ và cuộc	8102	6,5	Sâu răng	7559	6,6

Nhận xét: 3 bệnh khám và điều trị ngoại trú cao nhất lần lượt là viêm họng cấp, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp và các bệnh khác của đường hô hấp trên. 3 bệnh khám và điều trị nội trú cao nhất lần lượt là nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn khác, viêm phổi, tác nhân không xác định và nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp.

Xử lý bằng phần mềm Excel 2016 và phần mềm spss 18.0.

Số liệu được trình bày theo tần số, tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em. Kết quả nghiên cứu trên 238.690 lượt khám và điều trị tại 4 bệnh viện là Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cái Nước và Bệnh viện Đa khoa Đầm Dơi trong 5 năm từ 2018 đến 2022 kết quả ghi nhận tỷ lệ trẻ nam chiếm 53,5% nữ là 46,5%; tỷ lệ trẻ từ 5-15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,5%, từ 1đến dưới 5 tuổi là 38,1% và trẻ dưới 1 tuổi chiếm 18,4%.

3.1.1. Mô hình bệnh tật trẻ em

Bảng 4. Phân bố các nhóm bệnh nội trú và ngoại trú ở trẻ

Nội trú			Ngoại trú		
Bệnh	Tần số	%	Bệnh	Tần số	%
Bệnh lây truyền	78074	62,5	Bệnh lây truyền	65751	57,8
Bệnh không lây	38446	30,7	Bệnh không lây	41667	36,7
Tai nạn thương tích	8493	6,8	Tai nạn thương tích	6259	5,5
Tổng	125013	100	Tổng	113677	100

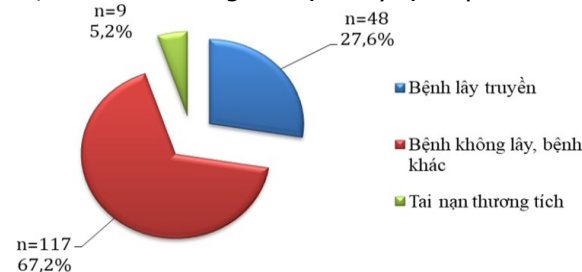
Nhận xét: Tỷ lệ trẻ khám và điều trị ngoại trú các bệnh lây truyền là 57,9%, nội trú là 62,5%. Khám và điều trị ngoại trú do tai nạn thương tích là 5,5% và nội trú là 6,8%.

3.1.2. Mô hình tử vong

Bảng 3.5. Phân bố chương bệnh tử vong ở trẻ theo ICD-10

Chương bệnh	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	Chung n (%)
I	5 (16,1)	4 (9,1)	4 (17,4)	2 (9,4)	1 (2,6)	16 (9,2)
II	0 (0)	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
VI	0 (0)	2 (4,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)
IX	7 (22,6)	7 (15,9)	2 (8,7)	10 (27,0)	14 (35,9)	40 (23,0)
X	4 (12,9)	11 (25,0)	6 (26,1)	7 (18,9)	4 (10,3)	32 (18,4)
XVI	5 (16,1)	9 (20,5)	6 (26,1)	12 (32,4)	8 (20,5)	40 (23,0)
XVII	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,6)	1 (0,6)
XVIII	7 (22,6)	7 (15,9)	5 (21,7)	6 (16,2)	5 (12,8)	30 (17,2)
XIX	3 (9,7)	3 (6,8)	0 (0)	0 (0)	3 (7,7)	9 (5,2)
XXII	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (7,7)	3 (1,7)
Tổng	31 (100)	44 (100)	23 (100)	37 (100)	39 (100)	174 (100)

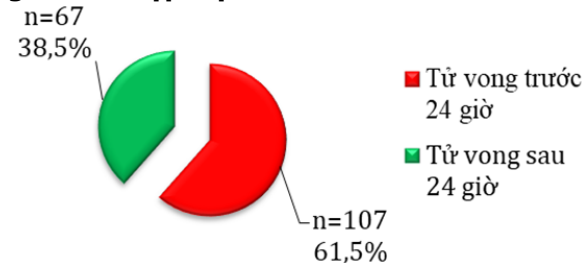
Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở trẻ thuộc chương IX và XVI là cao nhất cùng chiếm 23,0%, kế đến là chương X chiếm 18,4% và chương XVIII là 17,2%. Các chương còn lại có tỷ lệ thấp hơn.



