

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
-----❧*❧-----

PHẠM MẠNH CÔNG

**THỰC TRẠNG BỆNH TAI MŨI HỌNG
Ở NGƯỜI MÔNG VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP
CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG TẠI
HUYỆN MÈO VẠC, TỈNH HÀ GIANG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN - 2017

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

PHẠM MẠNH CÔNG

**THỰC TRẠNG BỆNH TAI MŨI HỌNG
Ở NGƯỜI MÔNG VÀ HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP
CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG TẠI
HUYỆN MÈO VẠC, TỈNH HÀ GIANG**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế

Mã số: 62.72.01.64

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học:

GS.TS NGUYỄN VĂN SƠN

PGS.TS LƯƠNG THỊ MINH HƯƠNG

THÁI NGUYÊN - 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Thái Nguyên, tháng 04 năm 2017

Phạm Mạnh Công

LỜI CẢM ƠN

Để có được những kết quả như ngày hôm nay, tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo, các Phòng, Khoa, Bộ môn và các thầy giáo, cô giáo, cán bộ Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên đã trang bị cho tôi kiến thức, tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành Luận án.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới GS.TS Nguyễn Văn Sơn - Hiệu trưởng Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên; PGS.TS Lương Thị Minh Hương - Trường Đại học Y Hà Nội, là những người thầy đã dành nhiều thời gian hướng dẫn, tận tình chỉ bảo và định hướng cho tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành Luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc Sở Y tế Hà Giang, Ban giám đốc và các cán bộ y bác sỹ : Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang, Bệnh viện Đa khoa huyện Quang Bình, Trung tâm Y tế huyện Mèo Vạc, Trung tâm Y tế huyện Đồng Văn và cán bộ các trạm y tế xã thuộc hai huyện Mèo Vạc, Đồng Văn, tỉnh Hà Giang đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt thời gian học tập, nghiên cứu đề tài Luận án.

Trong quá trình nghiên cứu hoàn thành Luận án, tôi đã nhận được sự động viên, chia sẻ, giúp đỡ của gia đình, anh em, bạn bè, đồng nghiệp, những người thân. Tôi xin phép được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc.

Xin trân trọng cảm ơn!

Thái Nguyên, tháng 04 năm 2017

Phạm Mạnh Công

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	: Bảo hiểm y tế
BV	: Bệnh viện
CBYT	: Cán bộ y tế
CSHQ	: Chỉ số hiệu quả
CSSKBĐ	: Chăm sóc sức khỏe ban đầu
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
KAS	: Knowledge, Attitude, Skill - Kiến thức, thái độ, kỹ năng
KCB	: Khám chữa bệnh
NLYT	: Nhân lực y tế
NVYTTB	: Nhân viên y tế thôn bản
PKĐKKV	: Phòng khám đa khoa khu vực
TMH	: Tai mũi họng
TTB	: Trang thiết bị
TT-GDSK	: Truyền thông giáo dục sức khỏe
TYT	: Trạm y tế
VMDU	: Viêm mũi dị ứng
VMX	: Viêm mũi xoang
VTG	: Viêm tai giữa
VTGMT	: Viêm tai giữa mạn tính
VTGTD	: Viêm tai giữa tiết dịch
WHO	: World Health Organization - Tổ chức Y tế Thế giới
YTCS	: Y tế cơ sở

MỤC LỤC

<i>Lời cam đoan</i>	i
<i>Lời cảm ơn</i>	ii
<i>Danh mục chữ viết tắt</i>	iii
<i>Mục lục</i>	iv
<i>Danh mục bảng</i>	vi
<i>Danh mục biểu đồ</i>	ix
<i>Danh mục hộp</i>	x
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Đặc điểm chung về bệnh tai mũi họng.....	3
1.2. Thực trạng bệnh tai mũi họng trên Thế giới và Việt Nam.....	10
1.3. Dịch vụ chăm sóc bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở miền núi.....	18
1.4. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng nhằm giảm tỉ lệ bệnh tai mũi họng.....	28
1.5. Một số thông tin về kinh tế - văn hóa - xã hội và phong tục tập quán của người Mông.....	38
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	42
2.1. Đối tượng.....	42
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	42
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	43
2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu.....	50
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	52
2.6. Tiêu chuẩn đánh giá.....	55
2.7. Phương pháp khống chế sai số.....	63
2.8. Phương pháp xử lý số liệu.....	63
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	64

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	65
3.1. Thực trạng bệnh tai mũi họng của người Mông huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2013.....	65
3.2. Năng lực về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở tại huyện Mèo Vạc.....	73
Chương 4. BÀN LUẬN.....	103
4.1. Thực trạng bệnh tai mũi họng của người Mông huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2013.....	103
4.2. Năng lực về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở tại huyện Mèo Vạc.....	111
4.3. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực cán bộ y tế về khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở.....	118
KẾT LUẬN.....	129
1. Bệnh tai mũi họng của người Mông tại Mèo Vạc năm 2013 còn khá phổ biến.....	129
2. Năng lực của cán bộ y tế tuyến cơ sở về khám chữa bệnh tai mũi họng còn hạn chế.....	129
3. Giải pháp nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở sau 01 năm can thiệp đã đạt hiệu quả cao.....	130
KHUYẾN NGHỊ.....	131
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	
PHỤ LỤC.....	

DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 3.1.</i> Phân bố đối tượng nghiên cứu (khám lâm sàng) theo tuổi và giới .	65
<i>Bảng 3.2.</i> Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng theo giới và tuổi.....	66
<i>Bảng 3.3.</i> Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng theo các nhóm bệnh cụ thể.....	67
<i>Bảng 3.4.</i> Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng đơn thuần và phối hợp theo giới.....	67
<i>Bảng 3.5.</i> Tỷ lệ mắc bệnh về tai theo tuổi và giới.....	68
<i>Bảng 3.6.</i> Tỷ lệ mắc bệnh về mũi theo tuổi và giới.....	69
<i>Bảng 3.7.</i> Tỷ lệ mắc bệnh về họng theo tuổi và giới.....	70
<i>Bảng 3.8.</i> Đặc điểm mô hình các bệnh tai của dân tộc Mông (N = 419).....	71
<i>Bảng 3.9.</i> Đặc điểm mô hình các bệnh mũi của dân tộc Mông (N = 787).....	71
<i>Bảng 3.10.</i> Đặc điểm mô hình các bệnh họng của dân tộc Mông (N = 1483).	72
<i>Bảng 3.11.</i> Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	73
<i>Bảng 3.12.</i> Kiến thức của cán bộ y tế cơ sở về bệnh lý tai mũi họng.....	74
<i>Bảng 3.13.</i> Thái độ của cán bộ y tế cơ sở về khám chữa bệnh tai mũi họng.....	75
<i>Bảng 3.14.</i> Kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở Mèo Vạc.....	77
<i>Bảng 3.15.</i> Kỹ năng thực hiện các thủ thuật xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở Mèo Vạc.....	78
<i>Bảng 3.16.</i> Mối liên quan giữa bằng cấp học vị chuyên môn với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	79
<i>Bảng 3.17.</i> Mối liên quan giữa số năm công tác của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	80
<i>Bảng 3.18.</i> Mối liên quan giữa có chứng chỉ tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	80
<i>Bảng 3.19.</i> Mối liên quan giữa việc đã được tập huấn về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	81

<i>Bảng 3.20.</i> Môi liên quan giữa vị trí công tác của CBYT với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	81
<i>Bảng 3.21.</i> Môi liên quan giữa kiến thức về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	82
<i>Bảng 3.22.</i> Môi liên quan giữa thái độ về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng.....	82
<i>Bảng 3.23.</i> Cơ sở vật chất, trang thiết bị khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở ở huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang.....	83
<i>Bảng 3.24.</i> Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	86
<i>Bảng 3.25.</i> Hiệu quả thay đổi kiến thức của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp.....	87
<i>Bảng 3.26.</i> Đánh giá thay đổi kiến thức của cán bộ y tế cơ sở huyện Đồng Văn (huyện đối chứng) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm theo dõi.....	88
<i>Bảng 3.27.</i> Hiệu quả thay đổi thái độ của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp.....	89
<i>Bảng 3.28.</i> Đánh giá thay đổi thái độ của cán bộ y tế cơ sở huyện Đồng Văn (huyện đối chứng) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm theo dõi.....	90
<i>Bảng 3.29.</i> Hiệu quả thay đổi kỹ năng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về xử trí bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp.....	91
<i>Bảng 3.30.</i> Hiệu quả thay đổi kỹ năng làm thủ thuật của cán bộ YTCS ở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về xử trí bệnh lý TMH sau 01 năm can thiệp.....	92
<i>Bảng 3.31.</i> Đánh giá thay đổi kỹ năng khám chữa bệnh của cán bộ y tế huyện Đồng Văn (huyện đối chứng) về bệnh tai mũi họng sau 01 năm.....	94

<i>Bảng 3.32.</i> Đánh giá thay đổi kỹ năng thực hiện thủ thuật xử trí bệnh TMH của cán bộ YTCS huyện Đông Văn (huyện đối chứng) sau 01 năm theo dõi.....	95
<i>Bảng 3.33.</i> So sánh sự thay đổi kiến thức, thái độ, kỹ năng về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở tại 02 huyện nghiên cứu.....	96
<i>Bảng 3.34.</i> Hiệu quả thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của CBYT bệnh viện huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) sau 01 năm can thiệp.....	97
<i>Bảng 3.35.</i> Hiệu quả thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) sau 01 năm can thiệp.....	98
<i>Bảng 3.36.</i> Đánh giá thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế huyện Đông Văn (huyện đối chứng) sau 01 năm theo dõi.....	99
<i>Bảng 3.37.</i> Đánh giá thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã huyện Đông Văn (huyện đối chứng) sau 01 năm theo dõi.....	100

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ 3.1.</i> Đánh giá kiến thức chung về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc.....	75
<i>Biểu đồ 3.2.</i> Đánh giá thái độ chung về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc.....	76
<i>Biểu đồ 3.3.</i> Kỹ năng chung của cán bộ y tế về xử trí bệnh tai mũi họng.....	79
<i>Biểu đồ 3.4.</i> Đánh giá sự thay đổi kỹ năng chung về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc sau 01 năm can thiệp.....	93
<i>Biểu đồ 3.5.</i> Đánh giá sự thay đổi kỹ năng chung về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Đông Văn sau 01 năm theo dõi.....	96

DANH MỤC HỘP

<i>Hộp 3.1.</i> Các ý kiến của khách hàng, cán bộ y tế trực tiếp khám chữa bệnh nói về năng lực xử trí bệnh tai mũi họng.....	84
<i>Hộp 3.2.</i> Các ý kiến của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc nói về năng lực xử trí bệnh tai mũi họng.....	85
<i>Hộp 3.3.</i> Hiệu quả hoạt động can thiệp.....	101
<i>Hộp 3.4.</i> Một số bất cập của kết quả can thiệp.....	102

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tai mũi họng là một nhóm bệnh phổ biến hay gặp ở tuyến y tế cơ sở. Bệnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và để lại những hậu quả, di chứng nặng nề nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [44], [50], [87]. Các nghiên cứu trên Thế giới cũng như ở Việt Nam đều cho thấy bệnh tai mũi họng chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng [41], [75], [88]. Nghiên cứu tại Ấn Độ (2012) cho thấy tỉ lệ các bệnh về tai chiếm 46,64%, bệnh về mũi chiếm 18,30% và bệnh về họng là 12,05 % [65]. Nghiên cứu ở Nigeria (2013) cho kết quả các bệnh về tai chiếm 62,7%, tiếp theo là các bệnh về mũi (23,0%) và các bệnh về họng (9,6%) [75].

Việt Nam là một nước đang phát triển và thuộc vùng khí hậu nhiệt đới gió mùa. Do đặc thù khí hậu và phát triển kinh tế mà tỉ lệ bệnh tai mũi họng cũng chiếm tương đối cao [41], [45]. Nghiên cứu của Trần Duy Ninh (1998) cho tỉ lệ bệnh tai mũi họng ở vùng dân tộc 7 tỉnh miền núi phía Bắc là 63,61% [45]. Nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2010) thấy tỉ lệ mắc bệnh tai mũi họng ở cộng đồng người dân tộc Ê - đê là 58,9% [41]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2013) cho tỉ lệ bệnh tai mũi họng chiếm 65,0% [17].

Những kết quả nghiên cứu trên là minh chứng rõ ràng cho nhu cầu thực tiễn về chăm sóc bệnh tai mũi họng trong cộng đồng. Để việc chăm sóc bệnh tai mũi họng trong cộng đồng đạt hiệu quả cao thì hoạt động khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở phải đảm bảo chất lượng. Thực tế đặt ra đối với tuyến y tế cơ sở tại Việt Nam là tình trạng thiếu một số lượng lớn bác sỹ [9], [46]. Tại một số tỉnh miền núi phía Bắc, nhiều cơ sở y tế tuyến xã, huyện không tuyển được bác sỹ [8], [9]. Bên cạnh đó là tỉ lệ cán bộ y tế tuyến cơ sở có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán, điều trị, xử trí bệnh dịch không cao [9], [58]. Đây chính là những yếu tố ảnh hưởng đến công tác khám chữa

bệnh nói chung và khám chữa bệnh tai mũi họng nói riêng tại cộng đồng.

Huyện Mèo Vạc, Hà Giang là một huyện thuộc vùng núi phía Bắc Việt Nam, địa hình phức tạp, khí hậu lạnh, độ ẩm cao, tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh tai mũi họng phát triển. Dân tộc Mông ở Mèo Vạc nói riêng và ở Hà Giang nói chung là dân tộc có số dân đông ở địa bàn [2], [32]. Người Mông thường sống ở trên các sườn núi cao, ít có điều kiện vệ sinh thân thể cũng như vệ sinh mũi họng, kèm theo với nhiều phong tục tập quán lạc hậu trong chăm sóc sức khỏe... là những yếu tố thuận lợi cho sự phát triển bệnh tai mũi họng [34]. Bên cạnh đó, hệ thống y tế cơ sở tại tỉnh Hà Giang còn một số thách thức như thiếu cán bộ y tế trình độ cao, khoảng cách từ trạm y tế xã đến bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh xa, địa hình hiểm trở gây không ít khó khăn trong việc chuyển tuyến bệnh nhân hay việc tập huấn cho cán bộ y tế [48].

Câu hỏi đặt ra là thực trạng tỉ lệ bệnh tai mũi họng của người Mông ở Hà Giang hiện nay như thế nào? Năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến y tế cơ sở ở Mèo Vạc, Hà Giang hiện nay ra sao? Liệu hoạt động can thiệp nâng cao năng lực về khám chữa bệnh tai mũi họng thông qua hướng dẫn thực hành tại chỗ cho cán bộ y tế tuyến y tế cơ sở ở khu vực đặc biệt khó khăn huyện Mèo Vạc, Hà Giang có hiệu quả? Để trả lời những câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng bệnh tai mũi họng ở người Mông và hiệu quả giải pháp can thiệp cộng đồng tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang”** nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng bệnh tai mũi họng của người Mông huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2013.*
2. *Đánh giá năng lực của cán bộ y tế tuyến cơ sở về khám chữa bệnh tai mũi họng tại địa điểm nghiên cứu.*
3. *Đánh giá hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực cán bộ y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng tại huyện Mèo Vạc.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm chung về bệnh tai mũi họng

Tai, mũi, họng (TMH) là những hốc tự nhiên của cơ thể, đảm bảo những chức năng như: nghe, thăng bằng, phát âm, và thở; đồng thời cũng là cửa ngõ đầu tiên của cơ thể khi vi khuẩn xâm nhập. Bởi vậy, bệnh TMH rất hay gặp ở mọi lứa tuổi, chiếm một tỷ lệ tương đối cao và thường gặp ở mùa xuân, hè. Khi các cơ quan TMH bị bệnh, nó có ảnh hưởng không nhỏ tới các cơ quan, bộ phận trong toàn bộ cơ thể [44], [50].

1.1.1. Sơ lược giải phẫu, sinh lý tai - mũi - họng

1.1.1.1. Giải phẫu, sinh lý tai

Tai gồm 3 phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong. Tai ngoài gồm có: vành tai và ống tai ngoài. Tai giữa gồm có: hòm nhĩ, vòi nhĩ và các xoang chũm. Tai trong: nằm trong xương đá, đi từ hòm nhĩ tới lỗ ống tai trong; bao gồm 2 phần là mê nhĩ xương bao bọc bên ngoài và mê nhĩ màng ở trong [44], [50].

Tai có hai chức năng: nghe và thăng bằng. Tai ngoài: vành tai thu và định hướng sóng âm, ống tai truyền sóng âm tới màng nhĩ. Tai giữa: dẫn truyền và khuếch đại cường độ âm thanh (vòi nhĩ, màng nhĩ, chuỗi xương con). Sau đó các tín hiệu này được biến đổi thành các điện thế và luồng thần kinh, các luồng thần kinh được thần kinh tiền đình đưa đến các trung tâm ở não tạo nên các phản xạ điều chỉnh thăng bằng của cơ thể [44], [50].

1.1.1.2. Giải phẫu, sinh lý mũi

Giải phẫu mũi gồm có tháp mũi và hốc mũi. Tháp mũi như một mái che kín hốc mũi, có khung là xương chính mũi, ngành lên xương hàm trên, sụn cánh mũi và sụn uôn quanh lỗ mũi. Hốc mũi có vách ngăn chia hốc mũi thành hốc mũi phải và hốc mũi trái, là hai khoảng thông từ trước ra sau. Phía trước

có hai lỗ mũi, phía sau có hai cửa mũi sau. Mũi có chức năng: hô hấp, phát âm và ngửi. Hô hấp là chức năng chính của mũi, thành bên của hốc mũi giữ vai trò cơ bản trong sinh lý thở vào. Ngoài ra, mũi còn làm ấm, ẩm và làm sạch không khí thực hiện được là nhờ niêm mạc mũi. Phát âm là do mũi có tác động đến giọng nói, tạo âm sắc, độ vang của giọng. Khi hốc mũi bị bịt kín hoặc tịt lỗ mũi sau hay trước, giọng nói sẽ mất độ vang, thay đổi âm sắc được gọi là giọng mũi kín [44], [50].

1.1.1.3. Giải phẫu, sinh lý họng

Giải phẫu họng: họng là một ống cơ và màng ở trước cột sống cổ, đi từ mồm nên tới đốt sống cổ thứ IV, là ngã tư của đường ăn và đường thở, nối liền mũi ở phía trên, miệng ở phía trước với thanh quản và thực quản ở phía dưới. Họng giống như một cái phễu phân trên loe rộng, phần dưới thu hẹp. Thành họng được cấu trúc bởi lớp cân, cơ, niêm mạc. Họng chia làm 3 phần: họng mũi (ty hầu); họng miệng (khẩu hầu) và họng thanh quản (thanh hầu). Họng có các tổ chức lympho tạo thành một vòng bao quanh gọi là vòng Waldeyer, bao gồm: amidan khẩu cái, amidan lưỡi, amidan vòm và amidan vòi (Gerlach). Mô học của amidan giống như cấu trúc của hạch bạch huyết. Chức năng của amidan là sinh ra các kháng thể để bảo vệ cơ thể.

Sinh lý của họng: họng là ngã tư đường ăn và đường thở, nên giữ các chức năng sau: (i) chức năng nuốt; (ii) chức năng thở; (iii) chức năng phát âm; (iv) chức năng nghe; (v) chức năng vị giác; (vi) chức năng bảo vệ cơ thể.

1.1.2. Các bệnh lý tai mũi họng thường gặp

1.1.2.1. Bệnh về tai

Viêm tai giữa: Do vi khuẩn, virus từ các ổ viêm ở mũi họng đi lên tai qua vòi nhĩ Eustache. Bệnh nhân có thể biểu hiện bằng các triệu chứng như đau tai, ù tai, nghe kém, chảy mủ tai. Nhưng nhiều khi không có biểu hiện triệu chứng rõ rệt. Nếu được phát hiện sớm, điều trị kịp thời, tích cực và đúng

phương pháp, bệnh sẽ khỏi, không để lại di chứng. Đối với những bệnh nhân chảy máu tai cần đến tuyến có chuyên khoa để khám và điều trị [40], [50].

1.1.2.2. Bệnh về mũi

* Viêm mũi xoang (VMX)

Bệnh do nhiễm trùng thứ phát sau viêm V.A, amidan, sau bệnh như cúm, sởi, dị ứng với các yếu tố kích thích, các yếu tố lý hóa học... Bệnh thường biểu hiện các triệu chứng: sốt nhẹ (hoặc không sốt), đau đầu, tắc mũi, chảy mũi kéo dài, ngửi kém. Bệnh có thể điều trị tại tuyến y tế cơ sở (YTCS) và cần được điều trị triệt để đúng phác đồ khi viêm mũi, viêm xoang cấp tránh gây biến chứng. Khi có chảy mũi kéo dài phải đến cơ sở chuyên khoa khám, điều trị [44], [87], [103].

* Chảy máu mũi

Nguyên nhân của chảy máu mũi thường do chấn thương, do phẫu thuật, do VMX, viêm V.A, do khối u mũi xoang hoặc do các bệnh lý nội khoa. Biểu hiện bệnh: máu chảy ra cửa mũi trước hoặc chảy ra cửa mũi sau, xuống họng. Trường hợp chảy máu nặng bệnh nhân có thể nuốt máu, sau đó nôn ra máu đen, có thể có dấu hiệu choáng do mất máu. Ở trẻ em thường chảy máu mức độ nhẹ (do tổn thương tại điểm mạch Kisselbach), số lượng ít, có xu hướng tự cầm, hay tái phát. Nghiên cứu cho thấy chảy máu mũi là nguyên nhân gặp hàng đầu trong các trường hợp cấp cứu TMH [88]. Xử trí cầm máu tại chỗ (tùy mức độ nặng nhẹ có cách xử trí cầm máu khác nhau) [44], [50].

1.1.2.3. Bệnh về họng

* Viêm họng - Viêm amidan - Viêm V.A

Các bệnh viêm họng, viêm amidan, viêm V.A thường do nhiễm vi khuẩn, virus tại họng hoặc do viêm nhiễm kế cận: răng, miệng, mũi, xoang. Trong đợt cấp tính bệnh thường biểu hiện sốt, người mệt mỏi, nhức đầu, kém ăn. Bệnh nhân có cảm giác khô, rát, nóng trong họng, sau đó đau họng. Khi bị

mạn tính thường biểu hiện bằng chảy mũi và ngạt mũi kéo dài. Bệnh có thể gây ra các biến chứng: viêm tai giữa; VMX; absces quanh amidan; viêm tấy hạch dưới hàm, viêm nội tâm mạc, viêm khớp, viêm cầu thận [50].

** Dị vật đường thở*

Là một tai nạn thường gặp trong sinh hoạt, khi bệnh nhân đang ăn hoặc đang ngậm vật gì đó trong miệng, do tác nhân nào đó làm đột ngột hít mạnh, dị vật theo luồng không khí rơi vào đường thở. Nguyên nhân do tập quán ăn uống vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa... Dị vật rơi vào đường thở sẽ gây nên bệnh cảnh điển hình: ngạt thở, tím tái, trợn mắt khoảng gần một phút, sau đó là cơn ho rũ rượi và dồn dập làm bệnh nhân mặt đỏ, tím, cơn ho kéo dài khoảng 15 phút. Bệnh nhân hốt hoảng, có khi đá ỉa ra quần. Sau đó, tùy theo vị trí của dị vật và thời gian mắc dị vật mà có các biểu hiện sau: khó thở, khàn tiếng, ho, dấu hiệu nhiễm trùng... [44], [50].

** Dị vật thực quản*

Nguyên nhân chủ yếu do ăn uống thiếu thận trọng hoặc ăn uống vội vàng, trẻ em có thói quen ngậm đồ chơi vào miệng... Khi mắc phải dị vật, bệnh nhân thấy nuốt vướng, sau đó nuốt đau, sốt... Nếu không được xử trí kịp thời sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm và có thể dẫn tới tử vong. Cần tuyên truyền trong cộng đồng hiểu biết được những nguy hiểm của dị vật thực quản và cần thận trọng trong khi ăn uống, cần cải tiến cách chế biến thức ăn. Không cho trẻ em ngậm đồ chơi, người lớn bỏ thói quen ngậm dụng cụ trong khi làm việc [44], [50].

1.1.3. Điều trị bệnh tai mũi họng thường gặp tại cộng đồng

1.1.3.1. Điều trị các bệnh về tai

** Bệnh viêm tai*

Điều trị nội khoa là phương pháp được chỉ định cho bệnh viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) không nguy hiểm, viêm tai giữa tiết dịch (VTGTD) giai

đoạn đầu. Nguyên tắc điều trị nội khoa bao gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân. Phương pháp điều trị:

- Điều trị triệu chứng với 2 nguyên tắc: dẫn lưu mủ và làm ngừng chảy mủ. Điều trị có hiệu quả gồm: chọn loại thuốc kháng sinh nhỏ tai phù hợp, làm vệ sinh tai thường xuyên và kỹ lưỡng, không chèn mô hạt granulation.

- Điều trị nguyên nhân: các bệnh lý vùng mũi họng (viêm V.A, Viêm mũi xoang...) tùy theo nguyên nhân mà sử dụng phương pháp điều trị thích hợp [5], [96]. Điều trị nội khoa đem lại hiệu quả tại tuyến YTCS.

- Thuốc thường dùng là kháng sinh, hạ sốt, giảm đau. Nhỏ mũi bằng dung dịch Natri clorua 0,9% và các thuốc sát trùng nhẹ: Aryrol 1%, Sulfarin... nếu nguyên nhân là bệnh lý vùng mũi họng. Nếu có ứ mủ/dịch thì phải chích rạch màng nhĩ để thoát mủ. Nếu đã vỡ mủ thì căn bản là làm thuốc tai: (i) có thể làm thuốc tai ướt: Rửa tai bằng nước Ô xy già 6 đơn vị thể tích, nước muối sinh lý hoặc dung dịch Betadine, sau đó lau khô, nhỏ tai bằng các thuốc sát trùng, thuốc làm săn niêm mạc như: Corti-phenicol, Polydexen... hoặc (ii) làm thuốc tai khô: lau hoặc hút sạch nước mủ, đặt bắc sạch có thấm kháng sinh, thổi vào tai một lớp mỏng bột kháng sinh [5], [96].

Điều trị ngoại khoa được tiến hành khi điều trị nội khoa thất bại.

1.1.3.2. Điều trị các bệnh viêm mũi xoang và viêm họng

Điều trị nội khoa là phương pháp phù hợp ở tuyến YTCS (đặc biệt là ở các trạm y tế (TYT) xã. Điều trị nội khoa thường phải xem xét, cân nhắc kết hợp với điều trị phẫu thuật để giải quyết trực tiếp những nguyên nhân gây bệnh, điều trị nhiễm trùng, làm giảm phù nề, tạo thuận lợi cho dẫn lưu chất xuất tiết của xoang [5], [39], [96].

Chỉ định điều trị nội khoa áp dụng cho tất cả trường hợp viêm cấp tính, viêm mạn tính mũi xoang và họng. Điều trị nội khoa có thể áp dụng trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa (điều trị nội trước phẫu thuật) [5], [39], [96].

Nguyên tắc điều trị nội khoa gồm điều trị toàn thân và điều trị tại chỗ.

- Điều trị toàn thân: Giải quyết tình trạng nhiễm trùng, làm giảm tình trạng phù nề niêm mạc. Tái lập hoạt động sinh lý (dẫn lưu và thông khí) các xoang. Phá vỡ vòng xoắn bệnh lý: tắc nghẽn, ứ đọng, phù nề niêm mạc, nhiễm trùng, tắc nghẽn hơn nữa. Điều trị toàn thân bao gồm: Nâng cao thể trạng; chống mệt mỏi, đau mình mẩy, đau đầu bằng thuốc giảm đau; các thuốc diệt khuẩn (kháng sinh); các thuốc làm loãng đờm; các thuốc chống viêm (Corticoid) và các thuốc giảm phù nề, co mạch, phục hồi niêm mạc.

- Điều trị tại chỗ: có 2 nguyên tắc gồm (i) dẫn lưu và làm sạch dịch tiết và (ii) ngừng giảm tiết dịch [5], [39], [96]. Phương pháp điều trị tại chỗ bao gồm các hoạt động: Xì mũi, rửa mũi (bằng nước muối sinh lý 0,9%), nhỏ thuốc vào mũi hoặc phun hơi thuốc. Chống tắc mũi với các thuốc co mạch như Ephedrin, Naphtazolin, có thể xông mũi bằng thuốc có tinh dầu, hoặc cây có tinh dầu... (là phương pháp có thể điều trị tại nhà, hoặc ở tuyến cơ sở). Khí dung (aérosol), phương pháp di chuyển Proetz. Rửa họng, phun thuốc vào họng – xông họng [5], [39], [96]. Điều trị tại chỗ ở mũi, họng hiện nay khác với cách truyền thống trước đây, chủ yếu là dùng thuốc viên ngậm hoặc xịt họng thuận tiện cho người sử dụng [5], [39], [96].

Khi điều trị nội khoa thất bại, bệnh nhân cần được chuyển sang đánh giá điều trị ngoại khoa [5], [39], [96].

1.1.4. Một số biện pháp phòng chống bệnh tai mũi họng ở cộng đồng

1.1.4.1. Biện pháp cá nhân phòng chống bệnh tai mũi họng

Tránh tiếp xúc với các môi trường ô nhiễm, có nhiều khói thuốc lá, bụi công nghiệp vì như vậy sẽ làm tổn thương các tế bào lông chuyển làm mũi bị khô, mũi sẽ bị kích ứng và dễ mắc các bệnh đường hô hấp nhiều hơn.

Rửa mũi phòng tránh bệnh TMH: Cần dùng nước rửa mũi vào buổi sáng, buổi tối trước khi ngủ và nên sử dụng các dung dịch vệ sinh mũi.

Nếu thấy có các dấu hiệu của viêm mũi, chảy mũi cần phải xì mũi thường xuyên để mũi thông thoáng. Ngoáy mũi nhiều sẽ gây tổn thương niêm mạc mũi, vỡ mạch máu và gây chảy máu và khiến cho mũi bị nhiễm khuẩn.

Vào những khi thời tiết thay đổi, trời lạnh, thời tiết khô hanh cần chú ý giữ ấm, đề phòng bị nhiễm lạnh dẫn đến mắc các bệnh về mũi họng. Cần giữ ấm cơ thể tốt hơn và đề phòng các bệnh tai mũi họng thường gặp.

Phòng các bệnh toàn thân khác có nguy cơ làm giảm sức đề kháng.

Giữ vệ sinh cơ thể, rửa tay chân thường xuyên, giữ vệ sinh thực phẩm, đảm bảo ăn uống hợp vệ sinh, không sử dụng các chất kích thích.

Thường xuyên vệ sinh răng miệng, rửa mặt, súc miệng thường xuyên sẽ là phương pháp hữu hiệu ngăn ngừa vi khuẩn tấn công.

Khám sức khỏe định kỳ, khi đã mắc bệnh TMH cần đến khám tại các cơ sở y tế, bệnh viện (BV) để có thể kịp thời phát hiện và điều trị dứt điểm.

Thường xuyên vệ sinh nhà cửa, giữ nhà cửa thông thoáng và tránh tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh như quần áo bẩn... [29], [39], [44], [50].

1.1.4.2. Biện pháp cộng đồng giảm tỉ lệ bệnh tai mũi họng

Truyền thông về vệ sinh môi trường: giữ gìn nhà cửa sạch sẽ thoáng mát, thường xuyên vệ sinh môi trường xung quanh nhà...

Truyền thông về phòng chống các bệnh TMH và các bệnh đường hô hấp cho người dân trong cộng đồng: mang khẩu trang khi làm việc, không tiếp xúc hóa chất, khói bụi, thay đổi hành vi phòng chống bệnh TMH.

Phát động các phong trào xây dựng các công trình vệ sinh, xây dựng làng văn hóa mới, đẩy mạnh chương trình nước sạch vệ sinh môi trường tại cộng đồng, xóm bản...

Xây dựng phát triển hệ thống y tế tuyến cơ sở: can thiệp nâng cao cơ sở vật chất và năng lực/chất lượng dịch vụ y tế tuyến xã, nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) [29], [39], [44], [50].

1.2. Thực trạng bệnh tai mũi họng trên Thế giới và Việt Nam

1.2.1. Thực trạng bệnh tai mũi họng trên Thế giới

Trên Thế giới đã có nhiều nghiên cứu về các bệnh TMH. Các nghiên cứu đã chỉ ra tỉ lệ mắc bệnh TMH chiếm tương đối cao trong cộng đồng và khác nhau rõ rệt ở các lứa tuổi và ngành nghề [65], [72], [75], [79], [82], [90].

Năm 2005, Hannaford P.C và cộng sự (cs) nghiên cứu bệnh TMH trong cộng đồng ở Scotland với kết quả: có đến 20% đối tượng giảm nghe, 20% đối tượng bị ù tai trong thời gian nghiên cứu, 13 – 18% đối tượng mắc viêm mũi dị ứng (VMDU), và có đến 31% đối tượng viêm họng cấp tính [79]. Nghiên cứu ở Nigeria (2013) cũng cho thấy trong các bệnh nhân bị bệnh TMH thì các bệnh về tai chiếm cao nhất (62,7%); tiếp theo là các bệnh về mũi (23,0%); các bệnh về họng (9,6%) và các bệnh phần đầu mặt cổ chiếm 4,7% [75].

Nghiên cứu của Browning G.G. và cs (1992) về bệnh viêm tai giữa (VTG) ở người trưởng thành tại Anh quốc cho tỉ lệ bị VTGMT là 2,6%, VTGMT tiến triển là 1,5%. Bệnh hay gặp hơn ở những người lớn tuổi và những người lao động chân tay. Hàng năm có khoảng 20% bệnh nhân bị VTG cần phải phẫu thuật [71]. Nghiên cứu của Bunnag Chaweewan và cs (2002) tại Thái Lan ở người cao tuổi cho kết quả tỉ lệ các đối tượng mắc viêm tai chiếm 16,3%, trong đó viêm tai ngoài là 12,5 % và tỉ lệ VTG là 2,7 % [72]. Nghiên cứu của Bluestone C.D (2004) cho tỉ lệ VTGMT ở Inuit (Alaska) là 30 - 46,0% [70]. Các kết quả này đều cho thấy tỉ lệ các bệnh về tai chiếm tương đối cao trong cộng đồng, đặc biệt là tỉ lệ tăng cao hơn ở người cao tuổi và tỉ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật do bệnh tai cũng chiếm tương đối cao.

VMX nói chung và VMX mạn tính nói riêng được nhận định là một vấn đề y tế công cộng ở nhiều quốc gia trên thế giới. Nghiên cứu của Pilan R.R. và cs (2012) cho kết quả: tỉ lệ VMX mạn tính tại Sao Paulo là 5,51% với

500.000 người bị; trong đó 45,33% là nam giới [99]. Nghiên cứu gần đây của Shi J.B. và cs (2015) tại Trung Quốc trên 10.636 người cho thấy: tỉ lệ VMX mạn tính là 8,0% (dao động từ 4,8% - 9,7% tùy theo từng thành phố) tương ứng khoảng 107 triệu người mắc bệnh [104]. Trong báo cáo nghiên cứu của Halawi A.M. và cs (2013) cũng cho thấy VMX mạn tính là một bệnh mạn tính phổ biến và gây nên những tổn hại lớn về chi phí y tế. Bệnh có tỉ lệ mắc dao động tương đối rộng từ 2 - 16,0% và phổ biến hơn ở phụ nữ. VMX mạn tính thường phổ biến ở những bệnh nhân có bệnh kèm theo như hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và dị ứng thời tiết [78]. Trong một báo cáo tổng quan khác tại Hoa Kỳ cho thấy tỉ lệ bệnh nhân VMX mạn tính chiếm 16,5% và có xu hướng tăng lên theo từng năm [69].

Trên thực tế, nhóm đối tượng thường mắc TMH hay gặp tại cộng đồng nhất chính là nhóm trẻ em. Nghiên cứu của tác giả Sophia A. và cs (2010) về VTG ở trẻ em vùng nông thôn Ấn Độ cho tỉ lệ VTG ở trẻ em là 8,6%; VTGTD chiếm tỉ lệ 6,0% và có 3,8% trẻ bị viêm cả 2 tai [105]. Một trong những bệnh tai hay gặp ở trẻ em là VTGTD. Nghiên cứu của Humaid Al-Humaid I. và cs (2014) [83], Kiris và cs (2012) [86], Fleming - Dutra K.E. và cs (2014) [76], Martines F. và cs (2010) [95] đều cho tỉ lệ VTGTD chung dao động 6 - 10% trong cộng đồng.

VMDU là bệnh lý về mũi hay gặp. Đây là một bệnh có chiều hướng gia tăng do những sự thay đổi về môi trường sống có liên quan đến bệnh. Các nghiên cứu đều cho tỉ lệ VMDU ở trẻ em chiếm cao trong cộng đồng. Nghiên cứu của Sakashita M. và cs ở Nhật Bản đã chỉ ra tỉ lệ VMDU ở trẻ em là 44,2% [101]. Nghiên cứu của Leyla Sahebi và cs (2011) thấy tỉ lệ VMDU là 17,1% [89]. Nghiên cứu ở Singapore cho kết quả tỉ lệ trẻ trong độ tuổi đi học từ 6 - 15 tuổi đã từng có biểu hiện VMDU là 44,5% [77]. Nghiên cứu tương tự ở học sinh khu vực Bangkok, Thailand cho tỉ lệ VMDU ở nhóm trẻ 6 - 7

tuổi là 44,2% và ở nhóm trẻ 13 - 14 tuổi là 38,7% [111]. Nghiên cứu ở Istanbul, Thổ Nhĩ Kỳ cho tỉ lệ VMDU là 7,9% [108]; nghiên cứu ở Budapest cho tỉ lệ VMDU là 11,6% [106] và nghiên cứu ở Bogota, Colombia cho tỉ lệ trẻ có biểu hiện của VMDU là 30,8% [98]. Nghiên cứu của Zhang Y.M. và cs (2013) cho tỉ lệ VMDU ở trẻ em là 14,9% [114]. Một số nghiên cứu khác ở Trung Quốc cũng cho các kết quả tương tự [91], [115].

Các bệnh về họng là những bệnh hay gặp ở lứa tuổi trẻ em/học sinh. Hai trong số những bệnh về họng hay gặp ở lứa tuổi này đó chính là viêm V.A và viêm amidan. Nghiên cứu của Aydin S. và cs (2008) về bệnh viêm V.A ở học sinh tiểu học (từ 5 - 14 tuổi) ở Istanbul, Thổ Nhĩ Kỳ cho kết quả: tỉ lệ viêm V.A ở học sinh nhóm tuổi từ 5 - 7 tuổi là 27,0%; 8 - 10 tuổi là 19,5% và 11 - 14 tuổi là 19,9% [67]. Một nghiên cứu khác ở Denizli, Thổ Nhĩ Kỳ của Kara và cs (2002) cho tỉ lệ viêm amidan ở học sinh chiếm 11,0% [85]. Nghiên cứu về amidan ở học sinh từ 4 - 17 tuổi của Akcay A. và cs (2006) cho kết quả: tỉ lệ amidan độ 1 là 62,7%; amidan độ 2 là 28,4%; amidan độ 3 là 3,3% và amidan độ 4 là 0,1% [63]. Nghiên cứu của Tarasov D.I và cs (1991) cho thấy trong số các bệnh về TMH ở trẻ em thì viêm amidan mạn tính và viêm V.A chiếm tỉ lệ cao nhất (38,4% và 23,3%; theo thứ tự) [109]. Nghiên cứu về bệnh TMH ở trẻ em đến khám tại các BV tuyến huyện ở Ấn Độ (2010) cho kết quả tỉ lệ nhóm bệnh về họng, thực quản 27,4% [102]. Nghiên cứu khác tại Ấn Độ (2012) trên trẻ em từ 6 - 14 tuổi nhập viện do bệnh TMH cho thấy: tỉ lệ bệnh về họng là 12,05%. Tỉ lệ trẻ bị bệnh phối hợp tai - mũi là 14,87%; họng - mũi là 5,01% và tai - họng là 1,72% [65]. Nghiên cứu của Viral Shah và cs (2014) về bệnh TMH ở học sinh từ 5 - 14 tuổi thuộc 6 trường công lập huyện Jamnagar, Ấn Độ cho thấy: tỉ lệ bệnh TMH chung là 46,6%, tỉ lệ bị bệnh tai là 14,33%; mũi là 28,66% và họng là 10,0% [112].

1.2.2. Thực trạng bệnh tai mũi họng tại Việt Nam

Việt Nam là một đất nước khí hậu nhiệt đới gió mùa với nền kinh tế đang phát triển, tỉ lệ mắc bệnh TMH trong cộng đồng khá cao do đặc thù khí hậu và tình trạng ô nhiễm môi trường đất, nước và không khí ngày càng gia tăng. Tại Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu về bệnh TMH; tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có một con số thống kê quốc gia về vấn đề này. Đây là một đòi hỏi cấp thiết đặt ra bởi sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh TMH ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là ở trẻ em.

Nghiên cứu của Phạm Khánh Hòa và cs (1994) về bệnh TMH ở 3 xã Vạn Phúc, Vĩnh Quỳnh, Tam Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội cho tỉ lệ trẻ em bị bệnh TMH là 59,25%, người lớn là 62,2% [25]. Nghiên cứu về bệnh TMH trong nhân dân khu công nghiệp Thượng Đình năm 1995 cho tỉ lệ mắc 52,8% [24]; và tỉ lệ bệnh TMH ở người dân 2 xã Nhật Tân và Hoàng Tây huyện Kim Bảng, Hà Nam là 34,4% [26].

Báo cáo nghiên cứu của Trần Duy Ninh và cs (2001) tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam cho tỉ lệ bệnh TMH 63,61%, viêm tai xương chũm 2,71%, viêm mũi là 12,5%, viêm xoang 3,94%, viêm V.A 16,71%, viêm họng và viêm amidan 47,42% [43].

Năm 2001, tác giả Nguyễn Thanh Trúc nghiên cứu bệnh TMH trẻ em ở vùng bãi rác thải Nam Sơn (Sóc Sơn), Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỉ lệ bệnh TMH chiếm 61,99%; trong đó: tỉ lệ bệnh TMH ở trẻ nam là 50,36% và ở trẻ nữ là 49,64% [57]. Đây là con số minh chứng rõ rệt cho tỉ lệ bệnh TMH chiếm cao trong cộng đồng, đặc biệt là ở trẻ em.

Năm 2003, Nguyễn Thị Hoài An nghiên cứu trên đối tượng trẻ em từ 1 đến 14 tuổi tại một số nhà trẻ, trường mẫu giáo, trường tiểu học và một số trường khác trên địa bàn Hà Nội cho thấy tỉ lệ VTGTD ở trẻ em là 8,9% [1].

Nghiên cứu của Phạm Thế Hiển (2004) về bệnh TMH ở Cà Mau, bệnh TMH chiếm 34,4 %, VMX mạn tính 11,8 %, viêm amidan mạn tính 8.4 %, VTGMT 1,6% [21].

Năm 2005, Đặng Hoàng Sơn nghiên cứu tại Cần Giuộc, thành phố Hồ Chí Minh trên 1629 trẻ từ 0 - 16 tuổi thấy tỉ lệ mắc bệnh VTG cấp tính là 1,3 - 1,4% và VTGMT là 0,8 - 1,4% [49].

Năm 2006, Nguyễn Hữu Khôi nghiên cứu ở trẻ em quận 8 thành phố Hồ Chí Minh với 2072 trẻ 4 - 6 tuổi cho kết quả: có đến 64,77% đối tượng mắc bệnh TMH, trong đó viêm amidan quá phát 46,04%, viêm amidan quá phát có ngủ ngáy 7,77%, VTGTD 5,79%, VTG cấp 0,1% [37]. Như vậy, trong số các bệnh TMH hay gặp ở trẻ em thì viêm amidan là bệnh hay gặp nhất (đặc biệt là viêm amidan quá phát, điều này đòi hỏi có những chăm sóc cần thiết đặt ra cho người chăm sóc trẻ); tuy nhiên, mặc dù tỉ lệ VTGTD và VTG cấp không cao nhưng là vấn đề cần được quan tâm do biến chứng của bệnh.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải và Phạm Thị Minh Hồng tại thành phố Cần Thơ năm 2007, tỉ lệ trẻ em 13-14 tuổi được chẩn đoán VMDU là 5,7%. Cũng theo tác giả nghiên cứu, tỉ lệ này thấp hơn so với các thành phố khác trong cả nước [19].

Nghiên cứu của Lê Thanh Hải (2008) về bệnh VMX tại nhà máy luyện thép Lưu Xá, Thái Nguyên qua thăm khám nội soi cho tỉ lệ mắc VMX rất cao, chiếm 98,9% [18]. Đây là tỉ lệ mắc bệnh VMX cao nhất tại Việt Nam, do ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường lao động.

Nghiên cứu về bệnh VMDU của Phan Quang Đoàn và cs (2009) cho tỉ lệ mắc VMDU trên địa bàn Hà Nội là 5%. Tuổi bắt đầu mắc bệnh thường trẻ, nhóm ≤ 15 tuổi là 38,4%, từ 16 - 20 tuổi: 14,8%; 21 - 30: 24,5%. Tuổi càng cao tỉ lệ mắc bệnh càng giảm: 51 - 60: 1,9%; > 60 tuổi: 2,2%. Tuổi mắc bệnh

trung bình là 21,16, thấp nhất 1 tuổi, cao nhất 74 tuổi. Có 77,7% người VMDU có tiền sử dị ứng cá nhân và 25,2% có tiền sử dị ứng gia đình. Triệu chứng lâm sàng hay gặp trong VMDU là: hắt hơi 90,6%; ngạt mũi 88,1%, chảy nước mũi 84,3%, ngứa mũi 84,6% [12].

Nghiên cứu của Nguyễn Lệ Thủy và Trần Duy Ninh (2013) về bệnh viêm V.A bằng phương pháp nội soi ở 324 học sinh trường trung học cơ sở Nha Trang thành phố Thái Nguyên cho thấy: Viêm V.A còn gặp nhiều ở lứa tuổi học sinh trung học cơ sở (32,5%) trong tổng số các bệnh TMH, tỉ lệ viêm V.A giảm dần theo lứa tuổi: khối 6: 23,2%; khối 7: 19,4%; khối 8: 17,9%; khối 9: 15,4%. Độ quá phát của viêm V.A: độ II chiếm tỉ lệ cao nhất (34,0%), độ III (23,8%), độ I (17,8%), độ IV chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,3%). Viêm V.A độ II và độ III có mối liên quan mật thiết với các bệnh lý tai giữa, mũi – xoang, họng và nó gây ra các biến chứng: Bán tắc vòi nhĩ (14,8%), tắc vòi nhĩ (9,5%), VTGTD (9,9%), viêm mũi mạn tính (14,5%), viêm xoang mạn tính (9,3%) và viêm họng mạn tính (22,5%) [53].

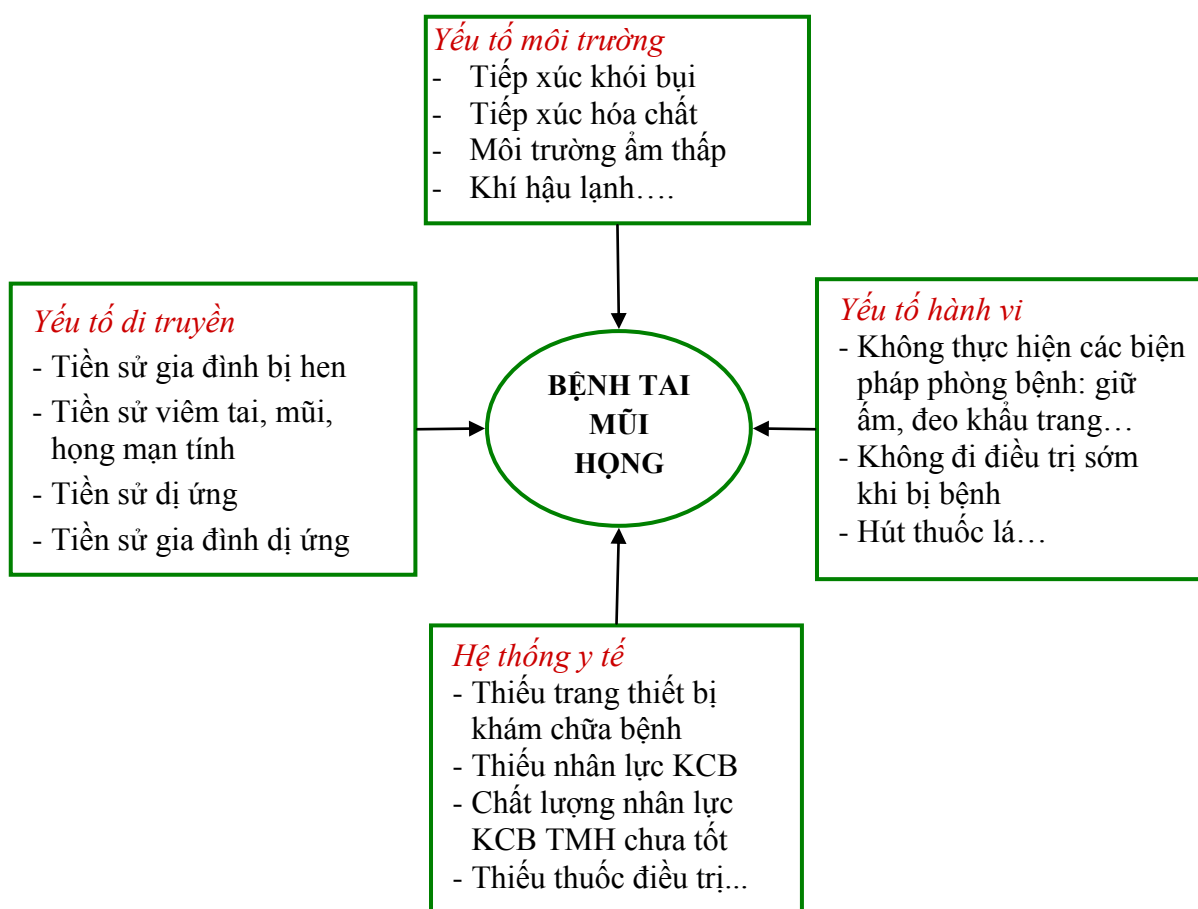
Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà và Trần Duy Ninh (2013) trên 794 học sinh tiểu học thành phố Thái Nguyên cho kết quả: tỉ lệ mắc các bệnh lý về TMH của học sinh tiểu học khá cao 65,0%, trong đó có từ 24,0% đến 38,2% các em học sinh đang theo học trên lớp có các triệu chứng toàn thân và cơ năng về TMH. Có nhiều bệnh lý ở tai gặp ở học sinh tiểu học: viêm tắc vòi nhĩ (5,9%); VTGTD 0,9%; viêm tai giữa tiềm tàng xơ nhĩ 0,5%. Trong các bệnh lý về mũi xoang, bệnh gặp nhiều nhất là viêm mũi mạn tính và mạn tính đang trong đợt viêm cấp (21,2%). Đối với các bệnh lý ở họng, bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất là viêm V.A mạn tính (41,6%) và mạn tính đợt cấp (16,9%). Bệnh viêm amidan mạn tính cũng chiếm tỉ lệ khá cao: 34,1% học sinh bị viêm amidan mạn tính và 12,1% viêm amidan mạn tính đợt cấp [17].