Biểu đồ 1. Phân bố tử vong trẻ nhóm bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở trẻ nhóm bệnh lây truyền là 27,6%, bệnh không lây, bệnh khác là 67,2% và do tai nạn thương tích là 5,2%.

3.2. Tình trạng tử vong trẻ em trong 24 giờ đầu nhập viện



Biểu đồ 2. Phân bố tử vong trước và sau 24 giờ nhập viện

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ tử vong trước 24 giờ chiếm 61,5% các trường hợp tử vong và sau 24 giờ là 38,5%.

Bảng 6. Phân bố chương bệnh tử vong trước và sau 24 giờ nhập viện theo ICD 10

Chương bệnh	Tử vong trước 24 giờ n (%)	Tử vong sau 24 giờ n (%)
IX	38 (35,5)	2 (3,0)
XVIII	24 (22,4)	6 (9,0)
XVI	19 (17,8)	21 (31,3)
X	13 (12,1)	19 (28,4)
XIX	7 (6,5)	2 (3,0)
I	6 (5,6)	10 (14,9)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ tử vong trước 24 giờ chương IX cao nhất chiếm 35,5%, chương XVIII thứ hai chiếm 22,4%, thứ ba là chương XVI với 17,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em

4.1.1. Mô hình bệnh tật trẻ em.

Trong 22 chương bệnh theo ICD 10 chúng tôi ghi nhận tỷ trẻ khám chữa bệnh ngoại trú thuộc chương X (bệnh hô hấp) là cao nhất chiếm 48,9%, chương XI (Bệnh hệ tiêu hóa) chiếm 14,6% và chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) là 9,0%, chương XII chúng tôi ghi nhận có tỷ lệ cũng khá cao với 7,7%. Kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận trong 21 chương bệnh thường gặp, kết quả

ghi nhận chương bệnh chiếm hàng đầu về số lượng trẻ bệnh ngoại trú là nhóm chương X (bệnh hô hấp) 50,5%, tiếp đến là bệnh thuộc chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) chiếm 15,2% gặp nhiều vào năm 2012 và năm 2014 (16,1%), và thứ 3 là chương XII (Các bệnh da và mô dưới da) 6,2% [5].

Qua kết quả ghi nhận trong 5 năm từ năm 2018 đến 2022 chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc các bệnh điều trị nội trú thuộc chương X (bệnh hô hấp) là cao nhất chiếm 33,8%, chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) là 28,6% và chương XVI (một số bệnh lý xuất phát trong thời kỳ chu sinh) là 15,4%. Kết quả này của chúng tôi có chút khác biệt với nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận với tỷ lệ trẻ điều trị nội trú ở chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) và chương X (bệnh hô hấp) chiếm tỷ lệ cao nhất và tương đương nhau về số nguyên nhân kiến trẻ phải nhập viện điều trị (24,5% và 24,1%) [5].

Kết quả cũng ghi nhận 3 bệnh khám và điều trị ngoại trú cao nhất lần lượt là viêm họng cấp, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp và các bệnh khác của đường hô hấp trên. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận các bệnh các bệnh thường gặp nhất là các bệnh viêm họng (12,5%), nhiễm trùng hô hấp trên cấp tính chiếm 7,2%; viêm mũi họng cấp 6,5%. Đối với các bệnh thuộc chương I thì các bệnh về nhiễm siêu vi 4,7%; bệnh tay chân miệng 5,4% [5].