Nghiên cứu gần đây của Đỗ Đức Huy (2015) về thực trạng một số bệnh TMH, yếu tố liên quan ở người lao động sản xuất gốm tại làng nghề Phù Lãng, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh cho kết quả tỉ lệ mắc bệnh TMH của người lao động ở làng nghề chiếm tương đối cao. Tỉ lệ mắc các bệnh tai mũi họng ở người lao động sản xuất gốm tại làng nghề Phù Lãng là 61,5%; bệnh ở tai chiếm tỉ lệ 5%; bệnh ở mũi xoang chiếm tỉ lệ 30% (trong đó tỉ lệ VMX dị ứng và VMX mạn chiếm từ 13,5 - 15,5%); bệnh ở họng chiếm tỉ lệ 26,5% (trong đó viêm họng mạn tính chiếm tỉ lệ 23%) [35].

Tổng hợp các nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ mắc bệnh TMH chiếm tương đối cao tại cộng đồng, tập trung vào nhóm đối tượng là trẻ em và công nhân tại các làng nghề/khu công nghiệp. Tất cả các kết quả trên cho thấy một nhu cầu thực tiễn đặt ra đó chính là nhu cầu chăm sóc bệnh TMH tại cộng đồng.

1.2.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh tai mũi họng

TMH là bệnh rất hay gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở lứa tuổi trẻ nhỏ. Bệnh do nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau gây nên, nhưng được chia làm 04 nhóm chính sau: yếu tố môi trường, yếu tố di truyền, hành vi phòng chống bệnh của con người và hệ thống y tế (Sơ đồ 1.1). Các yếu tố này có thể đan xen, kết hợp qua lại với nhau gây ra các bệnh TMH [29], [39], [44], [50].



Sơ đồ 1.1. Các yếu tố liên quan đến bệnh tai mũi họng

Việc nâng cao kiến thức về bệnh TMH, việc khám chẩn đoán phát hiện sớm bệnh sẽ giúp điều trị kịp thời, không để lại các biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh trong cộng đồng. Tuy nhiên, hệ thống YTCS của Việt Nam, đặc biệt là các tại các tỉnh miền núi phía Bắc, vẫn còn có một số hạn chế nhất định. Nếu những vấn đề này được cải thiện sẽ có những tác động không nhỏ đến tỉ lệ bệnh lý TMH, góp phần nâng cao sức khỏe cho người dân và đảm bảo mục tiêu trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) của ngành y tế.

1.3. Dịch vụ chăm sóc bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở miền núi

1.3.1. Đánh giá chung về mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế khám chữa bệnh của tuyến y tế cơ sở công lập miền núi, trong đó có dịch vụ KCB TMH

Những năm gần đây, việc triển khai thực hiện một số chính sách mới trong chăm sóc sức khỏe của Đảng, Chính phủ và Bộ Y tế đang đem lại kết quả đáng ghi nhận về nâng cao chất lượng và tăng khả năng tiếp cận của người dân với dịch vụ khám chữa bệnh (KCB), trong đó có KCB TMH tại tuyến YTCS [9].

Khả năng cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS ngày càng được cải thiện. Thực hiện các đề án 225 và 47 từ nguồn trái phiếu Chính phủ, đã có 145 BV huyện, 46 phòng khám đa khoa khu vực (PKĐKKV) hoàn thành và đưa vào sử dụng. Số BV huyện được đầu tư nâng cấp giai đoạn 2005 – 2008 là 250, trong giai đoạn 2008 – 2010 là 591 [38]. Năm 2010, 80,1% xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã, năm 2011 và 2012 áp dụng tiêu chí quốc gia về y tế xã mới nhưng chưa đánh giá được tỉ lệ đạt [9]. Tình hình sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến YTCS đặc biệt là BV đa khoa huyện tăng lên rõ rệt. Tỉ lệ người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tăng từ 11,9% (2004) lên 17,6% (2010), KCB nội trú tăng tương ứng từ 35,4% lên 38,2%. Năm 2012 ở tuyến huyện với số giường bệnh chỉ chiếm 30,5% nhưng tổng số lượt khám bệnh chiếm 45% [9].

Tuy nhiên, trên thực tế thì mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến YTCS miền núi của Việt Nam còn một số bất cập. Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế phủ rộng khắp nhưng thiếu cơ chế gắn kết và phối hợp hoạt động giữa lĩnh vực điều trị và y tế dự phòng [8], [9]; do đó các hoạt động KCB TMH đôi khi chưa được gắn liền với các hoạt động phòng bệnh rộng rãi trong cộng đồng. Trên thực tế, các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) phòng chống bệnh TMH trong cộng đồng - một trong những bệnh phổ biến tại tuyến YTCS - chưa được thực hiện một cách bài bản.

Chức năng nhiệm vụ và phân tuyến kỹ thuật của các cơ sở y tế hiện còn bất cập tạo nên sự cắt đoạn, thiếu liên thông trong cung ứng dịch vụ y tế. Thiếu các chính sách và quy định để bảo đảm cung ứng dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng: thiếu quy trình hướng dẫn điều trị, thiếu chính sách và công cụ kiểm định, giám sát chất lượng, chưa xây dựng được cơ chế giám sát và bảo đảm cung cấp đủ các yếu tố nguồn lực đầu vào (như cơ sở vật chất, trang thiết bị (TTB) thiết yếu, kinh phí, thuốc...) để đáp ứng yêu cầu của việc cung ứng những dịch vụ y tế cơ bản [9]. Đây là một bất cập lớn ở tuyến YTCS đối với riêng việc KCB TMH, một thực tế đặt ra là mặc dù tỉ lệ bệnh chiếm cao trong cộng đồng nhưng hoàn toàn việc KCB TMH hiện không có quy trình hướng dẫn đầy đủ nào được phổ biến cụ thể tại tuyến xã phường. Bên cạnh đó, TYT xã gặp nhiều khó khăn trong cung ứng dịch vụ KCB bảo hiểm y tế (BHYT) do chông chéo trong phân cấp quản lý. Việc KCB BHYT tại xã được thực hiện thông qua hợp đồng ký kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội huyện và BV huyện, đồng thời ký kết giữa BV huyện và trung tâm y tế huyện đã gây nhiều khó khăn và chậm trễ [59]. Đây chính là những lý do ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ y tế KCB TMH tại tuyến YTCS bao gồm chuyển tuyến, thiếu trang thiết bị, bất cập BHYT và thiếu kết hợp dự phòng bệnh. Năng lực của y tế tuyến dưới còn hạn chế: Mặc dù BV tuyến huyện đã thực hiện được số lượng đáng kể các ca phẫu thuật, thủ thuật, nhưng còn nhiều BV ở tuyến này chưa có khả năng thực hiện các kỹ thuật theo phân tuyến, phải chuyển người bệnh lên tuyến trên, chủ yếu do thiếu cán bộ có trình độ chuyên môn tương ứng. Mạng lưới YTCS rộng (cả tuyến huyện và xã) nhưng nguồn lực đầu tư còn hạn chế. Cơ sở vật chất và TTB chưa đủ để đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKBD [8], [9].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chính (2011) về thực trạng tổ chức và hoạt động ở hệ thống y tế huyện của huyện Quang Bình, Hà Giang cho thấy TTB y

tế của BV đa khoa huyện Quang Bình, tỉnh Hà Giang cơ bản đã đảm bảo yêu cầu về TTB y tế tối thiểu của một BV đa khoa hạng III trên 50 giường bệnh, nhưng bệnh viện hiện mới chỉ có 01 thiết bị nội soi hiện đang sử dụng tốt (không sử dụng cho KCB TMH). Bên cạnh đó thì TTB của TYT xã, thị trấn của huyện Quang Bình hiện nay còn thiếu. Riêng đối với bệnh TMH - một bệnh phổ biến thì chỉ có 10/15 xã là có bộ dụng cụ khám TMH, cần bổ sung 5 bộ khám TMH nữa cho y tế tuyến xã [10]; ngoài ra, những bộ dụng cụ đã cấp phát cũng không thường xuyên được duy tu bảo dưỡng và thay mới. Đây chính là một trong những điểm có ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng hoạt động KCB TMH. Mặc dù là một nhóm bệnh thường xuyên gặp tại cộng đồng nhưng tại 05 xã của huyện Quang Bình, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chính thì bao nhiêu năm nay, cán bộ y tế (CBYT) khám TMH bằng việc quan sát không có dụng cụ, hỏi bệnh và kê đơn [10].

Thực tế cho thấy, tại tuyến YTCS miền núi phía Bắc, nhiều TYT xã chưa được xây mới, hoặc đã xây nhưng bị xuống cấp, nhiều khi không đảm bảo điều kiện cơ sở vật chất cho KCB, trong đó có KCB TMH. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Hoa (2011) ở Vị Xuyên cũng cho thấy: tại huyện Vị Xuyên, Hà Giang đã có 22/23 TYT xã được xây dựng theo quy định nhưng đã xuống cấp nhiều, khối công trình phụ trợ, nhà lưu trú cho cán bộ chưa có [23]. Nghiên cứu cũng cho thấy, thực tế chỉ có 19/23 xã có bộ khám ngũ quan, hiện có 04 xã còn đang không có bộ khám ngũ quan phục vụ cho công tác KCB TMH [23]. Đây là kết quả đáng lưu tâm trong mục tiêu hoạt động nâng cao chất lượng KCB tại tuyến YTCS của Bộ Y tế, trong đó có KCB TMH [9].

Nghiên cứu về cơ sở hạ tầng BV huyện và TYT xã thuộc huyện Như Xuân, Thanh Hóa cũng cho thấy cơ sở hạ tầng của tuyến YTCS chật hẹp, xuống cấp, TTB y tế thiếu và lạc hậu, trình độ CBYT còn hạn chế, nhu cầu cần phải đầu tư cả về cơ sở hạ tầng, TTB và đào tạo cán bộ để tăng cường

cung cấp dịch vụ KCB tốt hơn cho người dân [36]. Nghiên cứu về thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ KCB tại Bệnh viện Đa khoa huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái năm 2011 cho thấy: mặc dù bệnh viện đã có một số trang thiết bị lớn như máy siêu âm, máy chụp X quang, máy điện tim và máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học; tuy nhiên bệnh viện chưa có máy nội soi phục vụ công tác KCB TMH, mặc dù bệnh TMH cũng là bệnh hay gặp trên địa bàn [51].

Điều tra Y tế Quốc gia 2001 - 2002 cũng cho thấy những TYT xã được trang bị đầy đủ TTB về KCB thông thường (ống nghe, nhiệt độ, đo huyết áp), khám sức khỏe sinh sản (cân người lớn, bàn đẻ, dụng cụ kế hoạch hoá gia đình, khám phụ khoa, ống nghe tim thai, thước đo khung chậu, que thử thai), khám chuyên khoa (mắt, TMH), đều có số lượt sử dụng dịch vụ y tế cao hơn các xã khác [3], [47].

1.3.2. Nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở công lập, tập trung vào nhân lực phụ trách hoạt động khám chữa bệnh trong đó có khám chữa bệnh TMH

Phát triển nguồn nhân lực y tế (NLYT) có vai trò đặc biệt quan trọng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Phát triển nguồn NLYT là quá trình hình thành cả về số lượng, chất lượng và bảo đảm cơ cấu hợp lý, phù hợp với mỗi một hoàn cảnh cụ thể nhất định. Nội dung phát triển nguồn NLYT là: Phát triển về số lượng, chất lượng và cơ cấu cán bộ, nhân viên y tế hợp lý đáp ứng được nhu cầu KCB, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

1.3.2.1. Số lượng nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở miền núi phục vụ công tác khám chữa bệnh tai mũi họng

Một trong những bệnh phổ biến tại tuyến YTCS chính là các bệnh tai mũi họng (TMH) [44], [50], [88]. Do đó, nhu cầu đặt ra rất lớn chính là khả năng cung cấp dịch vụ y tế chất lượng trong hoạt động KCB TMH. Nghiên cứu của Emerson L.P. và cs (2013) cho thấy bệnh TMH là lý do phổ biến nhất

để bệnh nhân đi khám tại cộng đồng ở cả vùng nông thôn và thành thị; tuy nhiên, ở nhiều nước đang phát triển xảy ra tình trạng thiếu NLYT chuyên về bệnh TMH [74]. Nghiên cứu của Symvoulakis E.K. và cs (2006) tại Hy Lạp cũng cho thấy bệnh TMH là một thách thức với NLYT ở tuyến YTCS [107].

Với những định hướng phát triển hợp lý, nguồn NLYT ở miền núi Việt Nam hiện nay đã có những cải thiện đáng kể [9]. Tuy nhiên, chúng ta vẫn còn thiếu một số lượng lớn các bác sỹ tại tuyến YTCS miền núi [9], [46]. Tại một số tỉnh miền núi phía Bắc, nhiều YTCS tuyến xã, huyện không tuyển được bác sỹ [8], [9]. Bên cạnh đó là tỉ lệ CBYT tuyến cơ sở có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán, điều trị, xử trí bệnh dịch không cao [9], [58]. Đây chính là những thách thức về NLYT tuyến cơ sở tại Việt Nam. Một số nghiên cứu về NLYT tuyến cơ sở cho thấy NLYT tuyến cơ sở còn thiếu và yếu [10], [23]. Kết quả này là một trong những khó khăn cho việc kiện toàn mạng lưới YTCS theo tiêu chí của Bộ Y tế và là hạn chế trong việc đẩy mạnh chất lượng CSSKBD cho người dân trong cộng đồng [9]. Tuy nhiên, nhân lực chính cần được bổ sung nhằm nâng cao chất lượng KCB TMH tại tuyến YTCS chính là đội ngũ bác sỹ.

Báo cáo của Bộ Y tế về phát triển hệ thống y tế Việt Nam hiện nay cho thấy số lượng NLYT tiếp tục được cải thiện. Số y sỹ, bác sỹ trên 1 vạn dân tiếp tục tăng lên và đạt 13,4 vào năm 2011, riêng số bác sỹ trên 1 vạn dân tăng từ 7,33 năm 2011 lên 7,46 năm 2012 (đạt mục tiêu đề ra cho năm 2012 trong kế hoạch 5 năm). Số dược sỹ đại học trên 1 vạn dân năm 2011 đạt 1,92 (vượt mục tiêu đề ra cho năm 2015 trong kế hoạch là 1,8/vạn dân); số lượng điều dưỡng trên 1 vạn dân cũng tăng (đạt 10,02 năm 2011) [4]. Số lượng CBYT ở tuyến YTCS tăng lên là một kết quả đáng ghi nhận. So với năm 2010, số lượng NLYT tuyến xã năm 2011 tăng thêm 3549 cán bộ (trong đó có 346 bác sỹ) và tuyến huyện tăng thêm 6878 cán bộ (trong đó có 585 bác sỹ). Năm

2012, tỉ lệ TYT xã có bác sỹ đạt 76,0%, tăng lên 6 điểm phần trăm so với năm 2010; tỉ lệ TYT xã có y sỹ sản nhi, hộ sinh đạt 93,4% [9].

Mặc dù đã có những thay đổi tích cực trong việc tăng số lượng nguồn NLYT nói chung và nguồn nhân lực cho YTCS nói riêng, nhưng trên thực tế ngành y tế vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong phát triển nguồn nhân lực. Tình trạng thiếu NLYT nói chung và nhân lực có trình độ là bác sỹ ở tuyến YTCS, cũng như nhân lực y tế dự phòng vẫn còn là vấn đề đáng lo ngại. Theo kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế tiến hành tại 4 tỉnh, tình trạng biến động cán bộ tại tuyến huyện, xã là một vấn đề cần phải quan tâm. Số cán bộ nghỉ việc, chuyển đi ở các cơ sở y tế tuyến huyện (BV huyện, trung tâm y tế huyện) bằng 50% tổng số cán bộ mới tuyển dụng, ở tuyến xã số đối tượng nghỉ việc, chuyển đi bằng 30% số đối tượng mới tuyển [60]. Nhiều BV huyện, trung tâm y tế huyện nhiều năm không tuyển được bác sỹ nào trong khi số lượng cán bộ dịch chuyển tới nơi khác vẫn tiếp diễn. Lý do dịch chuyển cán bộ ở tuyến xã chủ yếu là điều chuyển công tác lên tuyến huyện.

Kết quả từ một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra một số các yếu tố gây nên sự kém thu hút CBYT ở tuyến YTCS, trong đó thu nhập thấp và điều kiện làm việc không bảo đảm (do thiếu TTB) là hai nguyên nhân chủ yếu làm cho CBYT nói chung đặc biệt là bác sỹ không muốn làm việc tại tuyến huyện, xã [60], [94]. Nghiên cứu về yếu tố thu hút CBYT làm việc tại vùng nông thôn đã chỉ ra những yếu tố liên quan đến lựa chọn công việc gồm có: làm việc ở khu vực thành thị, nơi làm việc có TTB đầy đủ, có thu nhập cao, được phát triển kỹ năng (thông qua đào tạo ngắn hạn, đào tạo dài hạn) và có nhà ở miễn phí. Đối với bác sỹ, nơi công tác là yếu tố quan trọng nhất; trong khi với sinh viên sắp ra trường thì được đào tạo dài hạn là yếu tố quan trọng nhất [94].

Khảo sát về nhân lực tại Bệnh viện đa khoa huyện Quang Bình năm 2010 cho thấy trong tổng số 92 cán bộ viên chức trong biên chế của bệnh viện

thì chỉ có 08 bác sỹ; tổng số Y sỹ tại bệnh viện là 25; tỉ lệ bác sỹ/ cán bộ không phải bác sỹ là 1/9,20 [10]. Tỉ lệ bác sỹ/ cán bộ không phải bác sỹ quá cao so với quy định và cao hơn so với bình quân chung của cả nước (1/ 4). Đây là con số ảnh hưởng không nhỏ tới hoạt động KCB TMH cũng như định hướng phát triển công tác KCB TMH trên địa bàn huyện. Nghiên cứu cũng cho thấy trong tổng số 78 CBYT tuyến xã chỉ có 6 bác sỹ (01 bác sỹ có trình độ sau đại học), 43 y sỹ, còn lại là các chuyên môn khác [10]. Tỉ lệ TYT xã có bác sỹ tại huyện Quang Bình chỉ mới đạt 40,0% [10]. Như vậy, thực tế tại tuyến xã huyện Quang Bình thì phần lớn bệnh nhân TMH được KCB bởi các CBYT có trình độ chuyên môn là y sỹ. Câu hỏi đặt ra là với 06 năm đào tạo trong chương trình thì bác sỹ chỉ có 02 tuần học tập trung về chuyên ngành TMH, như vậy trong 03 năm học thì thời gian đào tạo Y sỹ về chuyên ngành TMH liệu có đáp ứng được nhu cầu KCB thực tế về TMH tại cộng đồng?

Khảo sát về nhân lực y tế xã tại huyện Vị Xuyên cũng cho thấy trong tổng số 123 CBYT tuyến xã thì chỉ có 09 bác sỹ và 57 y sỹ [23]. Nếu tính cả Trung tâm Y tế huyện và các TYT xã thì tỉ lệ CBYT có trình độ chuyên môn là y sỹ chiếm tỉ lệ cao nhất. Bác sỹ chiếm tỉ lệ rất thấp, tuyến huyện chỉ có 4 bác sỹ trong đó có 2 bác sỹ trong Ban Giám đốc; tuyến xã có 9 bác sỹ; cả Trung tâm y tế huyện không có dược sỹ đại học nào; cán bộ có trình độ trung cấp chiếm phần đông... Theo quy định thì tại tuyến YTCS huyện Vị Xuyên, tỉ lệ bác sỹ thiếu là 69% so với nhu cầu [23].

Nghiên cứu của tác giả Khương Văn Duy và cs (2005) đã cho thấy: một trong những lý do người dân đến khám tại TYT xã chính là do tại TYT xã có bác sỹ [15]. Do đó, việc nâng cao số lượng bác sỹ phục vụ tại tuyến YTCS sẽ là giải pháp nâng cao chất lượng KCB, trong đó có KCB TMH và làm giảm áp lực quá tải lên y tế tuyến trên.

1.3.2.2. Chất lượng nhân lực tại tuyến y tế cơ sở miền núi phục vụ công tác khám chữa bệnh tại mũi hòng

Chất lượng dịch vụ KCB là hình thức tổ chức các nguồn lực một cách hiệu quả nhất nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của những người có nhu cầu nhất nhằm mục đích phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe, an toàn, không gây lãng phí mà vẫn đảm bảo đáp ứng được các yêu cầu cao hơn. Chất lượng dịch vụ y tế phải đảm bảo được 06 khía cạnh: an toàn, hiệu quả, lấy người bệnh là trung tâm, kịp thời, hiệu suất và công bằng [84], [113]. Một điều rõ ràng là để nâng cao chất lượng dịch vụ KCB TMH tại tuyến YTCS thì ưu tiên hàng đầu là phải nâng cao chất lượng nguồn NLYT tại tuyến YTCS.

Nghiên cứu về bệnh TMH ở Hy Lạp của Vasileiou I. và cs (2009) cho thấy: bệnh TMH là bệnh hay gặp ở cộng đồng và là lý do bệnh nhân hay đến khám tại các phòng khám/cơ sở y tế; nhưng hầu hết các bệnh lý TMH đến khám tại phòng khám cấp cứu ở BV đều có thể xử trí tại tuyến YTCS [110]. Đó chính là lý do đòi hỏi các bác sỹ đa khoa tuyến YTCS phải có những kỹ năng cần thiết/phù hợp để chăm sóc các bệnh TMH thường gặp tại cộng đồng [107]. Việc thiết kế một chương trình đào tạo cho bác sỹ đa khoa tuyến YTCS về những bệnh TMH thường gặp sẽ thúc đẩy thành công trong việc quản lý bệnh TMH, các vấn đề về đầu và cổ tại tuyến YTCS; qua đó giảm gánh nặng quá tải ở BV, nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân [107]. Nghiên cứu của O'Driscoll K. và cs (1993) cũng cho thấy rất nhiều vấn đề về TMH có thể được điều trị bởi bác sỹ đa khoa (bác sỹ gia đình) hoặc là điều trị ngoại trú chứ không nhất thiết phải điều trị như trường hợp cấp cứu; điều đó chứng tỏ chất lượng KCB TMH của các bác sỹ đa khoa tuyến YTCS chưa cao. Kết quả này đòi hỏi phải đào tạo thêm về TMH cho bác sỹ đa khoa tuyến YTCS hay hoặc bổ sung CBYT chuyên khoa TMH cho tuyến YTCS [97].

Ở Việt Nam, chất lượng nguồn NLYT cũng là một vấn đề cần phải

được ưu tiên giải quyết trong những năm tới [6], [8], [9]. Tỷ lệ CBYT tuyến xã có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử trí bệnh dịch rất hạn chế (17,3% số bác sỹ và y sỹ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 50,5% biết cách chẩn đoán tăng huyết áp, 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch...) [60]. Kết quả từ một số khảo sát khác cũng cho thấy kiến thức đúng về chẩn đoán và điều trị một số bệnh hay gặp tại cộng đồng của CBYT cũng chưa cao [9].

Nghiên cứu về thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ KCB tại Bệnh viện Đa khoa huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái năm 2011 [51] cho kết quả: 78,3% người bệnh đánh giá thái độ giao tiếp với người bệnh của CBYT ở mức độ tốt, 83,3% người bệnh có ý kiến tin tưởng ở trình độ chuyên môn của BV; 50% người bệnh cho rằng thời gian chờ đợi làm thủ tục KCB ở mức độ tốt; 76,7% người bệnh nhận xét tác phong làm việc của CBYT ở mức độ nhanh nhẹn khẩn trương [51]. Tuy nhiên, BV thiếu trầm trọng bác sỹ có tay nghề cao, hiện tại BV chỉ có 5 bác sỹ chuyên khoa cấp I (không có bác sỹ chuyên khoa TMH) và vẫn còn 8 y sỹ tham gia điều trị. Mất cân đối trong cơ cấu cán bộ, tỷ lệ y bác sỹ điều trị/điều dưỡng chỉ đạt 1/1,1; tỷ lệ dược sỹ đại học/dược sỹ, dược tá là 1/10 và 30 kỹ thuật thuộc tuyến không được triển khai (03 kỹ thuật liên quan đến KCB TMH) [51]. Đây là cũng là kết quả tương đối phổ biến ở các bệnh viện đa khoa tuyến huyện với việc thiếu trang thiết bị và nhân lực phục vụ công tác KCB TMH; cũng như cần có sự cải thiện về thái độ ứng xử với khách hàng đến KCB tại bệnh viện.

Kiến thức và thực hành điều trị một số bệnh TMH của CBYT tại TYT xã vẫn còn có một số bất cập. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hiếu (2003) cho thấy kiến thức xử trí trẻ bị ho của CBYT tuyến cơ sở huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc còn yếu: có tới 43,6% CBYT kê đơn sai vì sử dụng kháng sinh; trong khi đó chỉ có 38,5% CBYT biết cần kê các loại thuốc ho cho bệnh nhân

[22]. Trong số CBYT được hỏi, 100% CBYT đều thấy cần chuyển bệnh nhân abscess họng lên tuyến trên mà không biết xử trí hoặc giữ lại điều trị và 87,2% CBYT cho rằng cần sử dụng kháng sinh khi bệnh nhân bị viêm họng do virus. Tổng lại, tỉ lệ CBYT biết xử trí đúng đối với viêm họng chỉ có 12,3% [22]. Đối với bệnh về tai: nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hiếu chỉ ra rằng 61,7% CBYT cho rằng cần kê đơn kháng sinh cho trẻ bị viêm tai mạn, mặc dù điều này là không cần thiết và sai so với phác đồ điều trị và chỉ có 38,3% CBYT đã hiểu đúng rằng chỉ những trường hợp viêm tai cấp mới dùng kháng sinh [22]. Những con số trên đây minh chứng rõ rệt cho việc thiếu chất lượng của NLYT tuyến cơ sở. Nghiên cứu của Phạm Huy Dũng và cs (2001) cho tỉ lệ CBYT biết xử trí đúng với ho chiếm 53,4%; tỉ lệ CBYT có kiến thức đúng về thời gian sử dụng kháng sinh là 63,5% và tỉ lệ CBYT kê đơn kháng sinh không đúng chỉ định tại tuyến xã là 67,1% [13]. Nguyên nhân chính của tình trạng kê đơn không an toàn là do CBYT thiếu kiến thức, một số không tin tưởng phác đồ điều trị mà kê đơn theo kinh nghiệm, một số kê đơn theo loại thuốc sẵn có hoặc theo yêu cầu của bệnh nhân hay áp lực kinh tế [13], [22].

Một thực tế đặt ra là bệnh TMH cũng là bệnh hay gặp ở học sinh lứa tuổi học đường. CBYT học đường có thể xếp vào nhóm CBYT cơ sở chịu trách nhiệm CSSKBD cho học sinh tại các trường học. Nghiên cứu cho thấy kiến thức của CBYT trường học về những bệnh lý TMH thường gặp còn hạn chế: điểm trung bình 30,8/50, trong đó có 11,8% kiến thức ở mức không đạt. Kỹ năng chăm sóc và quản lý bệnh TMH cho học sinh của CBYT trường học còn rất hạn chế: điểm trung bình 21,9/50, tỉ lệ không đạt là 67,6%. Tuy nhiên, CBYT học đường có thái độ đúng đắn về công tác chăm sóc và quản lý bệnh TMH cho học sinh chiếm tỉ lệ cao [17].

Những bằng chứng khoa học nói trên cho thấy một thực tế đặt ra là chất lượng CBYT tuyến cơ sở miền núi về KCB còn yếu, đặc biệt là đối với bệnh

TMH. Những con số này là thách thức cho việc kiện toàn mạng lưới YTCS theo tiêu chí của Bộ Y tế và là hạn chế trong việc đẩy mạnh chất lượng CSSKBD cho người dân trong cộng đồng [9]. Việc nâng cao kiến thức về bệnh TMH cho người dân, nâng cao kiến thức, thái độ và kỹ năng xử trí bệnh TMH của CBYT sẽ giúp phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời và hiệu quả, không để lại các biến chứng; qua đó góp phần nâng cao sức khỏe cho người dân và đảm bảo mục tiêu trong CSSKBD của ngành y tế.

1.4. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng nhằm giảm tỉ lệ bệnh tai mũi họng

1.4.1. Một số nghiên cứu can thiệp trên Thế giới

* Nghiên cứu của Altiner Attila và cs (2007) về *giảm tỉ lệ kê đơn kháng sinh ở bệnh nhân bị ho cấp thông qua thay đổi nhận thức của CBYT để truyền thông và khuyến khích cho bệnh nhân.*

Nghiên cứu tiến hành can thiệp trên 104 bác sỹ đa khoa ở vùng Bắc Rhine và Tây Lippe, Đức bằng cách chia ngẫu nhiên các bác sỹ thành 02 nhóm. Bác sỹ đa khoa ở nhóm can thiệp được giám sát hỗ trợ bởi các bác sỹ chuyên khoa TMH tại phòng khám trong giờ làm việc hàng ngày của bác sỹ đa khoa. Nhóm bác sỹ chuyên khoa gồm 5 bác sỹ và là các giảng viên chuyên về vấn đề ho cấp, đồng thời được tập huấn trước khi đi giám sát. Trong quá trình giám sát, nhóm bác sỹ chuyên khoa sẽ trao đổi về vấn đề hiểu nhầm khi sử dụng kháng sinh đối với ho cấp: nhóm chuyên gia sẽ tìm hiểu nhận thức, niềm tin của bác sỹ đa khoa trong nhóm can thiệp về vấn đề sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân ho cấp, sau đó sẽ sử dụng đoạn hội thoại chuẩn để trao đổi các thông tin liên quan đến việc sử dụng kháng sinh đúng cách với bác sỹ đa khoa trong nhóm can thiệp. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng can thiệp bằng cách xây dựng các tờ rơi và áp phích để tại phòng chờ của bệnh nhân. Nội dung tài liệu TT-GDSK chứa các thông tin ngắn gọn về ho cấp và kháng sinh, tập trung vào việc sử dụng kháng sinh không đúng, với mục tiêu làm rõ và

nâng cao nhận thức của bệnh nhân về việc sử dụng kháng sinh [64].

Kết quả nghiên cứu: Trước can thiệp, tỉ lệ kê đơn kháng sinh của CBYT đối với bệnh nhân ho cấp ở nhóm đối chứng là 54,7% và ở nhóm can thiệp là 36,4%. Sau can thiệp, tỉ lệ kê đơn kháng sinh của CBYT ở nhóm can thiệp giảm xuống còn 29,4% sau 6 tuần can thiệp và tăng lên 36,7% sau 1 năm. Tỉ lệ này ở nhóm đối chứng tăng lên 59,4% sau 6 tuần và 64,8% sau 1 năm. Sau can thiệp, tỉ số chênh OR về sử dụng kháng sinh giảm xuống còn 0,58 (95%CI: 0,43 - 0,78, $p < 0,001$) sau 6 tuần ở nhóm can thiệp và $OR = 0,72$ (95%CI: 0,54 - 0,97, $p = 0,028$) sau một năm ở nhóm can thiệp. Tỉ số chênh OR về sử dụng kháng sinh ở nhóm đối chứng tăng lên 1,52 (95%CI: 1,19 - 1,95, $p = 0,001$) sau 6 tuần và $OR = 1,31$ (95%CI: 1,01 - 1,71, $p = 0,044$) sau 01 năm [64].

Đây là một nghiên cứu can thiệp hiệu quả, nghiên cứu tập trung vào mối quan hệ giữa bệnh nhân - bác sỹ và khuyến khích bệnh nhân nhận thức rõ về việc kê đơn kháng sinh điều trị ho tại tuyến YTCS. Tuy nhiên, nghiên cứu này mới chỉ tập trung nâng cao năng lực kê đơn kháng sinh của bác sỹ mà chưa tập trung vào quan tâm đến nâng cao năng lực khám, chẩn đoán cho bác sỹ. Việc khám chẩn đoán chưa chính xác có thể dẫn đến bệnh khác, do đó bác sỹ có thể cho đơn kháng sinh mà không nghĩ đó là bệnh ho cấp.

* Nghiên cứu của Robin Youngs và Puran Tharu (2013) về việc đào tạo *Nhân viên y tế thôn bản trong việc giảng dạy phòng chống bệnh tai ở Tây Nepal*

Mục tiêu của nghiên cứu là nâng cao nhận thức về phòng chống bệnh tai cho người dân tại cộng đồng. Chương trình được thực hiện bằng cách đào tạo nhân viên chăm sóc tai tại cộng đồng (community ear assistant). Nhân viên chăm sóc tai tại cộng đồng là những nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB - đào tạo 12 tháng) được đào tạo thêm 03 tháng về chăm sóc tai. Giảng viên của lớp đào tạo 03 tháng về tai là những bác sỹ TMH tại BV Bheri Zonal của Tây Nepal. Những nhân viên chăm sóc tai này lại về tiếp tục đào tạo về chăm sóc

tai cho các NVYTTB khác ở Nepal và tiếp tục thực hiện chăm sóc về tai cũng như TT-GDSK về bệnh tai cho người dân trong cộng đồng

Nhân viên chăm sóc tai đã thực hiện được rất nhiều hoạt động như:

- Thực hiện giáo dục sức khỏe về chăm sóc tai ban đầu ở tuyến cơ sở
- Sàng lọc điếc ở cộng đồng và trường học
- Điều trị viêm nhiễm tai
- Chuyển bệnh nhân trong các trường hợp phẫu thuật tai giữa
- Cấp cứu ban đầu rối loạn chức năng thính giác và quản lý

Chương trình này đã được duy trì một cách bền vững vì bệnh nhân chỉ phải trả chi phí thấp cho tư vấn, điều trị, cấp cứu rối loạn chức năng thính giác cũng như phẫu thuật [100].

Tuy nhiên, điểm yếu của chương trình là chỉ tập trung vào bệnh tai và các rối loạn chức năng nghe; trong khi đó TMH là cửa ngõ thông nhau, nhân viên chăm sóc tai chỉ tập trung được 01 vấn đề cho nên nhiều khi chỉ tập trung điều trị triệu chứng mà không tìm rõ nguyên nhân xem có phải từ cơ quan khác. Bên cạnh đó, nhân viên chăm sóc tai có bằng cấp học vị chuyên môn không cao, do đó việc chẩn đoán, điều trị các viêm nhiễm ở tai cũng sẽ bị bỏ ngỏ về mặt chất lượng trong quá trình đánh giá.

* Nghiên cứu của Hannah Ayukawa (2013) về *Tăng cường nhận thức về tác hại của tiếng ồn đối với thợ săn và thợ câu cá người Eskimô ở Nunavik, Canada*

Thực tế có khoảng 50.000 người Eskimo ở Canada, trong đó có khoảng 20% đang sống ở Nunavik. Trước đây cuộc sống của họ là du canh du cư nhưng từ những năm 1950 thì họ chuyển sang sống tập trung. Nghiên cứu cho thấy cứ 4 người Eskimô trưởng thành thì có 1 người bị giảm chức năng nghe, và phần lớn ở nam giới (75% ở nam giới trên 45 tuổi), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ giới (25% ở nữ giới trên 45 tuổi) [81]. Nam giới có nguy cơ giảm chức năng nghe do họ tiếp xúc với tiếng ồn nhiều qua hoạt động săn

bắn (tiếng ồn từ vũ khí), câu cá (máy khoan băng) và chạm khắc (máy xay...) [81]. Nghiên cứu đã can thiệp bằng cách xây dựng mô hình can thiệp bao gồm những người chăm sóc tai ở 8 xã của vùng với nhà âm thanh học địa phương, nữ y tá chăm sóc sức khỏe nghề nghiệp và chuyên gia kỹ thuật tham dự. Chương trình can thiệp được thực hiện bằng cách khuyến người dân sử dụng các phương tiện chống tiếng ồn như bông tai hay đôi bao tai... Sau đó thăm dò xem phương tiện nào có hiệu quả và được người dân ủng hộ. Kết quả chương trình đã thực hiện can thiệp bằng cách TT-GDSK cho người dân sử dụng bao tai (như kiểu mũ trùm tai) và thực hiện bán rộng rãi các bao tai [80].

Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng phòng chống tiếng ồn để bảo vệ sức khỏe tai cho người dân. Nghiên cứu đã mang lại kết quả tốt, song trên thực tế, nghiên cứu này chỉ tập trung vào việc phòng chống bằng khuyến người dân thực hiện các biện pháp phòng bệnh cá thể mà chưa tập trung vào việc điều trị bệnh cho người dân.

* Nghiên cứu của Bennett K. và cs (2001) về *Can thiệp nâng cao năng lực chuyển tuyến đối với bệnh nhân viêm tai giữa chảy mủ cho bác sỹ đa khoa tại tuyến YTCS (bác sỹ gia đình) ở vùng Trent và Tây Scotland:*

Có 55 bác sỹ tham gia nghiên cứu (trong tổng số 177 bác sỹ trong vùng) được chia thành 04 nhóm: 01 nhóm chứng (12 bác sỹ); 01 nhóm can thiệp bằng cách sử dụng bảng kiểm để đánh giá bệnh nhân trước khi chuyển tuyến (11 bác sỹ); 01 nhóm can thiệp bằng cách tập huấn cho bác sỹ thông qua video về bệnh (16 bác sỹ) và 01 nhóm can thiệp bằng cách sử dụng cả bảng kiểm và video (11 bác sỹ) [68].

Sau can thiệp cho thấy, giá trị tiên đoán dương tính đối với việc chuyển tuyến ở bệnh nhân từ bác sỹ đa khoa tuyến YTCS lên bác sỹ chuyên khoa TMH đối với bệnh VTG chảy mủ tăng 15% (95%CI: 12,1% - 41,7%) đối với nhóm được can thiệp bằng cả 2 phương pháp, so với sự giảm 20% ở nhóm chỉ

được can thiệp bằng 01 phương pháp và 34% ở nhóm chứng [68].

Nghiên cứu này cho thấy giá trị của phương pháp can thiệp nâng cao trình độ chuyên môn của bác sỹ. Tuy nhiên, kết quả đầu ra của nghiên cứu lại chỉ tập trung vào đánh giá chất lượng chuyển tuyến; như vậy khó đánh giá tới việc nâng cao kỹ năng KCB TMH chung cho bác sỹ đa khoa tuyến YTCS. Hơn thế nữa, nghiên cứu chỉ sử dụng bảng kiểm và video cho bác sỹ tự học, điều này chắc chắn hiệu quả sẽ thấp hơn với việc can thiệp theo hình thức cầm tay chỉ việc và có giám sát trong một thời gian dài.

1.4.2. Một số nghiên cứu can thiệp giảm bệnh tai mũi họng tại Việt Nam

* Nghiên cứu của Lê Văn Thêm (2007) về *Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tại tỉnh Hải Dương*:

Đánh giá trước can thiệp cho thấy hầu hết bác sỹ tại TYT xã được đào tạo hệ chuyên tu và đào tạo đa khoa (93,5%). Tỷ lệ bác sỹ được đào tạo lại ít nhất 1 lần thấp (43,5%) [52]. Tất cả các bác sỹ có nguyện vọng được đào tạo thêm: chủ yếu về các chuyên khoa (76%) và quản lý TYT (40,2%). Có 30 TYT xã (chiếm 32,6%) không có dụng cụ khám TMH; 51,1% TYT xã có dụng cụ khám TMH sử dụng tốt; 14,1% TYT xã có dụng cụ khám TMH sử dụng trung bình và 2,2% TYT xã có dụng cụ khám TMH sử dụng kém [52].

Nghiên cứu đã tiến hành can thiệp bằng cách: (1) Tăng cường cơ sở vật chất, TTB cho TYT xã: Xây dựng mới hoàn toàn hoặc xây thêm, sửa chữa cho đủ các phòng, diện tích theo qui định của tiêu chí quốc gia về y tế xã... Cung cấp thêm các TTB để đảm bảo các TTB theo qui định của tiêu chí quốc gia về y tế xã, trong đó có bổ sung bộ khám răng hàm mặt - TMH - mắt... Tăng cường các đầu sách chuyên môn trong tủ sách của TYT (có tủ sách chuyên môn, số lượng đầu sách là từ 10 cuốn trở lên, số lượng mỗi đầu sách từ 1- 2 cuốn). Đào tạo lại bác sỹ về chẩn đoán, điều trị và dự phòng các bệnh phổ biến tại cộng đồng như

tiêu chảy, nhiễm trùng hô hấp cấp, đặc biệt là viêm phổi; các kiến thức và kỹ năng phát hiện các bệnh chuyên khoa như mắt, TMH, da liễu... [52].

Hiệu quả của các giải pháp can thiệp tại một số TYT xã như sau : Sau can thiệp số lượt người trung bình đến khám/năm tại các TYT xã can thiệp tăng hơn có ý nghĩa thống kê so với số lượt người trung bình đến khám/năm tại các TYT đối chứng (0,92 so với 0,65) ($p < 0,05$). 4/8 TYT ở nhóm can thiệp đã có phòng riêng khám các chuyên khoa răng hàm mặt - TMH - mắt so với nhóm đối chứng là 2/8 TYT [52].

Đây là một nghiên cứu sức khỏe cộng đồng đề xuất những hoạt động thử nghiệm can thiệp cụ thể nhằm đánh giá hiệu quả của các hoạt động can thiệp trên hai nhóm TYT xã (can thiệp và đối chứng). Tuy nhiên, thời gian can thiệp còn ngắn và mới chỉ dừng ở việc tăng cường cơ sở vật chất, TTB, các đầu sách cho TYT xã, chưa thể làm thay đổi nhiều kỹ năng của CBYT tại TYT xã và tình trạng sức khỏe cũng như hành vi của người dân.

* Nghiên cứu của Nguyễn Công Hoàng (2010) về *Đặc điểm dịch tễ học, can thiệp bằng giáo dục sức khỏe và điều trị bệnh viêm tai giữa mạn tính trẻ em ở các trường mầm non tại Thái Nguyên*

Trước can thiệp: tỉ lệ mắc bệnh TMH chung ở trẻ 1 - 5 tuổi là 27,5%, nhóm học sinh thuộc khu vực nông thôn và huyện có tỉ lệ cao hơn. Tỉ lệ VTGMT chung của các trường được nghiên cứu là 18,0%. Thể bệnh viêm tai thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất (72,43%). Đối với kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ: sự hiểu biết của các bà mẹ về một số nội dung về bệnh VTGMT ở mức thấp, chỉ có 20,8 % số bà mẹ hiểu đúng về biến chứng của VTG và 57,20% hiểu đúng về nguyên nhân của bệnh VTGMT. Về thái độ: hầu hết các bà mẹ có thái độ sai về bệnh còn cao. Về thực hành: Thực hành của các bà mẹ nói chung cũng rất hạn chế: chỉ có 12,5% - 46,5% thực hiện đúng một số kỹ năng chăm sóc trẻ bị VTGMT [31].

Nội dung can thiệp: (1) Can thiệp lâm sàng bằng điều trị VTGMT tại chỗ: điều trị tại chỗ cho các em bị bệnh VTGMT và theo dõi trong 12 tháng. (2) Can thiệp bằng TT-GDSK: Tuyên truyền tập trung vào các kiến thức cơ bản về bệnh VTG, triệu chứng sớm của bệnh, phòng tránh một số yếu tố nguy cơ, vấn đề sử dụng kháng sinh điều trị bệnh, cách nhỏ mũi, hành vi sử dụng dịch vụ y tế chăm sóc trẻ bị VTG... Hình thức TT-GDSK: Thuyết trình tại lớp, tài liệu phát tay; tổ chức các lớp thực hành/ hướng dẫn các kỹ năng nhỏ mũi, nhỏ tai, làm sạch mũi trước khi nhỏ thuốc cho trẻ... tại các nhà trẻ cho phụ huynh; tổ chức các lớp can thiệp cho các cô giáo nhà trẻ, mẫu giáo; in nội dung can thiệp vào đĩa CD và phát cho các bà mẹ để tự học thêm [31].

Kết quả can thiệp: Kết quả can thiệp lâm sàng bằng điều trị VTGMT có hiệu quả rõ rệt: can thiệp điều nội khoa tỉ lệ khỏi bệnh đạt 91,46%; tái phát 8,54%; Điều trị nạo V.A: khỏi 87,8%; tái phát 12,2%; cắt amidan, nạo V.A, đặt ống thông khí cho kết quả đạt 100%. Kết quả can thiệp bằng TT-GDSK: Có tới 95,67% các bà mẹ được cải thiện về sự hiểu biết về nguyên nhân VTGMT. Sau can thiệp, hầu hết phụ huynh có thái độ đúng đạt tới trên 96%. Về thực hành, sau can thiệp đã có trên 90% số bà mẹ được can thiệp thực hành đúng. Về cải thiện tình trạng bệnh: Sau can thiệp, tỉ lệ bệnh VTGMT ở trẻ em 1 - 5 tuổi đã giảm rõ rệt, từ 19,4 % trước can thiệp giảm xuống còn 7,07% sau can thiệp [31].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Hoàng (2010) là nghiên cứu can thiệp cộng đồng có hiệu quả với tỉ lệ bệnh giảm rõ rệt, có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Một trong những lý do tỉ lệ bệnh giảm rõ rệt đó chính là việc can thiệp bằng điều trị nội khoa và theo dõi liên tục trong 12 tháng sau khi điều trị; bên cạnh đó là việc nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh cho các phụ huynh. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tác động vào hoạt động điều trị nhằm nâng cao chất lượng KCB VTGMT.

* Nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2011) về *Mô hình và yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tai mũi họng thông thường của dân tộc Ê đê Tây Nguyên, đánh giá kết quả của một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến y tế thôn bản*

Trước can thiệp: Đánh giá đầu vào cho kết quả tỉ lệ mắc bệnh TMH thường gặp tại cộng đồng chiếm cao (58,9%). Tỉ lệ bệnh về tai 31,92%; bệnh mũi xoang 25,11% và bệnh họng 20,02%. Trong đó: tỉ lệ VTG cấp tính 0,4%; VTGMT thủng nhĩ 2,2%; VTGMT xâm lấn biểu bì 0,22% và VTG ứ dịch 29,1%. Tỉ lệ viêm mũi cấp tính 2,4%; viêm mũi mạn tính 4,83%; VMDU 12,9%; viêm xoang cấp tính 0,2%; viêm xoang mạn tính 4,77%. Tỉ lệ viêm họng cấp tính 0,7%; viêm họng mạn tính 3%; viêm amidan cấp tính 0,1%; viêm amidan mạn tính 16,1% [41].

Nghiên cứu đã tiến hành các biện pháp tác động: (1) Điều tra NVYTTB về KAP các bệnh TMH trước khi tập huấn; Tập huấn cho NVYTTB về CSSK các bệnh TMH. (2) TT-GDSK cho cộng đồng, đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp tại cộng đồng thông qua TT-GDSK cho các cá thể nghiên cứu. (3) Tiến hành TT-GDSK tại lần khám lần 1 sau đó 6 tháng khám lại lần 2 để đánh giá tỉ lệ mắc bệnh TMH của đợt khám lần 2 so với lần 1 [41].

Kết quả sau can thiệp: Đánh giá CSSKBD các bệnh TMH giữa 2 nhóm NVYTTB: Sau TT-GDSK thì hiểu biết bệnh TMH của người dân tăng gấp 1,99 lần so với trước TT-GDSK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, $\chi^2 = 30,44$). Sau TT-GDSK thì nhận thức phòng bệnh TMH của người dân tăng gấp 4,4 lần so với trước truyền thông giáo dục sức khỏe, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 91,01$). Sau TT-GDSK, tỉ lệ mắc bệnh TMH trong mẫu nghiên cứu đã giảm từ 65,76% xuống 43,84%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, $\chi^2 = 70,79$). Sự khác biệt giữa trước và sau tập huấn của NVYTTB: biện pháp tập huấn cho NVYTTB có hiệu quả với

$p < 0,05$, qua đó nâng cao chất lượng TT-GDSK phòng chống bệnh TMH [41].

Đây là một nghiên cứu can thiệp sức khỏe cộng đồng về bệnh TMH - một bệnh thường gặp ở tuyến YTCS. Nghiên cứu đã can thiệp vào đối tượng là NVYTTB và người dân trong cộng đồng thông qua hình thức TT-GDSK cho người dân và đào tạo nâng cao trình độ cho NVYTTB để nâng cao hiệu quả TT-GDSK cho người dân. Mặc dù tỉ lệ bệnh TMH trong cộng đồng đã giảm sau can thiệp nhưng nghiên cứu chưa can thiệp vào nâng cao chất lượng đội ngũ CBYT làm công tác KCB, đặc biệt là KCB TMH; do đó hiệu quả dự án chưa đảm bảo tính lâu dài và tính bền vững một cách trọn vẹn.