Về các bệnh nội trú thường gặp nhất trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận là nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn khác, viêm phổi, tác nhân không xác định và nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp có tỷ lệ lần lượt là 9,1%; 8,2% và 7,1%. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận viêm họng, viêm phổi và viêm tiểu phế quản cấp là 3 bệnh gặp nhiều nhất trong chương bệnh hô hấp [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung cũng ghi nhận viêm phổi là nguyên nhân khiến bệnh nhi nhập viện nhiều nhất chiếm 25,56%; viêm họng cấp chiếm 18,13% [2]. Nghiên cứu của Tagbo Oguonu năm 2014 tại khoa cấp cứu bệnh viện Đại học Nigeria cũng ghi nhận bệnh lý nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân nhập viện thường gặp ở trẻ em [8]. Qua các kết quả nghiên cứu cho thấy sự tương đồng về tỷ lệ mắc các bệnh điều trị nội trú phổ biến ở trẻ.

Nhìn chung thì các bệnh lý lây truyền vẫn chiếm tỷ lệ chủ yếu trong mô hình bệnh tật với tỷ lệ trung bình trong 5 năm là 57,9%, các bệnh

không lây nhiễm chiếm 36,6% và bệnh liên quan đến tai nạn thương tích là 5,5%. Kết quả này của chúng tôi về cơ cấu là giống với nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa với tỷ lệ các bệnh lây nhiễm là cao nhất với tỷ lệ ở năm 2011 chiếm 82,8% và giảm dần đến năm 2014 còn 68,5% [5].

4.1.2. Mô hình tử vong trẻ em. Kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy qua 5 năm từ năm 2018 đến 2022 ở 4 bệnh viện tại tỉnh Cà Mau tỷ lệ tử vong ở trẻ thuộc chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn) và XVI (một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh) là cao nhất cùng chiếm 23,0%, kể đến là chương X chiếm 18,4% và chương XVIII (các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác) là 17,2%. Trong nghiên cứu tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận nhóm bệnh lý gây tử vong ở trẻ em chiếm tỷ lệ cao là các bệnh lý hệ tuần hoàn 9,6% tiếp theo là các bệnh lý thần kinh 2,63% [5].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong ở trẻ nhóm bệnh lây truyền là 27,6%, bệnh không lây, bệnh khác là 67,2% và do tai nạn thương tích là 5,2%. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa ghi nhận nhóm bệnh lây là nguyên nhân gây tử vong gần ½ các trường hợp, còn lại là bệnh không lây chiếm 43,6%; tai nạn thương tích chiếm 7,3% [5]. Tỷ lệ tử vong với nguyên nhân tai nạn thương tích của chúng tôi thấp hơn mô hình trước đây. Tại các nước phát triển có sự khác biệt rõ về mô hình các nhóm bệnh gây tử vong, một nghiên cứu mô hình tử vong của Hoa Kỳ cũng có sự khác biệt lớn, với nguyên nhân tử vong hàng đầu là TNTT chiếm 60,6% tử vong; khối u chiếm 9,1%; tật bẩm sinh 4,8%; bệnh tim 2,9% [7].

4.2. Tình trạng tử vong trẻ em trong 24 giờ đầu nhập viện. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ tử vong trước 24 giờ chiếm 61,5% các trường hợp tử vong và sau 24 giờ là 38,5%. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Cường ghi nhận tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An ghi nhận tỷ lệ tử vong trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện chiếm 29,9% [1]. Trong nghiên cứu của Phan Ngọc Lan dựa trên số liệu hồi cứu từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương có 438 trường hợp tử vong, trong đó tử vong trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện chiếm tỷ lệ 18,3% [3]. Một nghiên cứu của Nguyễn Thu Nhạn và Nguyễn Công Khanh (2000) nghiên cứu tử vong trẻ em trong vòng 24 giờ ở các bệnh viện từ các tuyến tỉnh đến trung ương là 39% và 55% [4]. Như vậy tỷ lệ tử vong trong vòng 24 giờ sau khi

nhập viện theo nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu trước đây.