* Nghiên cứu của Trần Đăng Khoa (2013) về *Thực trạng và kết quả một số giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009 - 2011*

Trước can thiệp: cơ sở hạ tầng của tuyến y tế cơ sở chật hẹp, xuống cấp, TTB y tế thiếu và lạc hậu, trình độ CBYT còn hạn chế, nhu cầu cần phải đầu tư cả về cơ sở hạ tầng, TTB và đào tạo cán bộ để tăng cường cung cấp dịch vụ KCB tốt hơn cho người dân [36].

Nghiên cứu đã tiến hành xây dựng các hoạt động can thiệp có tính phù hợp nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB tại các cơ sở y tế công lập của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa trên các đối tượng. Nội dung can thiệp của nghiên cứu bao gồm: (1) Đầu tư cho YTCS huyện, xã về cơ sở vật chất, TTB và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn CBYT để cải thiện các dịch vụ KCB (Đối với các TYT xã: cung cấp các bộ dụng cụ KCB thông thường để trạm có đủ TTB KCB thông thường theo đúng chức năng nhiệm vụ của trạm; sửa chữa, tu bổ cơ sở nhà trạm. Đối với BV huyện: đầu tư cung cấp một số TTB y tế kỹ thuật cao, cần thiết và có khả năng thực hiện tốt để phát triển một số kỹ thuật, dịch vụ KCB, góp phần nâng cao chất lượng KCB). (2) Đối với

bên sử dụng dịch vụ: (i) hỗ trợ người cận nghèo mua thẻ BHYT; (ii) tổ chức cấp phát thẻ BHYT ngay khi có thẻ để người dân có thẻ BHYT đi KCB khi bị ốm đau. (3) Tăng cường TT-GDSK: Đầu tư cho công tác truyền thông: in các tài liệu truyền thông như pano, áp phích, tờ rơi. Tập huấn cho cán bộ truyền thông của huyện về nghiệp vụ truyền thông và các nội dung cần truyền thông. (4) Chương trình can thiệp cũng đã tiến hành hỗ trợ kinh phí để đào tạo CBYT BV huyện, nâng cao trình độ chuyên môn. Hỗ trợ cho 02 y sỹ của 02 TYT xã tham gia chương trình đào tạo bác sỹ liên thông [36].

Kết quả chương trình can thiệp: Chương trình can thiệp toàn diện đã có hiệu quả rõ rệt, tỉ lệ người ốm có đi KCB đã tăng từ 83,3% trước can thiệp và đạt 97,8% sau can thiệp. Tỉ lệ TYT xã được nhận xét đánh giá là tốt, sạch đẹp đã tăng 25,8%. TTB được đánh giá là tốt, đủ tăng 47,2%. BV huyện được nhận xét đánh giá có TTB là tốt, đủ tăng 43,6%. Tỉ lệ hộ gia đình hài lòng với các dịch vụ KCB tại BV huyện đã tăng 15,1%, chưa hài lòng và không hài lòng giảm. Sau can thiệp, người ốm sử dụng các dịch vụ KCB đều tăng hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Người dân nghèo huyện Như Xuân đã được tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB, được hưởng lợi từ các dịch vụ KCB của BV huyện được củng cố, hưởng lợi từ các dịch vụ kỹ thuật y tế mới như: kỹ thuật nội soi TMH, nội soi dạ dày... [36].

Đây là một nghiên cứu tác động sâu rộng cho cả đối tượng là CBYT và người dân trong cộng đồng, nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, trong đó có KCB TMH và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Tuy nhiên mô hình can thiệp này không có nhóm chứng cho nên chỉ là phương pháp can thiệp so sánh trước sau không nhóm chứng. Bên cạnh đó, mô hình can thiệp nâng cao chất lượng KCB nói chung tại 02 xã, tuy nhiên, thực tế là việc nâng cao chất lượng KCB các mặt bệnh chung sẽ bị dàn trải và không chuyên sâu. Trong khi đó TMH là nhóm bệnh hay gặp tại cơ sở thì lại ít được tập trung.

Đã có một số nghiên cứu cho thấy, chất lượng KCB của bác sỹ tại tuyến y tế xã đang là một vấn đề cần quan tâm [22], [33], [52], [54].

Tóm lại, TMH là bệnh hay gặp ở tuyến YTCS. Bệnh chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng, đặc biệt là ở cộng đồng những người dân tộc thiểu số [42], [45]. Trong khi đó, các nghiên cứu can thiệp nhằm giảm tỉ lệ bệnh TMH tại cộng đồng thường tập trung chủ yếu vào TT-GDSK thay đổi hành vi phòng chống bệnh cho người dân trong cộng đồng. Ít có nghiên cứu tác động nâng cao chất lượng của CBYT cơ sở trong khi tỉ lệ CBYT tuyến cơ sở có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán, điều trị, xử trí bệnh dịch không cao [9], [58]. Do đó, một nghiên cứu xác định tỉ lệ bệnh TMH ở người dân tộc Mông và tiến hành can thiệp nâng cao chất lượng KCB TMH cho cán bộ YTCS là việc làm cần thiết. Nghiên cứu can thiệp này sẽ đảm bảo tính lâu dài, tính bền vững của can thiệp, qua đó nâng cao chất lượng sức khỏe cho người dân Việt Nam nói chung và cho người dân tộc Mông nói riêng.

1.5. Một số thông tin về kinh tế - văn hóa - xã hội và phong tục tập quán của người Mông

Tộc người Mông: Hiện nay với số dân gần 1,1 triệu người (đứng hàng thứ 6), phân ra các ngành Mông như Xanh, Đỏ, Đen, Trắng, Hoa, Nà Miềo... [56]. Người Mông cư trú phân tán trên các rẻo suối từ vùng núi phía Bắc như Lai Châu, Điện Biên, Tuyên Quang, Hà Giang, Lào Cai, Yên Bái, Sơn La, Cao Bằng và miền tây hai tỉnh Thanh Hóa, Nghệ An... trong đó người Mông ở Hà Giang chiếm số lượng lớn. Người Mông ở Hà Giang chiếm 31,9% dân số toàn tỉnh và 21,7% tổng số người Mông tại Việt Nam. Người Mông có những đặc điểm tâm lý và phong tục tập quán độc đáo và bản sắc văn hóa rất "Mông". Người Mông có đặc tính:

1. Cư trú tập trung theo dòng họ huyết thống, nếu đã cùng thờ cúng một

ma (tổ tiên), dù xa hay gần đều đùm bọc lẫn nhau, không kể quốc gia quốc giới, không được phép lấy nhau trong dòng họ đó.

2. Người Mông rất tôn sùng người đứng đầu dòng họ và hết sức tin tưởng vào Trưởng họ. Chính vì vậy, ai nắm được người đứng đầu dòng họ có uy tín thì sẽ thu phục được người Mông.
3. Người Mông sống phóng khoáng, tự lực cánh sinh, bất khuất, tư duy cụ thể, thiết thực, ngại những gì phức tạp, chông chéo, đan xen. Người Mông thích ở vùng núi cao, thích du canh du cư.
4. Người Mông luôn coi trọng tình nghĩa và đã tin theo ai thường tin theo đến cùng. Tình nghĩa là tiêu chuẩn hàng đầu trong bảng giá trị của người Mông. Người Mông luôn sống tốt đẹp, tương trợ lẫn nhau.

Những đặc tính trên tạo nên những nét văn hóa mang bản sắc của người Mông. Ở người Mông có một số văn hóa, phong tục tập quán chủ yếu sau:

Nhà ở: Người Mông thường sống trong những căn nhà lá vách nứa hoặc gỗ đẽo, đồ đạc tiện nghi nghèo nàn phù hợp với tập quán di cư di canh của họ. Bản làng của người Mông ở rải rác 3 - 5 nhà trên các sườn núi cao. Ngô là cây lương thực chủ yếu của người Mông. Thu nhập thấp, trình độ văn hoá xã hội của người Mông nhìn chung còn nhiều hạn chế đã ảnh hưởng không nhỏ đến nhận thức của họ về chăm sóc sức khỏe.

Kiêng kỵ ở bản: Những ngày trong bản có cúng thần, cúng tổ tiên thì ngay đầu đường vào bản thường cắm lá xanh, tấm phen đan mắt cáo,... khi ấy, người lạ không được vào, chỉ có người cùng dòng họ mới được vào nhà. Những khu rừng già có cây cổ thụ được đồng bào thờ cúng, coi là khu rừng cấm. Nếu có người lạ xâm phạm khu rừng cấm sẽ bị cả cộng đồng phản đối.

Tiếp khách ăn cơm uống rượu: Người Mông tiếp cơm khách ở bàn thấp đặt ngay giữa nhà thuộc gian giữa, gần nơi thờ tổ tiên. Dãy ghế đặt phía

đầu bàn, nơi ngồi quay lưng về phía bàn thờ chỉ dành cho khách quý hoặc gia chủ trong bữa cơm hôm đó. Dù ta được gia chủ kính trọng mời vào vị trí đó, ta nên mời một người khác cao tuổi nhất hoặc chủ nhà vào ngồi hoặc cùng ngồi. Khi ăn uống, ta phải chờ chủ nhà mời, chủ nhà cầm chén rượu hay bát rượu mời, khách mới được cầm lên và chúc tụng cùng với lời cảm tạ ngắn gọn. Người Mông rất quý bát cơm và chén rượu. Khi ăn cơm, uống rượu trong nhà người Mông phải hết sức thận trọng, không được để rơi bát đĩa, thìa và làm vỡ, nhất là trong đám cưới và ngày tết.

Quan hệ với gia chủ: Cần thận trọng và kiên nhẫn, đừng tự tiện sờ vào đầu người lớn và trẻ em Mông vì đỉnh đầu là nơi trú ngụ của hồn, vía. Tắm rửa cho các cháu, được gia chủ đồng ý mới được làm.

Quan hệ với con gái: Con gái Mông rất coi trọng sự tế nhị, kín đáo, lịch sự trong giao tiếp. Phụ nữ Mông có tình yêu đậm thắm, thủy chung, tin yêu người mình yêu, khi đang yêu họ chỉ tâm sự với người mình yêu và ném pao pao với người đó và quyết lấy được nhau. Do đó, khi tình yêu đổ vỡ, niềm tin bị lợi dụng, người con gái Mông sẵn sàng ăn lá ngón tự tử, nhảy xuống sông suối tự vẫn.

Sinh đẻ: Trước kia khi người Mông ở rừng còn ngày nay chủ yếu đẻ ở nhà. Người Mông đẻ ngồi. Quan điểm người Mông về sinh đẻ rất đơn giản, là bình thường, chết đứa này thì đẻ đứa khác. Khi trong nhà có người ở cũ, gia đình kiêng đến một tháng. Gia chủ thường cắm lá xanh ngoài cửa ra vào nhà. Khi đó, nếu gia chủ đồng ý cho khách vào nhà, phải cởi bỏ dép ra ngoài, chỉ đi chân đất vào nhà. Khi tròn tháng, người Mông làm lễ đặt tên rất long trọng cho con và liên hoan vui vẻ.

Tang lễ: Lễ tang của người Mông cần được biết để cư xử cho đúng khi đến thăm viếng, chia buồn với gia đình và dòng họ của người đã khuất. Giống

như các dân tộc khác, đám ma là nỗi đau buồn nhất, đau đớn khôn nguôi của đồng bào Mông. Khi có người vừa tắt thở, gia đình bắn ba phát súng báo hiệu cho dân bản, họ hàng gần xa và ông trời biết. Người chết được buộc lại cẩn thận để nằm trên một cái giá đỡ gọi là Nênh đá (ma ngựa) ở chính gian giữa để mọi người đến thăm viếng. Trước khi đặt lên đó, người chết được một người thổi khèn thổi bài khèn tắt thở và bài khèn chỉ đường lên trời về với tổ tiên. Người chết được để tang từ 3 đến 13 ngày tùy tuổi thọ và vai vế.

Vệ sinh môi trường: Chăn thả các loại gia súc gia cầm tự do, không sử dụng hố xí là tập quán lâu đời của dân tộc Mông... điều này làm cho nguồn nước ăn hay bị ô nhiễm. Người Mông chưa có thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiểu tiện, thậm chí còn uống nước lã... tất cả thói quen này ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe của người dân trong cộng đồng [34].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Người dân tộc Mông hiện đang sinh sống và làm việc tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang [32].

- CBYT cơ sở: là y sỹ, bác sỹ đang công tác tại BV huyện, PKĐKKV và TYT xã trực tiếp tham gia công tác KCB TMH của huyện Mèo Vạc, huyện Đồng Văn.

- Người bệnh sử dụng dịch vụ KCB TMH tại tuyến y tế cơ sở huyện Mèo Vạc.

- Cán bộ quản lý YTCS huyện Mèo Vạc, Đồng Văn (Ban Giám đốc BV), Trưởng PKĐKKV, Trạm trưởng TYT xã thuộc địa điểm nghiên cứu.

- Hồ sơ, sổ sách báo cáo bệnh nhân chuyển tuyến của các TYT xã thuộc địa điểm nghiên cứu, BV huyện Mèo Vạc và BV đa khoa tỉnh Hà Giang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

- Các xã thuộc huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang (Phụ lục 10)

- BV, PKĐKKV và các TYT xã của huyện Mèo Vạc và huyện Đồng Văn, tỉnh Hà Giang.

- Huyện Mèo Vạc là một huyện thuộc tỉnh Hà Giang. Phía Đông và phía Bắc huyện giáp với Trung Quốc, phía Tây giáp với hai huyện Đồng Văn và Yên Minh, phía Nam giáp huyện Bảo Lâm, tỉnh Cao Bằng. Diện tích huyện là 573,84 km² với dân số 58.944 người, gồm có 18 xã, thị trấn [56]. Đồng Văn là một huyện của tỉnh Hà Giang và cũng là huyện cực Bắc của Việt Nam. Phía Bắc và Đông Bắc tiếp giáp nước Trung Quốc. Phía Đông và Đông Nam tiếp giáp huyện Mèo Vạc. Phía Tây và Tây Nam tiếp giáp huyện Yên

Minh. Huyện Đông Văn có diện tích 446,66 km² và dân số 57.715 người, gồm 19 xã, thị trấn [56] (Phụ lục 12).

Huyện Mèo Vạc và huyện Đông Văn là hai huyện khó khăn của tỉnh Hà Giang, với phần lớn dân số là người dân tộc Mông. Điều kiện kinh tế - văn hóa - xã hội và đi lại của hai huyện là tương đương nhau và còn nhiều khó khăn. Hệ thống y tế tuyến cơ sở của 2 huyện là tương đương nhau về số lượng đơn vị hành chính y tế cơ sở, số lượng CBYT và bằng cấp học vị chuyên môn của CBYT. Bên cạnh đó thì hai huyện được tham gia các chương trình tập huấn về KCB TMH do Sở Y tế tỉnh Hà Giang tổ chức là tương đương nhau.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 03/2013 đến 05/2015, chia làm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn I: từ tháng 03/2013 đến 12/2013 khám sàng lọc để đánh giá thực trạng bệnh TMH tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang và đánh giá kiến thức, thái độ, kỹ năng (KAS) của CBYT về KCB TMH.
- Giai đoạn II: tiến hành can thiệp từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2014.
- Giai đoạn III: từ tháng 01/2015 đến tháng 05/2015 đánh giá kết quả sau can thiệp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu bao gồm nghiên cứu định lượng (nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp cộng đồng có đối chứng) và định tính (*Sơ đồ 2.1*)

- Nghiên cứu định lượng bao gồm 02 thiết kế nghiên cứu dịch tễ học: Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định tỉ lệ hiện mắc bệnh TMH ở người dân tộc Mông năm 2013. Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng xác định hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực KCB TMH cho CBYT tuyến cơ sở huyện Mèo Vạc sau 01 năm can thiệp (CBYT tuyến cơ sở huyện Đông Văn làm nhóm chứng).

- Nghiên cứu định tính bao gồm các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu về hiệu quả nâng cao năng lực KCB TMH cho CBYT tuyến cơ sở.

2.3.2. Chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng

2.3.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng

- *Cỡ mẫu xác định tỉ lệ hiện mắc bệnh tai mũi họng tại Mèo Vạc năm 2013*

Nghiên cứu xác định tỉ lệ mắc bệnh TMH của người dân tộc Mông tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả [20]

$$n = Z^2_{(1 - \alpha/2)} \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu

p = 0,15 (tỉ lệ mắc bệnh ở tai là thấp nhất trong các bệnh về TMH ở cộng đồng, dao động khoảng 15%, ở trẻ em có thể cao hơn [41], [45]).

q = 1 - p = 0,85

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, với mức tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d: sai số mong đợi, chọn d = 0,015.

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 2176. Tuy nhiên do điều kiện khí hậu, thời tiết và nhiều yếu tố nguy cơ khác tại các địa bàn người Mông sinh sống có thể làm thay đổi tỉ lệ bệnh TMH, nên chúng tôi làm tròn thành 2500.

- *Cỡ mẫu can thiệp*

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu can thiệp [20].

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \frac{p_1q_1 + p_2q_2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{1-\alpha/2}$ = hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$Z_{1-\beta}$ = Lực mẫu, với $\beta = 80\%$ thì $Z_{1-\beta} = 0,84$

p_1 : Tỷ lệ gặp trước can thiệp, chọn $p_1 = 0,123$ (Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hiếu (2003) cho tỷ lệ CBYT biết xử trí đúng với viêm họng là 12,3% [22]).

p_2 : Tỷ lệ ước lượng sau can thiệp, chọn $p_2 = 0,36$ (Ước lượng tỷ lệ CBYT biết xử trí đúng viêm họng sau can thiệp là 36,0%).

Thay vào công thức, tính được $n = 47$. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu để can thiệp là 47 CBYT. Trên thực tế đã can thiệp toàn bộ 50 CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào tham gia nghiên cứu. Chọn nhóm chứng và nhóm can thiệp theo tỷ lệ 1:1, tương tự cỡ mẫu tại CBYT tại huyện đối chứng là 50.

2.3.2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu xác định thực trạng bệnh TMH tại huyện Mèo Vạc

- Chọn huyện nghiên cứu: chọn chủ đích huyện Mèo Vạc

- Chọn xã: Huyện Mèo Vạc có 18 xã, thị trấn. Mỗi xã có khoảng 500 hộ gia đình người dân tộc Mông, mỗi hộ gia đình có khoảng 4 người. Do điều kiện khoảng cách, đi lại và công việc của người Mông, có khoảng $\frac{1}{4}$ số người Mông của xã có khả năng tham gia nghiên cứu. Như vậy cần lấy khoảng 5 xã để đảm bảo đủ số đối tượng nghiên cứu và đại diện cho huyện. Chọn 5 xã bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn (lập danh sách 18 xã, thị trấn của huyện Mèo Vạc và tiến hành chọn ngẫu nhiên đơn). Kết quả chọn được các xã Giàng Chu Phìn, Tả Lũng, Lũng Pù, Pả Vi và Cán Chu Phìn.

- Mỗi xã có khoảng 20 bản, mỗi bản có khoảng 20 - 30 hộ gia đình người Mông (trung bình 25 hộ gia đình), như vậy mỗi xã cần chọn 5 bản (ước tính mỗi hộ gia đình có 4 người). Lập danh sách các bản của 5 xã đã chọn, chọn ngẫu nhiên 5 bản theo danh sách (Trong quá trình nghiên cứu đã chọn được

25 bản từ 5 xã - Phụ lục 10). Tiến hành khám toàn bộ các thành viên trong mỗi hộ gia đình người Mông tại bản đã chọn để đảm bảo y đức. Trong quá trình nghiên cứu, số khám được và có hồ sơ đầy đủ còn lại là 2486 người.

- Chọn mẫu can thiệp

Chọn huyện nghiên cứu: chọn chủ đích 2 huyện Đồng Văn (huyện đối chứng), Mèo Vạc (huyện can thiệp): là 2 huyện có điều kiện tương đồng về vị trí địa lý, điều kiện kinh tế - văn hóa - xã hội; tương đương về số lượng người dân tộc Mông hiện sinh sống trên địa bàn và có đặc điểm hệ thống y tế cơ sở tại huyện là tương đương nhau.

Chọn đối tượng can thiệp là CBYT: chọn toàn bộ CBYT thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu ở cả 2 huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) và Đồng Văn (huyện đối chứng). Kết quả chọn được 50 CBYT phụ trách công tác KCB TMH tại huyện Mèo Vạc và 50 CBYT phụ trách công tác KCB TMH tại huyện Đồng Văn.

2.3.3. Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính

2.3.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định tính trước, sau can thiệp

06 cuộc phỏng vấn sâu với thành viên Ban Giám đốc bệnh viện huyện, thành viên Ban Giám đốc PKĐKKV và trạm trưởng TYT xã, thuộc huyện Mèo Vạc và 04 cuộc thảo luận nhóm (với các CBYT cơ sở đã được tập huấn và với bệnh nhân TMH điều trị tại y tế cơ sở huyện Mèo Vạc).

2.3.3.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu định tính: chọn chủ đích:

- 01 thành viên Ban Giám đốc bệnh viện huyện Mèo Vạc.
- 01 thành viên Ban Giám đốc PKĐKKV huyện Mèo Vạc.
- 01 trạm trưởng TYT xã, huyện Mèo Vạc.
- 10 CBYT cơ sở là y sỹ, bác sỹ đang công tác tại BV huyện, PKĐKKV

và TYT xã đã được tập huấn KCB TMH.

- 10 bệnh nhân điều trị bệnh TMH tại y tế cơ sở huyện Mèo Vạc (chọn chủ đích bệnh nhân đã được điều trị bệnh TMH dựa trên sổ Khám bệnh A1 tại TYT xã, liên hệ mời thảo luận nhóm).

2.3.4. Phương pháp can thiệp

2.3.4.1. Nội dung can thiệp

Đào tạo cập nhật kiến thức KCB TMH cho CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc, Hà Giang về lý thuyết và hướng dẫn thực hành trực tiếp.

2.3.4.2. Hình thức can thiệp

Tổ chức 01 khóa tập huấn **“Tập huấn nâng cao năng lực khám và điều trị bệnh tai mũi họng tại huyện Mèo Vạc năm 2014”** và thực hiện hỗ trợ giám sát KCB TMH tại tuyến YTCS Mèo Vạc.

** Hoạt động tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng*

- Địa điểm tập huấn: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang.
- Giảng viên tập huấn: Bác sỹ chuyên khoa TMH BV Đa khoa tỉnh Hà Giang.
- Đối tượng tập huấn: CBYT tuyến cơ sở phụ trách công tác KCB TMH tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang (Phụ lục 11).

- Thời lượng tập huấn: 10 ngày.

- Kinh phí tập huấn: Kinh phí cho giảng viên, địa điểm tập huấn được chi trả trong hoạt động đào tạo nâng cao năng lực của Sở Y tế Hà Giang. Kinh phí hỗ trợ học viên do cơ quan quản lý trực tiếp chi trả theo quy định.

- Nội dung tập huấn: Tiến hành giới thiệu các bệnh TMH thường gặp tại tuyến y tế cơ sở và hướng dẫn kỹ năng KCB TMH tại Khoa TMH BV đa khoa tỉnh Hà Giang. Nội dung tập huấn chi tiết như sau:

Thời gian		Nội dung tập huấn	Nhân lực
Ngày 1	Sáng	Khai mạc lớp học Đánh giá đầu vào (trước đào tạo) Giới thiệu các bệnh tai thường gặp	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh tai thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
Ngày 2	Sáng	Thực hành khám chữa bệnh tai thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh tai thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
Ngày 3	Sáng	Giới thiệu các bệnh mũi, xoang thường gặp	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh mũi, xoang thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
Ngày 4	Sáng	Thực hành khám chữa bệnh mũi, xoang thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh mũi, xoang thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
Ngày 5	Sáng	Giới thiệu các bệnh họng, thanh quản thường gặp	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh họng, thanh quản thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
Ngày 6	Sáng	Thực hành khám chữa bệnh họng, thanh quản thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành khám chữa bệnh họng, thanh quản thường gặp tại khoa Khám bệnh, khoa TMH	Giảng viên Học viên

Thời gian		Nội dung tập huấn	Nhân lực
Ngày 7	Sáng	Giới thiệu và thực hành Thủ thuật chăm họng	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành Thủ thuật chăm họng	Giảng viên Học viên
Ngày 8	Sáng	Giới thiệu và thực hành Thủ thuật rửa và nhỏ thuốc mũi	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành Thủ thuật rửa và nhỏ thuốc mũi	Giảng viên Học viên
Ngày 9	Sáng	Giới thiệu và thực hành Thủ thuật làm thuốc tai	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành Thủ thuật làm thuốc tai	Giảng viên Học viên
Ngày 10	Sáng	Thực hành các hoạt động KCB TMH	Giảng viên Học viên
	Chiều	Thực hành các hoạt động KCB TMH Đánh giá đầu ra (sau đào tạo) Tổng kết, bế mạc lớp học	Giảng viên Học viên

** Hoạt động giám sát hỗ trợ, cầm tay chỉ việc nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng*

Sau tập huấn, CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc, Hà Giang về thực hiện hoạt động KCB TMH trên địa bàn công tác. Các giảng viên của khóa tập huấn tiến hành xuống địa bàn giám sát hoạt động KCB TMH 01 tháng/01 lần và thực hiện trong 12 tháng. Các buổi giám sát được tiến hành đột xuất, cán bộ giám sát xuống tại cơ sở y tế trong 01 ngày và quan sát bằng bảng kiểm về kỹ năng KCB TMH (nếu có bệnh nhân, nếu không thì dùng tình huống mẫu), hỏi

đánh giá kiến thức, thái độ KCB TMH bằng bộ câu hỏi phỏng vấn. Sau 01 năm, tiến hành đánh giá lại hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực KCB TMH của CBYT tuyến cơ sở.

2.3.4.3. Sơ đồ nghiên cứu (Sơ đồ 2.1)

2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu

2.4.1. Chỉ số xác định thực trạng bệnh tai mũi họng của người dân tộc Mông tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang

- Các chỉ số nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới...
- Các chỉ số tình trạng bệnh TMH của đối tượng:
 - + Tỷ lệ đối tượng bị bệnh TMH đơn thuần
 - + Tỷ lệ các bệnh TMH phối hợp
 - + Tỷ lệ mắc bệnh TMH theo tuổi
 - + Tỷ lệ mắc bệnh TMH theo giới
 - + Đặc điểm các bệnh về tai
 - + Đặc điểm các bệnh về mũi xoang
 - + Đặc điểm các bệnh về họng

2.4.2. Chỉ số đánh giá năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc

** Biến số, chỉ số đánh giá năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của CBYT*

Đánh giá năng lực KCB TMH của CBYT là đánh giá khả năng giải quyết vấn đề về bệnh TMH của CBYT khi có bệnh nhân TMH đến khám tại cơ sở y tế trên địa bàn. Đánh giá năng lực về KCB TMH sẽ bao gồm việc đánh giá kiến thức, thái độ và kỹ năng KCB TMH của CBYT.

- Biến số về nhân khẩu học và một số đặc điểm khác của CBYT: trình độ chuyên môn, số năm công tác, có chứng chỉ về TMH, đã từng được tập huấn

về TMH và cơ quan (tuyên) công tác.

- Kiến thức của các CBYT về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh TMH (bao gồm: kiến thức về bệnh tai, kiến thức về bệnh mũi xoang và kiến thức về bệnh họng, thanh quản).

- Thái độ của CBYT về bệnh TMH, trong đó chú ý thái độ về tiếp nhận bệnh nhân, điều trị, sử dụng dịch vụ y tế, xử trí cấp cứu bệnh và về dự phòng bệnh TMH.

- Kỹ năng của CBYT về hỏi bệnh, khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh TMH.

** Các yếu tố liên quan đến kỹ năng khám chữa bệnh tai mũi họng của CBYT*

- Bằng cấp học vị chuyên môn (bác sỹ, y sỹ) của CBYT,
- Nơi công tác (cán bộ huyện, cán bộ xã),
- Học định hướng chuyên khoa TMH,
- Kinh nghiệm chuyên môn,
- Tập huấn nâng cao trình độ về bệnh TMH,
- Kiến thức về bệnh TMH của CBYT,
- Thái độ về bệnh TMH của CBYT,
- Vật lực: cơ sở vật chất, TTB KCB TMH của cơ sở y tế.

2.4.3. Chỉ số đánh giá hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực cán bộ y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng

- Thay đổi kiến thức khám chữa bệnh tai mũi họng sau 01 năm can thiệp
- Thay đổi thái độ khám chữa bệnh tai mũi họng sau 01 năm can thiệp
- Thay đổi kỹ năng khám chữa bệnh tai mũi họng sau 01 năm can thiệp
- Thay đổi số lượng, mặt bệnh TMH chuyển tuyến sau 01 năm can thiệp
- Cải tiến chất lượng các hoạt động cung ứng dịch vụ (chất lượng dịch vụ

KCB TMH tại tuyến YTCS sau can thiệp).

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Khám lâm sàng phát hiện bệnh và tính tỉ lệ hiện mắc bệnh tai mũi họng trong cộng đồng huyện Mèo Vạc

- Các bác sỹ chuyên khoa TMH khám lâm sàng cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình được chọn trong mẫu nghiên cứu. Phương tiện thăm khám là bộ dụng cụ khám TMH thông thường.

- ✓ Khám họng - thanh quản: Phát hiện những bệnh lý họng, thanh quản như viêm họng, viêm amydan, viêm thanh quản...
- ✓ Khám mũi: Phát hiện bệnh mũi viêm mũi, dị dạng mũi, tình trạng VA của đối tượng nghiên cứu. Phát hiện các bệnh lý mũi xoang như viêm xoang, nấm xoang, dị dạng mũi, dị dạng vách ngăn, viêm VA...
- ✓ Khám tai: Phát hiện các bệnh về tai như viêm tai giữa, viêm tai ngoài, khối u ở tai, xẹp nhĩ, viêm tai giữa ứ dịch...

2.5.2. Nghiên cứu kiến thức, thái độ và kỹ năng của các nhân viên y tế về bệnh tai mũi họng trước và sau can thiệp

** Đánh giá hiệu quả can thiệp tăng cường kiến thức, thái độ và kỹ năng lâm sàng*

- Dùng bảng hỏi để đánh giá kiến thức, thái độ CBYT; dùng bảng kiểm để quan sát kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc và Đồng Văn (Quan sát CBYT thông qua bảng kiểm để đánh giá kỹ năng thăm khám, kỹ năng làm thủ thuật, kỹ năng tư vấn). Sử dụng ca bệnh mẫu (kỹ thuật Vignette) cho CBYT để kiểm tra kiến thức, thái độ xử trí và kỹ năng ra quyết định xử trí lâm sàng. Trước tập huấn, CBYT được hỏi bằng bảng hỏi để đánh giá kiến thức, thái độ về KCB TMH và bảng kiểm để đánh giá kỹ năng KCB TMH (dựa trên tình huống xây dựng sẵn - Phụ lục 3, 4, 5). Đây là đánh giá đầu vào.

Giám sát quá trình can thiệp: các CBYT sau tập huấn về địa bàn cơ sở công tác, mỗi tháng 01 lần có cán bộ khoa TMH bệnh viện tỉnh đi giám sát

hoạt động KCB TMH tại cơ sở (Giám sát hỗ trợ hoạt động KCB TMH tại tuyến YTCS). Nội dung giám sát hàng tháng của giám sát viên bao gồm: (i) Giám sát TTB phục vụ công tác KCB TMH tại cơ sở giám sát. (ii) Giám sát sổ sách báo cáo hoạt động chuyển tuyến bệnh nhân TMH tại cơ sở giám sát. (iii) Giám sát thực hiện KCB TMH của CBYT tại cơ sở được giám sát. (iv) Báo cáo phản hồi sau giám sát.

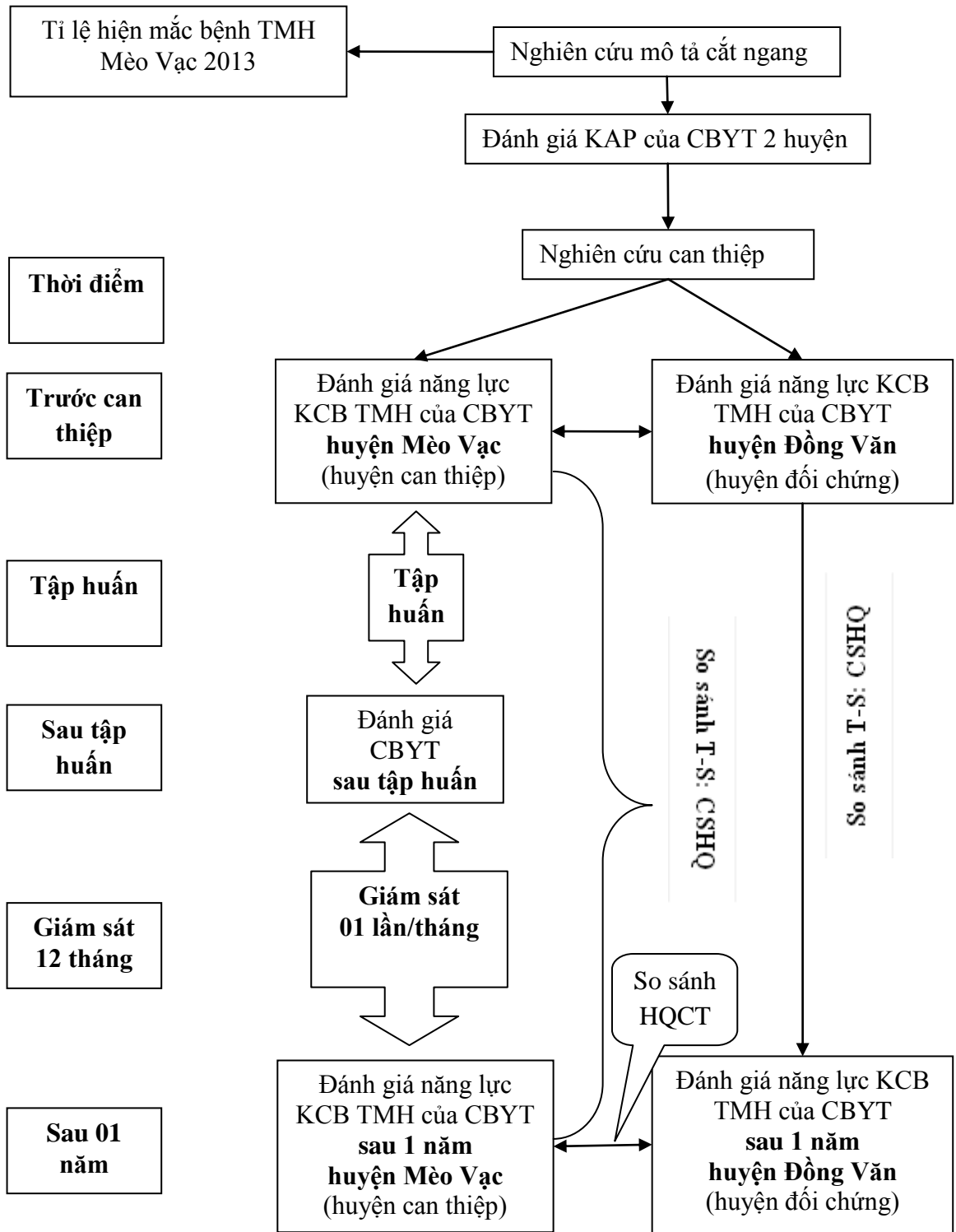
Sau 12 tháng đánh giá lại kiến thức, thái độ và kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc, đã tham gia tập huấn TMH (đánh giá đầu ra) và đồng thời đánh giá kiến thức, thái độ, kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Đồng Văn (không được tập huấn). Phương pháp và công cụ đánh giá sau can thiệp giống như bộ công cụ đánh giá trước can thiệp.

** Đánh giá hiệu quả can thiệp trên tình hình chuyển tuyến*

Dùng phiếu thu thập số liệu thứ cấp qua sổ Khám bệnh của TYT xã và theo dõi chuyển viện của bệnh viên: tình hình (tỉ lệ) bệnh nhân chuyển tuyến trước và sau can thiệp (chuyển từ tuyến xã lên huyện; huyện lên tỉnh).

2.5.3. Thu số liệu định tính

Tổ chức 04 cuộc thảo luận nhóm (02 trước can thiệp và 02 sau can thiệp): Tổ chức 02 cuộc thảo luận nhóm với 10 bệnh nhân điều trị bệnh TMH (trước và sau can thiệp); 02 cuộc thảo luận nhóm với 10 CBYT cơ sở là y sỹ, bác sỹ đang công tác tại BV huyện, PKĐKKV và TYT xã, phụ trách công tác KCB TMH, được tập huấn KCB TMH (trước và sau can thiệp).



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Tổ chức 06 cuộc phỏng vấn sâu (03 trước can thiệp và 03 sau can thiệp): 02 cuộc phỏng vấn sâu với đại diện ban giám đốc bệnh viện huyện Mèo Vạc (trước và sau can thiệp); 02 cuộc phỏng vấn sâu với trưởng PKĐKKV (trước và sau can thiệp); 02 cuộc phỏng vấn sâu với trạm trưởng TYT xã (trước và sau can thiệp).

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

2.6.1. Đánh giá kiến thức, thái độ, kỹ năng của cán bộ y tế về khám chữa bệnh tai mũi họng

Kiến thức, thái độ và kỹ năng của CBYT sẽ được hỏi, lượng giá bằng bộ câu hỏi và bảng kiểm. Sau đó được tính điểm cho các ý kiến thức, thái độ hay kỹ năng đúng. Tính tổng điểm từng phần kiến thức, thái độ và kỹ năng của CBYT và phân theo 3 mức cho mỗi loại, bao gồm: Tốt, trung bình và yếu.

Kiến thức: Sử dụng bảng hỏi đánh giá kiến thức của cán bộ YTCS về bệnh TMH thông qua 56 câu hỏi, các câu hỏi được chia làm 3 phần: Bệnh tai, bệnh mũi, bệnh họng thanh quản. Các câu hỏi được xác định theo mỗi ý trả lời đúng là 1 điểm, tính tổng điểm và phân nhóm như hướng dẫn dưới đây.

Thái độ: Sử dụng bảng hỏi đánh giá thái độ thiết kế theo thang đo Likert. Bộ câu hỏi đánh giá thái độ gồm 15 câu hỏi. Các câu hỏi được tính theo các mức điểm 4, 3, 2, 1, 0 cho các phương án trả lời lần lượt là Rất đồng ý, Đồng ý, không rõ ràng, không đồng ý và rất không đồng ý (theo quan điểm đúng và ngược lại cho quan điểm sai). Tính tổng điểm các câu hỏi và phân nhóm thành 3 mức: Tốt, trung bình và yếu.

Kỹ năng: kỹ năng của đối tượng được xác định thông qua bảng kiểm với các kỹ năng xử trí bệnh tai, xử trí bệnh mũi, xử trí bệnh họng, thủ thuật làm thuốc tai, thủ thuật rửa nhỏ mũi và thủ thuật châm họng. Cán bộ điều tra sẽ quan sát kỹ năng và tính điểm cho mỗi kỹ năng đúng đủ. Sau đó cộng tổng điểm và phân theo 3 mức như hướng dẫn dưới đây.

Phần trăm (điểm)	Giải thích
$\geq 80\%$ (tổng số điểm):	Xếp loại tốt.
$> 60\% - < 80\%$ tổng số điểm):	Xếp loại trung bình.
$\leq 60\%$ (tổng số điểm):	Xếp loại yếu.

2.6.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh về họng - thanh quản

2.6.2.1. Chẩn đoán xác định viêm họng cấp tính

- Đột ngột biểu hiện sốt (sốt vừa hoặc sốt cao), rét run hoặc gai rét, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn và nhức đầu nhẹ.
- Đau rát họng, đau tăng khi ho, có thể có ho khan hoặc có đờm.
- Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan sưng nề to đỏ, amidan có thể có chấm mủ trắng, tổ chức bạch huyết thành sau họng đỏ.
- Khám có thể có hạch góc hàm di động ấn đau [7], [50].

2.6.2.2. Chẩn đoán xác định viêm họng mạn tính đơn thuần

- Triệu chứng: vướng trong họng và phải khạc đờm để làm sạch họng, húng hắng ho, cảm giác khô họng nhiều đàm nhớt trong họng và đau khi nuốt và kéo dài, có khi có cảm giác như có dị vật ở trong họng.
- Khám họng: Có ba thể lâm sàng: (i) Viêm họng mạn tính xuất tiết: Thành sau họng có chất tiết nhầy trắng, trong, hơi dính sau trở thành đặc và dính vào niêm mạc họng. (ii) Viêm họng mạn tính quá phát : Niêm mạc họng dày lên, những chỗ lồi lên gọi là hạt, có khi tập trung lại thành một dải gờ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau (gọi là trụ giả). (iii) Viêm họng teo: Niêm mạc họng teo, khô và có vẩy mỏng vàng, khô bám vào từng chỗ, các trụ sau như biến đi làm cho họng trở nên rộng hơn [44].

2.6.2.3. Chẩn đoán viêm amidan cấp tính

- Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 38°C - 39°C . Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

- Cơ năng: Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amidan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho. Kèm theo viêm V.A, thường có viêm mũi hoặc ở trẻ em có amidan to nên hay gặp thở khò khè, ngủ ngáy to, nói giọng mũi. Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh quản, khí quản gây nên ho từng cơn, đau và có đờm nhầy, giọng khàn nhẹ.

- Thực thể: Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ. Amidan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amidan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amidan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amidan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn). Tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm amidan ban đỏ thường do virus gây nên. Hạch góc hàm sưng to và đau.

2.6.2.4. Chẩn đoán viêm amidan mạn tính

- Toàn thân: Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hồi viêm có triệu chứng giống như viêm amidan cấp tính. Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngây ngây sốt về chiều.

- Cơ năng: Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai. Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên. Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

- Thực thể: Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mủ màu trắng. Thể quá phát: amidan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em [7], [44].

2.6.2.5. Chẩn đoán viêm V.A cấp tính

- Toàn thân: ở trẻ nhỏ, bắt đầu đột ngột, sốt cao 40°C - 41°C , thường kèm theo những phản ứng dữ dội như: co thắt thanh môn, co giật. Ở trẻ lớn hơn cũng có thể bắt đầu đột ngột sốt cao, kèm theo co thắt thanh quản, đau tai và có khi có phản ứng màng não nhưng diễn biến nhẹ hơn ở trẻ sơ sinh.

- Cơ năng: trẻ ngạt mũi, trẻ sơ sinh có thể ngạt mũi hoàn toàn phải thở bằng miệng, thở nhanh, nhịp không đều, bỏ ăn, bỏ bú. Trẻ lớn hơn không bị ngạt mũi hoàn toàn nhưng thở ngáy, nhất là về đêm, tiếng nói có giọng mũi kín. Ở người lớn nếu có còn bị viêm họng sau lưỡi gà, ù tai, nghe kém.

- Thực thể: Hốc mũi đầy mủ nhầy, không thể hoặc khó khám vòm họng qua mũi trước. Ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mũi nhầy trong hốc mũi, đặt thuốc làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy tổ chức V.A ở nóc vòm phủ bởi lớp mủ nhầy. Khám họng thấy niêm mạc đỏ, một lớp nhầy trắng, vàng phủ trên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm chảy xuống. Khám tai: màng nhĩ mất bóng, trở nên xám đục, hơi lõm vào do tắc vòi nhĩ, triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán V.A. Có thể sờ thấy hạch nhỏ ở góc hàm, rãnh cảnh, có khi cả ở sau cơ ức - đòn - chũm, hơi đau, không viêm quanh hạch. Nội soi mũi sau hoặc soi cửa mũi sau gián tiếp bằng gương nhỏ ở trẻ lớn và người lớn sẽ thấy được tổ chức V.A ở vòm mũi - họng sưng đỏ, to, có mủ nhầy phủ lên trên.

2.6.2.6. Chẩn đoán viêm V.A mạn tính

Triệu chứng viêm V.A xuất hiện từ 18 tháng đến 6 - 7 tuổi.

- Toàn thân: thường hay sốt vặt, em bé phát triển chậm so với lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, ăn uống kém, người gầy, da xanh. Trẻ đãng trí, kém tập trung tư tưởng thường do tai hơi nghẽn ngãng và não thiếu oxy do thiếu thở mạn tính, thường học kém.

- Cơ năng: Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há miệng để thở, nói giọng mũi kín. Mũi thường bị viêm, tiết

nhầy và chảy mũi thò lò ra cửa mũi trước, ho khan, ngủ không yên giấc, ngáy to, giật mình, tai nghe kém hay bị viêm.

- Thực thể: Soi mũi trước: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới phù nề. Hút hết dịch mủ nhầy, làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy khối sùi bóng, đỏ mấp mé ở cửa mũi sau. Khám họng: thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh và mũi nhầy chảy từ vòm xuống họng. Khám tai: thấy màng nhĩ sẹp hoặc lõm vào, màu hồng do xung huyết toàn bộ ở màng nhĩ hoặc góc sau trên. Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vẩu, răng mọc lệch, môi trên bị kéo xéch lên, môi dưới dài thõng, hai mắt mở to, người ngây ngô [7], [44].

2.6.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh về mũi

2.6.3.1. Chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính

Cần phải nghĩ tới VMX cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5 - 7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh. Các triệu chứng giúp chẩn đoán VMX cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính: Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt; sung và nề vùng mặt; tắc ngạt mũi; chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau; ngửi kém hoặc mất ngửi; có mủ trong hốc mũi; sốt.

- Các triệu chứng phụ: Đau đầu, thờ hời, mệt mỏi, đau răng, ho, đau nhức tai.

- Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị VMX. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn... Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định VMX. Những dấu hiệu có giá trị bao gồm: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết... niêm mạc mũi. Đối với VMX cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm [7].

2.6.3.2. Chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính

* Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Ngạt tắc mũi thường xuyên. Xì mũi hoặc khịt khạc mũi nhày hay mũi đặc thường xuyên. Đau nhức vùng mặt. Mất ngủ hoặc giảm ngủ. Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.

- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy: Dịch mũi nhày hoặc mũi đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên. Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp. Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát...

- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

* Cận lâm sàng: Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng (Hình mờ đều hoặc không đều các xoang. Vách ngăn giữa các xoang sáng không rõ. Hình ảnh dày niêm mạc xoang). Phim CT Scan: cho hình ảnh: Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều. Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang. Bệnh tích bít lấp vùng phức hợp lỗ ngách. Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều... [7], [50].

2.6.3.3. Chẩn đoán viêm mũi xoang dị ứng

* Khai thác tiền sử dị ứng: Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mày đay, chàm, hen phế quản... Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

* Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Ngứa mũi, hắt hơi từng tràng, ngạt tắc mũi, chảy nước mũi trong.

- Triệu chứng thực thể: Soi mũi thấy: Niêm mạc mũi nhợt màu; cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới; nhiều dịch xuất tiết: dịch nhày, trong.

2.6.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh về tai

2.6.4.1. Chẩn đoán viêm tai giữa cấp tính

*** Màng nhĩ chưa vỡ**

- Triệu chứng cơ năng: Đau tai mỗi ngày một tăng, đau sâu trong tai, đau theo nhịp điệu của mạch. Đốt là triệu chứng quan trọng thường xuyên có, theo kiểu dẫn truyền. Triệu chứng ù tai, cảm giác đầy tai.

- Triệu chứng thực thể: Toàn bộ màng nhĩ nề đỏ hơi tím, phồng lên, mất các chỗ lõm, khi soi không thấy tam giác sáng, cán xương búa, máu ngấn. Màu sắc màng nhĩ hoà lẫn màu sắc của da ống tai. Hoặc màng nhĩ phồng lên, phồng nhất thường phía sau trên. Nhiệt độ có thể tăng cao, trẻ nhỏ có thể có co giật.

*** Màng nhĩ vỡ**

- Triệu chứng cơ năng: Bệnh nhân không còn đau tai, nhiệt độ bình thường, ăn ngủ được

- Triệu chứng thực thể: Ống tai đầy mủ, không mùi, lúc đầu mủ loãng vàng, sau đặc quánh. Lỗ thủng bề dày đỏ, nhám nhờ, lỗ thủng to nhỏ khác nhau. Nếu mủ dẫn lưu tốt thì triệu chứng sốt không tái phát [44], [50].

2.6.4.2. Chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính

*** Lâm sàng**

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

- Viêm tai giữa mạn tính mủ: Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có

sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa... Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mắt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold)...

** Cận lâm sàng*

Khám tai: mũ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhở, đáy hòm nhĩ bần, có thể có polyp ở hòm nhĩ. Cấy dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa. Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

2.6.4.3. Chẩn đoán viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em

** Lâm sàng:* Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

- Ở trẻ nhỏ: việc phát hiện viêm tai thanh dịch khi khám nằm trong bệnh cảnh bị nhiễm trùng đường hô hấp trên là phổ biến nhất. Ngoài ra, còn phát hiện được khi cha mẹ phàn nàn: Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh. Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.

- Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai. Vì vậy, cha mẹ hoặc thầy cô giáo nhận thấy trẻ có những biểu hiện không bình thường khi nghe hoặc viết chính tả nên cho đi khám sức nghe.

Khám soi tai: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hồng phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lồi phồng. Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy: Màng tai như bình thường hoặc mất bong. Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai. Màng tai co lõm

nhẹ, mắt bóng. Các hình ảnh khác có thể gặp: Màng tai co lõm với cán xương búa ngấn lại, mấu ngấn nhô ra; Màu trắng sữa ở phần dưới với một vài vân mạch; Hiêm hơn: màu xám xanh của màng tai; Màu trắng phần với một vài nốt trắng; Thay đổi hoặc mất tam giác sáng; Khi khám thấy giảm hoặc mất di động màng tai với speculum SIEGLE; Khám vòm họng: kiểm tra VA viêm, quá phát; Khám mũi xoang: kiểm tra thấy tồn tại một ổ viêm tiềm tàng.

2.7. Phương pháp không chế sai số

- Bộ công cụ thu thập số liệu nghiên cứu (phiếu hỏi, bảng kiểm và ca bệnh mẫu) được các chuyên gia về Y tế công cộng và chuyên gia về TMH góp ý khi xây dựng và thử nghiệm trước khi nghiên cứu chính thức.