Phân bố tình trạng tử vong 24 giờ theo chương bệnh chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao nhất ở chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn) với 35,5%, chương XVIII (Các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác) là 22,4%, chương XVI (Một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh) là 17,8%, chương X (Bệnh hô hấp) là 12,1% và các chương khác có tỷ lệ thấp hơn. Trong nghiên cứu của tác giả Trang Giang Sang và Bùi Quốc Thắng ghi nhận các bệnh lý có tỷ lệ tử vong 24 giờ cao nhất là các bệnh lý sơ sinh chiếm 45,6%, bệnh lý về hô hấp là 19,3%, bệnh lý thần kinh là 15,8%, bệnh lý nhiễm trùng là 12,3%, bệnh tim mạch là 1,8% và các bệnh lý khác là 5,2% [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ khám chữa bệnh ngoại trú thuộc chương X (bệnh hô hấp) là cao nhất chiếm 48,9%, chương XI (bệnh hệ tiêu hóa) chiếm 14,6% và chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) là 9,0%. Tỷ lệ trẻ khám chữa bệnh nội trú thuộc chương X (bệnh hô hấp) là cao nhất chiếm 33,8%, chương I (bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) là 28,6% và chương XVI (một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh) là 15,4%.

Tỷ lệ tử vong ở trẻ thuộc chương IX (bệnh hệ tuần hoàn) và XVI (một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh) là cao nhất cùng chiếm 23,0%, tiếp đến là chương X (bệnh hô hấp) chiếm 18,4% và chương XVIII là 17,2%.

Tỷ lệ trẻ tử vong trước 24 giờ chiếm 61,5%. Tỷ lệ trẻ tử vong trước 24 giờ chương IX cao nhất chiếm 35,5%, chương XVIII là 22,4%,

chương XVI là 17,8% và các chương X, XIX và I có tỷ lệ thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Cường** (2017). Nghiên cứu thực trạng và đánh giá kết quả thực hiện một số giải pháp giảm tỷ lệ tử vong bệnh nhi trước 24 giờ tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thu Dung, Phạm Văn Diệu, Lưu Ngọc Minh và cộng sự** (2019), "Mô hình bệnh tật của người dân tỉnh thái bình giai đoạn từ 2015 đến 2018", Tạp chí nghiên cứu Y học, 123 (7), 2019, tr 181-191.
3. **Phan Ngọc Lan** (2015), Nghiên cứu nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện của trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013, Luận văn chuyên khoa cấp II, Viện Nghiên cứu Sức khỏe Trẻ em.
4. **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.
5. **Bùi Quang Nghĩa** (2020), Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tỉnh Vĩnh Long, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Trang Giang Sang và Bùi Quốc Thắng** (2014), "Mối liên quan giữa các yếu tố chuyển viện với tình trạng cấp cứu khi nhập viện và tử vong trong 24 giờ đầu ở bệnh nhi chuyển đến khoa cấp cứu bệnh viện nhi đồng 1 từ 06/2012 đến 05/2013", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 1, 2014, tr 448-453.
7. **Rebecca M. Cunningham, Maureen A. Walton and Patrick M. Carter** (2018), The Major Causes of Death in Children and Adolescents in the United States. The New England Journal of Medicine, 379(25), 2468-2475.
8. **Tagbo Oguonu et al** (2014), "Pattern of respiratory diseases in children presenting to the paediatric emergency unit of the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu: a case series report", BMC Pulm Med, 14(101), 1-8.

SỰ HÀI LÒNG VỚI CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2022

Phạm Thị Lệ Quyên^{1,2}, Trần Thị Nga¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn 151 nhân viên y tế nhằm mô tả sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lệ Quyên

Email: quyencdc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

tỉnh Quảng Bình năm 2022. Kết quả: Tỷ lệ NVYT hài lòng với công việc cao đạt 77,3%. NVYT hài lòng cao nhất về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp (88,2%), hài lòng chung về trung tâm (84,6%). Hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi có tỷ lệ thấp nhất (66,6%). NVYT chưa hài lòng với một số yếu tố về môi trường làm việc, tiền lương, phúc lợi, phân công công việc, cơ hội thăng tiến, thành công cá nhân. Trung tâm cần có giải pháp tăng nguồn thu nhập ABC, cải thiện môi trường làm việc, bố trí phòng trực, phân bổ thời gian trực hợp lý. Tăng cường quản lý nguồn nhân lực, phân công công việc phù hợp với chuyên môn, công bằng trong đánh giá xếp loại và ghi nhận đóng góp của