- Các nghiên cứu viên thu thập số liệu định tính, định lượng là Thạc sĩ, Bác sĩ chuyên khoa TMH đã có nhiều năm công tác tại khoa TMH, BV đa khoa tỉnh Hà Giang, được tập huấn trước khi tham gia nghiên cứu.

- Khám lâm sàng bệnh do các bác sĩ chuyên khoa TMH đảm nhiệm.

- Bệnh lý TMH được chẩn đoán xác định theo ICD 10.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu định lượng được mã hóa nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 19.0. Số liệu định tính sau khi ghi âm được gỡ băng xử lý bằng phương pháp chuyên gia.

Mô tả tần số (số lượng), tỷ lệ % với các biến danh mục.

Kiểm định Chi-square test để so sánh các tỉ lệ %; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ), được tính theo công thức [14]:

$$\text{CSHQ}\% = \frac{|p1 - p2|}{p1} \times 100$$

Trong đó: p1 là kết quả (số lượng hoặc tỉ lệ) của chỉ số nghiên cứu thu được vào thời điểm trước can thiệp, p2 là kết quả (số lượng hoặc tỉ lệ) của chỉ số nghiên cứu thu được vào thời điểm sau can thiệp.

$$\text{HQCT \%} = \text{CSHQ\% can thiệp} - \text{CSHQ\% chứng.}$$

2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu không ảnh hưởng đến công tác điều trị, KCB của cán bộ y tế và không ảnh hưởng tới quá trình điều trị của bệnh nhân.

- Khi phát hiện thấy bệnh nhân bị bệnh TMH, bệnh nhân được kê đơn và hướng dẫn điều trị chu đáo.

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; Hội đồng khoa học Sở Y tế tỉnh Hà Giang trước khi tiến hành làm nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu và những thông tin cá nhân điều tra đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu là hình thức đào tạo cập nhật kiến thức tại chỗ theo hướng học qua hướng dẫn thực hành cho CBYT tuyến cơ sở Mèo Vạc, qua đó nâng cao chất lượng KCB TMH, góp phần nâng cao sức khỏe người dân.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được nhân rộng ra trong toàn tỉnh, nhằm nâng cao năng lực khám chữa bệnh TMH cho Sở Y tế Hà Giang, đáp ứng nhu cầu nâng cao chất lượng KCB tại tuyến YTCS của Bộ Y tế và đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của chính người dân.

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng bệnh tai mũi họng của người Mông huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2013

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu (khám lâm sàng) theo tuổi và giới

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
1 - 6	207	47,9	225	52,1	432	17,4
7 - 15	488	56,2	381	43,8	869	35,0
16 - 25	167	53,5	145	46,5	312	12,6
26 - 35	194	49,5	198	50,5	392	15,8
36 - 45	138	59,5	94	40,5	232	9,3
46 - 55	52	43,7	67	56,3	119	4,8
> 55	55	42,3	75	57,7	130	5,2
Tổng	1301	52,3	1185	47,7	2486	100

Nhận xét:

Tỉ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu là tương đương nhau ở tất cả các nhóm tuổi. Nhóm tuổi 7 - 15 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,0%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 26 - 35 chiếm 15,8%. Nhóm tuổi 46 - 55 và > 55 tuổi chiếm tỉ lệ thấp (4,8% và 5,2%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng theo giới và tuổi

Chỉ số	Số người khám	Số người mắc bệnh	Tỷ lệ (%)	p
<i>Giới</i>				
Nam	1301	1035	79,6	> 0,05
Nữ	1185	924	78,0	
Tổng	2486	1959	78,8	
<i>Tuổi</i>				
1 - 6 ⁽¹⁾	432	354	81,9	
7 - 15 ⁽²⁾	869	652	75,0	$p_{1-2} < 0,05$
16 - 25 ⁽³⁾	312	218	69,9	$p_{1-3} < 0,05$
26 - 35 ⁽⁴⁾	392	307	78,3	$p_{1-4} > 0,05$
36 - 45 ⁽⁵⁾	232	201	86,6	$p_{1-5} > 0,05$
46 - 55 ⁽⁶⁾	119	108	90,8	$p_{1-6} < 0,05$
> 55 ⁽⁷⁾	130	119	91,5	$p_{1-7} < 0,05$
Tổng	2486	1959	78,8	

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc bệnh TMH chung là 78,8%, trong đó tỷ lệ mắc bệnh TMH của nam là 79,6% và của nữ là 78% và không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Tỷ lệ mắc bệnh TMH cao nhất ở nhóm tuổi > 55 với 91,5% và thấp nhất ở nhóm tuổi 16 - 25 với 69,9%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng theo các nhóm bệnh cụ thể

Bệnh TMH	Số người khám	Số mắc bệnh	Tỷ lệ (%)
Bệnh về tai	2486	419	16,9
Bệnh về mũi	2486	787	31,7
Bệnh về họng	2486	1483	59,7

Nhận xét:

Theo bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh về họng là cao nhất 59,7%, tỷ lệ mắc các bệnh về tai là thấp nhất 16,9%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh tai mũi họng đơn thuần và phối hợp theo giới

Bệnh	Giới	Nam (%)	Nữ (%)	Tổng (%)
	Mắc bệnh một bệnh	669 (64,6)	589 (63,7)	1258 (64,2)
Mắc bệnh 2 bệnh	353 (34,1)	319 (34,5)	672 (34,3)	
Mắc ≥ 3 bệnh	13 (1,3)	16 (1,7)	29 (1,5)	

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc một bệnh khá cao chiếm 64,2%, tỷ lệ mắc hai bệnh chiếm 34,3% và tỷ lệ mắc ≥ 3 bệnh là 1,5%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc bệnh về tai theo tuổi và giới

Tuổi	Giới		Nam		Nữ		Chung		p nam-nữ
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
1 - 6 (n = 432)	71/207	34,3	76/225	33,8	147/432	34,0	> 0,05		
7 - 15 (n = 869)	67/488	13,7	52/381	13,6	119/869	13,7	> 0,05		
16 - 25 (n = 312)	14/167	8,4	15/145	10,3	29/312	9,3	> 0,05		
26 - 35 (n = 392)	26/194	13,4	22/198	11,1	48/392	12,3	> 0,05		
36 - 45 (n = 232)	20/138	14,5	11/94	11,7	31/232	13,4	> 0,05		
46 - 55 (n = 119)	9/52	17,3	9/67	13,4	18/119	15,1	> 0,05		
> 55 (n = 130)	15/55	27,3	12/75	16,0	27/130	20,8	> 0,05		
Tổng n = 2486	222/1301	17,1	197/1185	16,6	419/2486	16,9	> 0,05		

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc bệnh tai của nam chiếm tỷ lệ 17,1% và tỷ lệ mắc bệnh tai của nữ là 16,6 %. Tỷ lệ mắc các bệnh về tai ở các nhóm có xu hướng giảm dần theo tuổi. Tỷ lệ mắc cao nhất là trẻ từ 1 - 6 tuổi chiếm 34,3% với trẻ nam và 33,8% với trẻ nữ; ở nhóm tuổi 16 - 25 có 14/167 nam giới mắc, chiếm 8,4% và 15/145 nữ giới mắc, chiếm tỷ lệ 10,3%. Không có sự khác biệt về bệnh tai giữa nam và nữ theo các nhóm tuổi với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc bệnh về mũi theo tuổi và giới

Tuổi	Giới		Nam		Nữ		Chung		p nam-nữ
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
1 - 6 (n = 432)	46/207	22,2	38/225	16,9	84/432	19,4			> 0,05
7 - 15 (n = 869)	161/488	33,0	116/381	30,4	277/869	31,9			> 0,05
16 - 25 (n = 312)	54/167	32,3	45/145	31,0	99/312	31,7			> 0,05
26 - 35 (n = 392)	59/194	30,4	80/198	40,4	139/392	35,3			< 0,05
36 - 45 (n = 232)	58/138	42,0	35/94	37,2	93/232	40,1			> 0,05
46 - 55 (n = 119)	18/52	34,6	29/67	43,3	47/119	39,4			> 0,05
> 55 (n = 130)	18/55	32,7	30/75	40,0	48/130	36,9			> 0,05
Tổng n = 2486	414/1301	31,8	373/1185	31,5	787/2486	31,7			> 0,05

Nhận xét:

Số liệu cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh về mũi ở nam là 31,8% và tỷ lệ mắc bệnh về mũi ở nữ là 31,5%. Tỷ lệ mắc bệnh về mũi của nam giới cao nhất ở nhóm tuổi 36 - 45 chiếm 42,0% và tỷ lệ mắc bệnh mũi cao nhất đối với nữ ở nhóm tuổi 46 - 55 chiếm 43,3%. Tỷ lệ mắc bệnh về mũi thấp nhất ở cả nam và nữ thuộc nhóm tuổi 1 - 6 tuổi. Không có sự khác biệt về bệnh mũi giữa nam và nữ theo các nhóm tuổi với $p > 0,05$, chỉ có tỷ lệ mắc bệnh theo giới có khác biệt ở nhóm tuổi 26 - 35, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Tỷ lệ mắc bệnh về họng theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Chung		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 - 6 (n = 432)	151/207	72,9	168/225	74,7	319/432	73,8	>0,05
7 - 15 (n = 869)	277/488	56,8	209/381	54,9	486/869	55,9	>0,05
16 - 25 (n = 312)	73/167	43,7	74/145	51,0	147/312	47,1	>0,05
26 - 35 (n = 392)	104/194	53,6	110/198	55,6	214/392	54,6	>0,05
36 - 45 (n = 232)	96/138	69,6	50/94	53,2	146/232	62,9	<0,05
46 - 55 (n = 119)	38/52	73,1	43/67	64,2	81/119	68,1	>0,05
> 55 (n = 130)	39/55	70,9	51/75	68,0	90/130	69,2	>0,05
Tổng n = 2486	778/1301	59,8	705/1185	59,5	1483/2486	59,7	>0,05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh về họng ở nam là 59,8% và ở nữ là 59,5%. Tỷ lệ mắc bệnh họng ở nhóm tuổi 1 - 6 chiếm 72,9% ở nam và 74,7% ở nữ. Tỷ lệ mắc bệnh họng thấp nhất ở cả nam và nữ ở nhóm tuổi 16 - 25 (43,7% và 51,0%, theo thứ tự). Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh họng của nam và nữ ở các nhóm tuổi ($p > 0,05$), riêng nhóm tuổi 36 - 45 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Đặc điểm mô hình các bệnh tai của dân tộc Mông (N = 419)

Bệnh tai	SL	%
Viêm tai giữa cấp tính	111	26,5
Viêm tai giữa tiết dịch	96	22,9
Viêm tai giữa mạn tính	91	21,7
Dị vật tai/nút ráy tai	86	20,5
Nấm tai	19	4,5
Dò luân nhĩ	12	2,9
Viêm ống tai ngoài	7	1,7
Xẹp nhĩ	4	1,0

Nhận xét:

Trong các bệnh về tai: VTG cấp tính là bệnh hay gặp nhất chiếm 26,5%; tiếp theo VTGTD chiếm 22,9% và VTGMT chiếm 21,7%. Tỷ lệ dị vật tai/nút ráy tai là 20,5%, nấm tai là 4,5% và viêm ống tai ngoài chiếm 1,7%.

Bảng 3.9. Đặc điểm mô hình các bệnh mũi của dân tộc Mông (N = 787)

Bệnh tai	SL	%
Viêm mũi dị ứng	212	26,9
Viêm mũi xoang cấp	119	15,1
Vẹo vách ngăn/dị hình vách ngăn	116	14,7
Viêm mũi cấp tính	70	8,9
Viêm xoang polyp mũi	67	8,5
Viêm xoang cấp tính	56	7,1
Viêm mũi xuất tiết	39	5,0
Viêm xoang mạn tính	32	4,1
Viêm đa xoang	32	4,1
Viêm mũi mạn tính	23	2,9
Viêm mũi xoang mạn	23	2,9
Polyp mũi	3	0,4
Viêm loét niêm mạc mũi cấp	5	0,6

Nhận xét:

Trong các bệnh về mũi: VMDU là bệnh hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 26,9%; tiếp theo là bệnh VMX cấp chiếm 15,1%. Tỉ lệ viêm mũi cấp tính và viêm xoang polyp mũi chiếm lần lượt là 8,9% và 8,5%. Tỉ lệ vẹo vách ngăn/dị hình vách ngăn chiếm 14,7%. Tỉ lệ viêm xoang cấp tính và mạn tính lần lượt là 7,1% và 4,1%.

Bảng 3.10. Đặc điểm mô hình các bệnh họng của dân tộc Mông (N = 1483)

Bệnh tai	SL	%
Viêm họng mạn tính	374	25,2
Viêm amidan cấp tính	310	20,9
Viêm amidan quá phát	198	13,4
Viêm V.A cấp tính	177	11,9
Viêm họng cấp tính	176	11,9
Viêm họng hạt	132	8,9
Viêm amidan mạn tính	128	8,6
Viêm V.A mạn tính	31	2,1
Viêm thanh quản cấp	16	1,1
U máu 2 bên thành họng	1	0,1

Nhận xét:

Trong các bệnh về họng: Bệnh về họng chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh viêm họng mạn tính với 25,2%; tiếp theo là viêm amidan cấp chiếm 20,9%. Tỉ lệ viêm V.A cấp tính và viêm họng cấp tính đều chiếm 11,9%. Tỉ lệ viêm amidan quá phát là 13,4% và tỉ lệ viêm thanh quản cấp chiếm 1,1%.

3.2. Năng lực về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở tại huyện Mèo Vạc

3.2.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, kỹ năng khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang

Bảng 3.11. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 50)

Chỉ số		SL	%
Bằng cấp học vị chuyên môn	Bác sỹ	7	14,0
	Y sỹ đa khoa	43	86,0
Số năm công tác	≤ 5 năm	23	46,0
	6 - 10 năm	6	12,0
	10 - 15 năm	9	18,0
	> 15 năm	12	24,0
Có chứng chỉ TMH	Có	9	18,0
	Không	41	82,0
Đã từng được tập huấn về bệnh TMH	Có	11	22,0
	Không	39	78,0
Nơi công tác	Tại huyện (BV + PKĐKKV)	16	32,0
	Tại xã	34	68,0

Nhận xét:

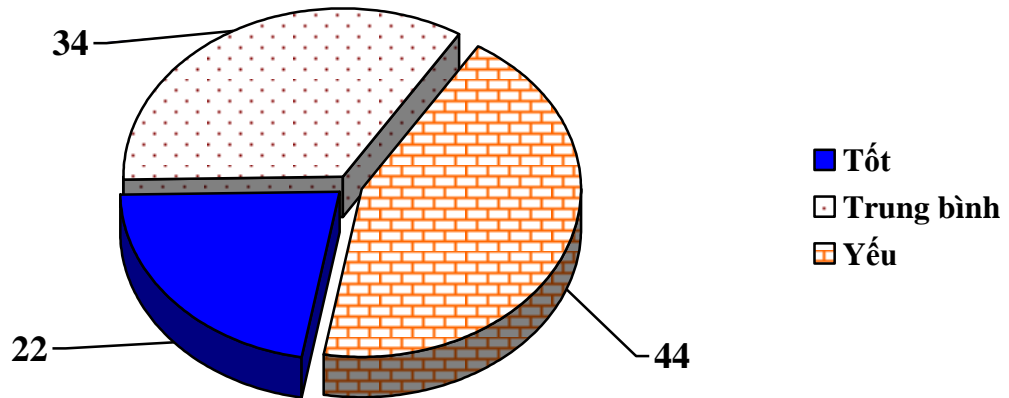
Phần lớn (86,0%) cán bộ y tế có bằng cấp học vị chuyên môn là y sỹ đa khoa, tỉ lệ CBYT là bác sỹ khá thấp (14,0%). Tỷ lệ CBYT có thời gian công tác ≤ 5 năm chiếm cao nhất (46,0%); tiếp theo là tỷ lệ CBYT có thời gian công tác > 15 năm với 24,0%. Tỷ lệ CBYT đã có chứng chỉ TMH là 18,0% và được tập huấn về bệnh TMH là 22,0%. Tỷ lệ CBYT công tác ở huyện là 32,0%, còn lại là CBYT công tác xã (68,0%).

Bảng 3.12. Kiến thức của cán bộ y tế cơ sở về bệnh lý tai mũi họng

Chỉ số	SL	%
<i>Bệnh lý về tai</i>		
Tốt	9	18,0
Trung bình	21	42,0
Yếu	20	40,0
<i>Bệnh lý mũi xoang</i>		
Tốt	12	24,0
Trung bình	16	32,0
Yếu	22	44,0
<i>Bệnh lý họng, thanh quản</i>		
Tốt	13	26,0
Trung bình	18	36,0
Yếu	29	58,0

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT có kiến thức tốt về bệnh lý họng, thanh quản chiếm cao nhất (26,0%); tiếp theo là kiến thức tốt về bệnh lý mũi, xoang (24,0%) và thấp nhất là kiến thức tốt về tai (18,0%).



Biểu đồ 3.1. Đánh giá kiến thức chung về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc

Nhận xét:

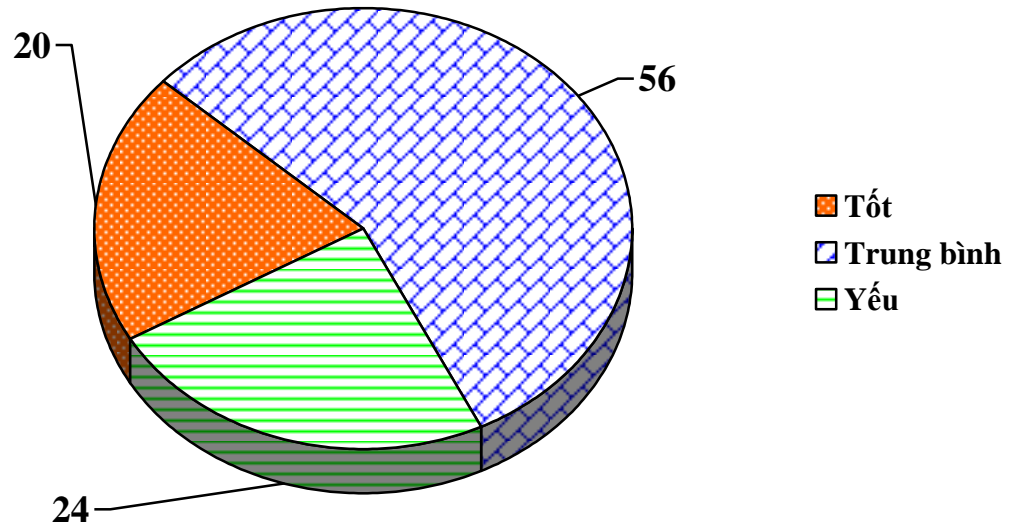
Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt, trung bình và yếu chiếm lần lượt là 22,0%; 34,0% và 44,0%.

Bảng 3.13. Thái độ của cán bộ y tế cơ sở về khám chữa bệnh tai mũi họng

Chỉ số	SL	%
Thái độ đối với các bệnh về tai		
Tốt	11	22,0
Trung bình	27	54,0
Yếu	12	24,0
Thái độ đối với các bệnh về mũi xoang		
Tốt	10	20,0
Trung bình	27	54,0
Yếu	13	26,0
Thái độ đối với các bệnh về họng, thanh quản		
Tốt	11	22,0
Trung bình	29	58,0
Yếu	10	20,0

Nhận xét:

Tỉ lệ CBYT có thái độ tốt về bệnh lý tai và họng thanh quản đều chiếm 22,0%; tiếp theo là thái độ tốt về mũi xoang chiếm 20,0%.



Biểu đồ 3.2. Đánh giá thái độ chung về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc

Nhận xét:

Thái độ chung về bệnh TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc mức độ tốt, trung bình và yếu chiếm lần lượt là 20,0%; 56,0% và 24,0%.

Bảng 3.14. Kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở Mèo Vạc

Kỹ năng xử trí	SL	%
<i>Bệnh về tai (đúng và đầy đủ)</i>		
Hỏi bệnh	6	12,0
Khám bệnh	4	8,0
Chẩn đoán bệnh	8	16,0
Điều trị bệnh	7	14,0
Phòng bệnh	5	10,0
<i>Bệnh về mũi (đúng và đầy đủ)</i>		
Hỏi bệnh	9	18,0
Khám bệnh	4	8,0
Chẩn đoán bệnh	7	14,0
Điều trị bệnh	5	10,0
Phòng bệnh	7	14,0
<i>Bệnh về họng (đúng và đầy đủ)</i>		
Hỏi bệnh	22	56,0
Khám bệnh	17	34,0
Chẩn đoán bệnh	6	12,0
Điều trị bệnh	4	8,0
Phòng bệnh	7	14,0
<i>Bệnh về thanh quản (đúng và đầy đủ)</i>		
Hỏi bệnh	9	18,0
Khám bệnh	9	18,0
Chẩn đoán bệnh	8	16,0
Điều trị bệnh	6	12,0
Phòng bệnh	4	8,0

Nhận xét:

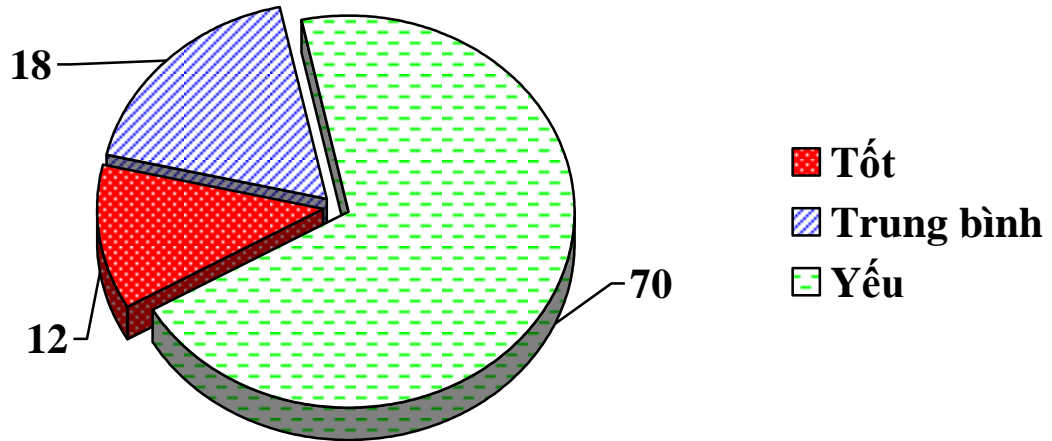
Tỷ lệ CBYT có kỹ năng hỏi và khám bệnh về họng đúng và đầy đủ chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 56,0% và 34,0%. Tỷ lệ CBYT có kỹ năng chẩn đoán và điều trị bệnh về thanh quản chiếm 16,0% và 12,0% (theo thứ tự).

Bảng 3.15. Kỹ năng thực hiện các thủ thuật xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở Mèo Vạc

Kỹ năng xử trí	SL	%
<i>Thủ thuật làm thuốc tai (đúng và đầy đủ)</i>		
Tư thế bệnh nhân đúng	7	14,0
Tư thế thầy thuốc đúng	6	12,0
Kỹ thuật rửa tai đúng	6	12,0
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	6	12,0
<i>Thủ thuật rửa và nhỏ thuốc mũi (đúng và đầy đủ)</i>		
Tư thế bệnh nhân đúng	8	16,0
Tư thế thầy thuốc đúng	7	14,0
Kỹ thuật rửa mũi đúng	7	14,0
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	8	16,0
<i>Thủ thuật chấm họng (đúng và đầy đủ)</i>		
Tư thế bệnh nhân đúng	9	18,0
Tư thế thầy thuốc đúng	9	18,0
Kỹ thuật chấm họng	8	16,0

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT thực hiện hướng dẫn và chuẩn bị tư thế bệnh nhân đúng để tiến hành thủ thuật làm thuốc tai, rửa và nhỏ thuốc mũi và chấm họng lần lượt là 14,0%; 16,0% và 18,0%. Tỷ lệ CBYT thực hiện các thủ thuật làm thuốc tai, nhỏ thuốc mũi và chấm họng đúng lần lượt là 12,0%; 16,0% và 16,0%



Biểu đồ 3.3. Kỹ năng chung của cán bộ y tế về xử trí bệnh tai mũi họng

Nhận xét:

Tỉ lệ CBYT có kỹ năng xử trí bệnh TMH chung mức độ tốt chiếm 12,0%; trung bình chiếm 18,0% và yếu là 70,0%.

3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa bằng cấp học vị chuyên môn với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí Bằng cấp học vị chuyên môn	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Y sỹ	41	95,3	2	4,7
Bác sỹ	3	42,9	4	57,1
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT có bằng cấp học vị chuyên môn là y sỹ có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt chỉ chiếm 4,7%, thấp hơn so với bác sỹ (57,1%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa số năm công tác của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí Thời gian công tác	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
≤ 5 năm	21	91,3	2	8,7
≥ 6 năm	23	85,2	4	14,8
p	> 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT có thời gian công tác ≤ 5 năm có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt là 8,7%, thấp hơn so với CBYT có thời gian công tác ≥ 6 năm (14,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa có chứng chỉ tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí Có chứng chỉ TMH	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Không	41	100,0	0	0
Có	3	33,3	6	66,7
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

Tất cả CBYT chưa có chứng chỉ TMH đều không có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt; trong khi đó, CBYT có chứng chỉ TMH có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt là 66,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa việc đã được tập huấn về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí Được tập huấn	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Không	38	97,4	1	2,6
Có	6	54,6	5	45,4
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

Tỉ lệ CBYT chưa được tập huấn KCB TMH có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt là 2,6%, thấp hơn so với CBYT được tập huấn (45,4%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa nơi công tác của CBYT với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí Nơi công tác	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Tại xã	33	97,1	1	2,9
Tại huyện	11	68,8	5	31,2
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

Tỉ lệ CBYT công tác tại xã có kỹ năng xử trí bệnh TMH tốt là 2,9 %, thấp hơn so với CBYT công tác tại huyện (31,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa kiến thức về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí \ Kiến thức	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Chưa tốt (TB + Yếu)	37	94,9	2	5,1
Tốt	7	63,6	4	36,4
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

CBYT có kiến thức tốt về bệnh TMH thì cũng có kỹ năng tốt về xử trí bệnh TMH, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với kỹ năng xử trí bệnh TMH ($p < 0,05$)

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa thái độ về bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế với kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng

Kỹ năng xử trí \ Thái độ	Chưa tốt (TB + Yếu)		Tốt	
	SL	%	SL	%
Chưa tốt (TB + Yếu)	38	95,0	2	5,0
Tốt	6	60,0	4	40,0
p	< 0,05			
Tổng	44	88,0	6	12,0

Nhận xét:

CBYT có thái độ tốt về bệnh TMH thì có kỹ năng tốt về xử trí bệnh TMH, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Cơ sở vật chất, trang thiết bị khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở ở huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang

Chỉ số	SL	%
Cơ sở vật chất: Đủ diện tích phòng làm việc để khám chữa bệnh	19/19	100,0
Trang thiết bị y tế		
Bộ khám ngũ quan 19/19 (các xã có đủ)	19/19	100,0
Máy nội soi (BV huyện)	1	
Bộ dụng cụ khám thường (đè lưỡi, gương soi thanh quản, đèn clar, tăm bông, thìa lấy dáy) ở BV huyện	1	

Nhận xét:

Cơ sở vật chất, TTB y tế phục vụ cho công tác khám chữa bệnh TMH ở BV huyện và TYT xã của huyện Mèo Vạc tương đối tốt, cơ bản đủ điều kiện để làm việc theo qui định của Bộ Y tế.

Yếu tố đánh giá chính xác nhất về năng lực KCB TMH của CBYT cơ sở Mèo Vạc chính là sự phản ánh của khách hàng/người bệnh TMH trên địa bàn. Kết quả 02 cuộc thảo luận nhóm với tổng số 18 người tham gia (đối tượng là CBYT cơ sở và bệnh nhân TMH điều trị tại TYT xã) chúng tôi thu được các ý kiến chung cho thấy năng lực CBYT KCB TMH còn chưa cao, trang thiết bị cũ, và ít được tập huấn về KCB TMH. Cụ thể là một số ý kiến tiêu biểu như sau:

Hộp 3.1. Các ý kiến của khách hàng, cán bộ y tế trực tiếp khám chữa bệnh nói về năng lực xử trí bệnh tai mũi họng

“... Thú thật là nhiều lúc không tự tin khi KCB TMH lắm mà tỉ lệ bệnh TMH ở chỗ tôi thường xuyên cao. Tăng huyết áp, đái tháo đường ngày xưa học kỹ thì ít gặp; còn tai mũi họng ít làm thì gặp suốt ngày, nhiều lúc khám xong mà cũng không biết cụ thể là viêm mũi hay viêm họng, viêm amidan hay là viêm xoang... cái nào lây sang cái nào... thôi thì cứ điều trị kháng sinh bao vây cộng thêm chống viêm rồi bệnh nhân cũng ổn...”

Bà Nguyễn Thị N. - Cán bộ TYT xã

“... Nhà xa bệnh viện quá, lên trạm mấy lần cứ đỡ lại bị lại. Thuốc thì lần nào cũng giống lần nào, mà sao cấp trên cấp cho ít loại thuốc thế. Tôi cứ khám chữa tai mũi họng ở trạm xong không khỏi lại đi xuống huyện. Mãi rồi cũng chán, thậm chí cắt thuốc về uống cũng không đỡ. May mà bệnh này không chết ngay được, nó cứ khó chịu thế thôi, vẫn cố được...”

Ông Vừ A L. - Bệnh nhân TMH

“...Nhiều lần tôi đi khám, tôi thấy CBYT không khám gì hết đâu, chỉ nhìn qua và cho thuốc luôn. Có đợt tôi thường xuyên bị chảy nước tai mà điều trị mãi không khỏi, lên huyện rồi cũng chẳng ăn thua. Huyện cũng như xã, thuốc đi thuốc lại cũng vẫn cái thuốc màu trắng đỏ. Tôi phải đi lấy thêm thuốc trên rừng về mới khỏi. Nếu bị viêm họng hay chảy nước mũi thì xuống trạm được bác sỹ cho ít thuốc lại về uống thôi, mà thuốc gì có mỗi tí ti, uống hết mà chưa đỡ thì lại phải xuống xin tiếp, sao không cho nhiều thuốc luôn trong một lần có phải tốt không?...”

Giàng Thị T. - Bệnh nhân TMH

Nhận xét:

Qua các ý kiến ở trên cho thấy kỹ năng KCB TMH của CBYT tuyến cơ sở huyện Mèo Vạc còn nhiều bất cập.

Qua 03 cuộc phỏng vấn sâu về năng lực CBYT cơ sở với 03 người tham dự cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực xử trí bệnh TMH bao gồm như không được tập huấn, tài liệu ít/không có và trang thiết bị KCB TMH chưa đảm bảo. Cụ thể là một số ý kiến như sau:

Hộp 3.2. Các ý kiến của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc nói về năng lực xử trí bệnh tai mũi họng

“...CBYT vùng cao chúng tôi về nhận thức còn chậm, tiếp thu khoa học kỹ thuật kém, học tập thì chấp vá, đa số bác sỹ học chuyên tu. Trong khi đó thì họ phải đảm đương nhiều công việc như khám chữa các bệnh khác cũng như làm báo cáo nhiều, thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia như tiêm chủng, phòng chống dịch bệnh... Cán bộ ít được tập huấn về cách khám và điều trị bệnh TMH. Nguồn tài liệu sách vở và truyền thông về bệnh này thông qua các dự án cũng ít được tiếp cận...”

Ông Nguyễn Văn M. - Giám đốc BV Mèo Vạc

“...nhiều kỹ năng còn rất yếu như tư thế khám bệnh không đúng, chẩn đoán và điều trị không đúng, đôi khi bệnh ở tai thì chẩn đoán bệnh ở mũi họng. Việc điều trị thì không theo phác đồ, mà chỉ làm theo kinh nghiệm cá nhân. Nhiều CBYT điều trị bệnh TMH chỉ theo một phác đồ chung là kháng sinh và giảm đau, ngoài ra không biết dùng thuốc nào khác...”

Bà Giàng Thị T. - Phòng khám đa khoa khu vực Niệm Sơn

“... Công việc nhiều, lương thấp, tập huấn không, học định hướng không, trang thiết bị cũ rích, rỉ hoen hoét... tôi về đây được 15 năm rồi, có bộ dụng cụ khám ngũ quan, khám đi khám lại 15 năm thì làm sao mà đòi tốt được? Lại còn nữa, thuốc thì thiếu mà cứ bắt anh em chúng tôi khám điều trị đúng thì làm sao mà đúng được?...”

Ông Lèng A P. - Trạm trưởng TYT xã

Nhận xét:

Qua các ý kiến ở trên cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác KCB TMH như: Không được học tập hay tập huấn nâng cao trình độ; không được cung cấp tài liệu hướng dẫn điều trị về bệnh hay thiếu trang thiết bị y tế đạt chuẩn về chất lượng.

3.3. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực cán bộ y tế về khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở

Bảng 3.24. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Huyện	Mèo Vạc		Đông Văn		p
		SL	%	SL	%	
Bằng cấp học vị chuyên môn						
Bác sỹ		7	14,0	10	20,0	> 0,05
Y sỹ đa khoa		43	86,0	40	80,0	
Số năm công tác						
≤ 5 năm		23	46,0	20	40,0	> 0,05
6 - 10 năm		6	12,0	9	18,0	
10 - 15 năm		9	18,0	11	22,0	
> 15 năm		12	24,0	10	20,0	
Có chứng chỉ TMH						
Có		9	18,0	11	22,0	> 0,05
Không		41	82,0	39	78,0	
Đã từng được tập huấn về bệnh TMH						
Có		11	22,0	11	22,0	> 0,05
Không		39	78,0	39	78,0	
Nơi công tác						
Huyện (BV + PKĐKKV)		16	32,0	17	34,0	> 0,05
Tại xã		34	68,0	33	66,0	
Tổng		50	100,0	50	100,0	

Nhận xét:

Phần lớn CBYT huyện Mèo Vạc và Đông Văn có bằng cấp học vị chuyên môn là y sỹ đa khoa (86,0% và 80,0%, theo thứ tự), tỉ lệ CBYT là bác sỹ khá thấp (14,0% và 20,0%, theo thứ tự). Tỉ lệ CBYT ở Mèo Vạc và Đông Văn có thời gian công tác ≤ 5 năm chiếm cao nhất (46,0% và 40,0%, theo thứ tự); tỉ lệ CBYT có thời gian công tác > 15 năm ở Mèo Vạc là 24,0% và ở Đông Văn là 20,0%. Tỉ lệ CBYT ở huyện Mèo Vạc và Đông Văn đã có chứng

chỉ TMH là 18,0% và 22,0% (theo thứ tự); được tập huấn về bệnh TMH đều là 22,0%. Tỷ lệ CBYT công tác ở huyện là 32,0% (ở Mèo Vạc) và 34,0% (ở Đồng Văn). So sánh đặc điểm chung của CBYT cơ sở tại 02 địa điểm nghiên cứu thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả hoạt động can thiệp: Hoạt động can thiệp được tiến hành thông qua tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh TMH trong vòng 10 ngày và giám sát trong vòng 01 năm. Tổng số đợt giám sát là 240 đợt giám sát (216 đợt giám sát cho xã và 24 đợt giám sát tại BV huyện).

Bảng 3.25. Hiệu quả thay đổi kiến thức của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp

Chỉ số	Thời điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ%	p
		SL	%	SL	%		
Bệnh lý về tai							
	Tốt	9	18,0	40	80,0	344,4	< 0,05
	Trung bình	21	42,0	9	19,0	54,8	
	Yếu	20	40,0	1	2,0	95,0	
Bệnh lý mũi xoang							
	Tốt	12	24,0	42	84,0	250,0	< 0,05
	Trung bình	16	32,0	6	12,0	62,5	
	Yếu	22	44,0	2	4,0	90,9	
Bệnh lý họng, thanh quản							
	Tốt	13	26,0	39	78,0	200,0	< 0,05
	Trung bình	18	36,0	10	20,0	44,4	
	Yếu	29	58,0	1	2,0	96,6	
Kiến thức chung							
	Tốt	11	22,0	40	80,0	263,6	< 0,05
	Trung bình	17	34,0	8	16,0	52,9	
	Yếu	22	44,0	2	4,0	90,9	

Nhận xét:

Sau can thiệp, kiến thức mức độ tốt về bệnh lý mũi xoang tăng từ 24,0%

lên 84,0% với CSHQ là 250,0%; kiến thức mức độ tốt về bệnh tai tăng từ 18,0% lên 80,0% với CSHQ là 344,4%. Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt tăng từ 22,0% lên 80,0% sau can thiệp với CSHQ là 263,6%. Sự thay đổi các kiến thức trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.26. Đánh giá thay đổi kiến thức của cán bộ y tế cơ sở huyện Đông Văn (huyện đối chứng) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm theo dõi

Chỉ số	Thời điểm		Trước		Sau		CSHQ%	p
	SL	%	SL	%	SL	%		
Bệnh lý về tai								
Tốt	8	16,0	10	20,0	25,0		> 0,05	
Trung bình	23	46,0	22	44,0	4,3			
Yếu	19	38,0	18	36,0	5,3			
Bệnh lý mũi xoang								
Tốt	12	24,0	14	28,0	16,7		> 0,05	
Trung bình	18	36,0	17	34,0	5,6			
Yếu	20	40,0	19	38,0	5,0			
Bệnh lý họng, thanh quản								
Tốt	12	24,0	14	28,0	16,7		> 0,05	
Trung bình	19	38,0	20	40,0	5,3			
Yếu	19	38,0	16	32,0	15,8			
Kiến thức chung								
Tốt	10	20,0	13	26,0	30,0		> 0,05	
Trung bình	19	38,0	18	36,0	5,3			
Yếu	21	42,0	19	38,0	9,5			

Nhận xét:

Sau 01 năm, kiến thức mức độ tốt về bệnh lý tai tăng từ 16,0% lên 20,0% với CSHQ là 25,0%; kiến thức mức độ tốt về bệnh lý mũi xoang tăng

từ 24,0% lên 28,0% với CSHQ là 16,7%; kiến thức mức độ tốt về họng, thanh quản tăng từ 24,0% lên 28,0% với CSHQ là 16,7%. Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 26,0% với CSHQ là 30,0%. Sự thay đổi các kiến thức trước - sau đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.27. Hiệu quả thay đổi thái độ của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ %	p
	SL	%	SL	%		
<i>Thái độ đối với các bệnh tai</i>						
Tốt	11	22,0	39	78,0	254,6	< 0,05
Trung bình	27	54,0	7	14,0	74,1	
Yếu	12	24,0	4	8,0	66,7	
<i>Thái độ đối với các bệnh mũi xoang</i>						
Tốt	10	20,0	41	82,0	310,0	< 0,05
Trung bình	27	54,0	7	14,0	74,1	
Yếu	13	26,0	2	4,0	84,6	
<i>Thái độ đối với các bệnh họng, thanh quản</i>						
Tốt	11	22,0	40	80,0	263,6	< 0,05
Trung bình	29	58,0	8	16,0	72,4	
Yếu	10	20,0	2	4,0	80,0	
<i>Đánh giá thái độ chung</i>						
Tốt	10	20,0	40	80,0	300,0	< 0,05
Trung bình	28	56,0	7	14,0	75,0	
Yếu	12	24,0	3	6,0	75,0	

Nhận xét:

Sau can thiệp: tăng rõ nhất là thái độ tốt về các bệnh mũi xoang với tỉ lệ thái độ mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 82,0% với CSHQ là 310,0%. Đánh giá thái độ chung mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 80,0% sau can thiệp với CSHQ là

300,0%. Sự thay đổi các mức độ thái độ trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.28. Đánh giá thay đổi thái độ của cán bộ y tế cơ sở huyện Đông Văn (huyện đối chứng) về bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm theo dõi

Chỉ số	Trước		Sau		CSHQ %	P
	SL	%	SL	%		
Thái độ đối với các bệnh tai						
Tốt	12	24,0	14	28,0	16,7	> 0,05
Trung bình	28	56,0	27	34,0	39,3	
Yếu	10	20,0	9	18,0	10,0	
Thái độ đối với các bệnh mũi xoang						
Tốt	13	26,0	13	26,0	0	> 0,05
Trung bình	22	44,0	25	50,0	13,6	
Yếu	15	30,0	12	24,0	20,0	
Thái độ đối với các bệnh họng, thanh quản						
Tốt	12	24,0	15	30,0	25,0	> 0,05
Trung bình	27	54,0	26	52,0	3,7	
Yếu	11	22,0	9	18,0	18,2	
Đánh giá thái độ chung						
Tốt	12	24,0	14	28,0	16,7	> 0,05
Trung bình	26	52,0	26	52,0	0	
Yếu	12	24,0	10	20,0	16,7	

Nhận xét:

Sau 01 năm: tăng rõ nhất là thái độ tốt về các bệnh họng thanh quản với tỉ lệ thái độ mức độ tốt tăng từ 24,0% lên 30,0% với CSHQ là 25,0%. Thái độ mức độ tốt đối với các bệnh về tai cũng tăng từ 24,0% lên 28,0% với CSHQ là 16,7%. Đánh giá thái độ chung mức độ tốt tăng từ 24,0% lên 28,0% sau 01 năm với CSHQ là 16,7%. Sự thay đổi các mức độ thái độ trước - sau 01 năm đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.29. Hiệu quả thay đổi kỹ năng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về xử trí bệnh lý tai mũi họng sau 01 năm can thiệp

Thời gian Kỹ năng xử trí	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ %	P
	SL	%	SL	%		
Bệnh về tai (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	6	12,0	43	86,0	616,7	< 0,05
Khám bệnh	4	8,0	45	90,0	1025,0	< 0,05
Chẩn đoán bệnh	8	16,0	45	90,0	462,5	< 0,05
Điều trị bệnh	7	14,0	40	80,0	471,4	< 0,05
Phòng bệnh	5	10,0	42	84,0	740,0	< 0,05
Bệnh về mũi (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	9	18,0	40	80,0	344,4	< 0,05
Khám bệnh	4	8,0	40	80,0	900,0	< 0,05
Chẩn đoán bệnh	7	14,0	36	72,0	414,3	< 0,05
Điều trị bệnh	5	10,0	34	68,0	580,0	< 0,05
Phòng bệnh	7	14,0	41	82,0	485,7	< 0,05
Bệnh về họng (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	22	56,0	46	92,0	64,3	< 0,05
Khám bệnh	17	34,0	45	90,0	164,7	< 0,05
Chẩn đoán bệnh	6	12,0	42	84,0	600,0	< 0,05
Điều trị bệnh	4	8,0	30	60,0	650,0	< 0,05
Phòng bệnh	7	14,0	41	82,0	485,7	< 0,05
Bệnh về thanh quản (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	9	18,0	36	72,0	300,0	< 0,05
Khám bệnh	9	18,0	35	70,0	288,9	< 0,05
Chẩn đoán bệnh	8	16,0	32	64,0	300,0	< 0,05
Điều trị bệnh	6	12,0	32	64,0	433,3	< 0,05
Phòng bệnh	4	8,0	40	80,0	900,0	< 0,05

Nhận xét:

Sau can thiệp, kỹ năng đúng của CBYT về KCB TMH có thay đổi rõ rệt:

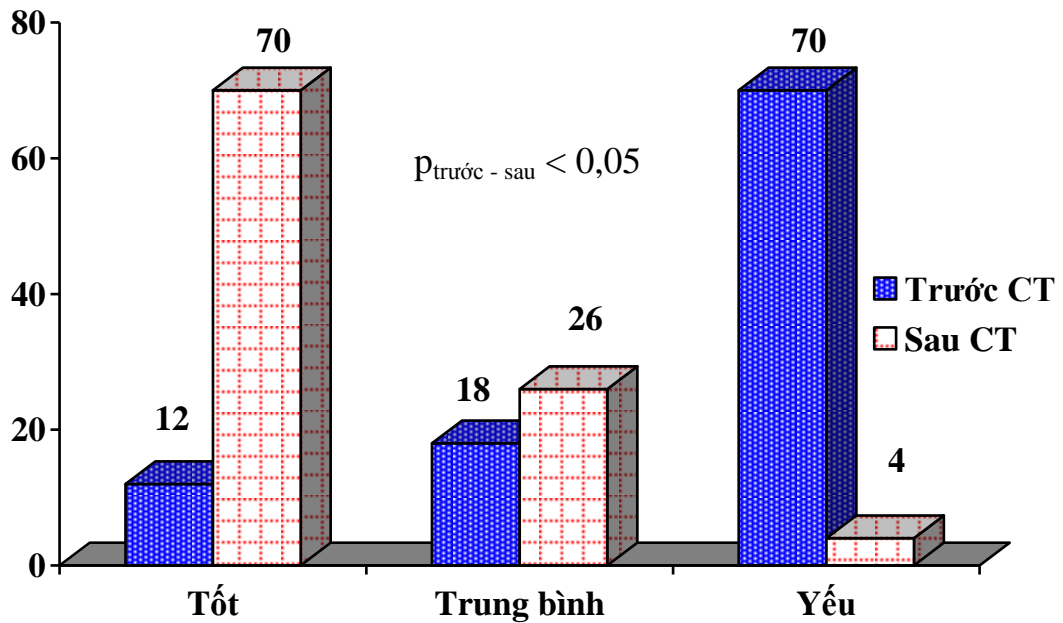
thay đổi rõ nhất là kỹ năng KCB các bệnh về tai với CSHQ tăng cao nhất. Sự thay đổi kỹ năng khám bệnh về mũi có CSHQ là 900%. Sự thay đổi tăng lên các kỹ năng trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.30. Hiệu quả thay đổi kỹ năng làm thủ thuật của cán bộ YTCS ở huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) về xử trí bệnh lý TMH sau 01 năm can thiệp

Kỹ năng	Thời gian		Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ %	p
	SL	%	SL	%	SL	%		
Kỹ thuật làm thuốc tai (đúng và đầy đủ)								
Tư thế bệnh nhân đúng	7	14,0	46	92,0	557,1	< 0,05		
Tư thế thầy thuốc đúng	6	12,0	45	90,0	650,0	< 0,05		
Kỹ thuật rửa tai đúng	6	12,0	43	86,0	616,7	< 0,05		
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	6	12,0	45	90,0	650,0	< 0,05		
Thủ thuật rửa và nhỏ thuốc mũi (đúng và đầy đủ)								
Tư thế bệnh nhân đúng	8	16,0	45	90,0	462,5	< 0,05		
Tư thế thầy thuốc đúng	7	14,0	45	90,0	542,9	< 0,05		
Kỹ thuật rửa mũi đúng	7	14,0	42	84,0	500,0	< 0,05		
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	8	16,0	43	86,0	437,5	< 0,05		
Thủ thuật chấm họng (đúng và đầy đủ)								
Tư thế bệnh nhân đúng	9	18,0	45	90,0	400,0	< 0,05		
Tư thế thầy thuốc đúng	9	18,0	44	88,0	388,9	< 0,05		
Kỹ thuật chấm họng	8	16,0	41	82,0	412,5	< 0,05		

Nhận xét:

Sau can thiệp, kỹ năng thực hiện đúng các thủ thuật xử trí bệnh TMH của CBYT có thay đổi rõ rệt: thay đổi rõ nhất là kỹ năng thực hiện thủ thuật làm thuốc tai với CSHQ tăng cao nhất. Sự thay đổi tăng lên các kỹ năng thực hiện thủ thuật trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.4. Đánh giá sự thay đổi kỹ năng chung về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc sau 01 năm can thiệp

Nhận xét :

Sau can thiệp, kỹ năng KCB TMH chung của đối tượng nghiên cứu mức độ tốt tăng từ 12,0% trước can thiệp lên 70,0% sau 1 năm với CSHQ là 483,3%. Kỹ năng KCB TMH chung mức độ yếu giảm từ 70,0% xuống còn 4,0% với CSHQ là 94,3%. Sự thay đổi tăng lên các kỹ năng trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.31. Đánh giá thay đổi kỹ năng khám chữa bệnh của cán bộ y tế huyện Đông Văn (huyện đôi chứng) về bệnh tai mũi họng sau 01 năm

Thời gian Kỹ năng	Trước		Sau 1 năm		CSHQ %	P
	SL	%	SL	%		
Bệnh về tai (đúng, đầy đủ)						
Hỏi bệnh	5	10,0	6	12,0	20,0	> 0,05
Khám bệnh	5	10,0	5	10,0	0	> 0,05
Chẩn đoán bệnh	8	16,0	9	18,0	12,5	> 0,05
Điều trị bệnh	8	16,0	9	18,0	12,5	> 0,05
Phòng bệnh	6	12,0	9	18,0	50,0	> 0,05
Bệnh về mũi (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	9	18,0	10	20,0	11,1	> 0,05
Khám bệnh	6	12,0	8	16,0	33,3	> 0,05
Chẩn đoán bệnh	8	16,0	8	16,0	0	> 0,05
Điều trị bệnh	7	14,0	8	16,0	14,3	> 0,05
Phòng bệnh	7	14,0	9	18,0	28,6	> 0,05
Bệnh về họng (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	20	40,0	21	42,0	5,0	> 0,05
Khám bệnh	16	32,0	18	36,0	12,5	> 0,05
Chẩn đoán bệnh	7	14,0	9	18,0	28,6	> 0,05
Điều trị bệnh	6	12,0	9	18,0	50,0	> 0,05
Phòng bệnh	6	12,0	9	18,0	50,0	> 0,05
Bệnh về thanh quản (đúng và đầy đủ)						
Hỏi bệnh	9	18,0	11	22,0	22,0	> 0,05
Khám bệnh	10	20,0	11	22,0	10,0	> 0,05
Chẩn đoán bệnh	10	20,0	12	24,0	20,0	> 0,05
Điều trị bệnh	8	16,0	11	22,0	37,5	> 0,05
Phòng bệnh	5	10,0	8	16,0	60,0	> 0,05

Nhận xét:

Sau 01 năm, kỹ năng chẩn đoán và điều trị bệnh họng tăng so với điều tra ban đầu với CSHQ là 28,6% và 50,0%. Kỹ năng đúng về KCB tai, mũi, họng và thanh quản tăng nhẹ sau 01 năm theo dõi so với điều tra ban đầu với

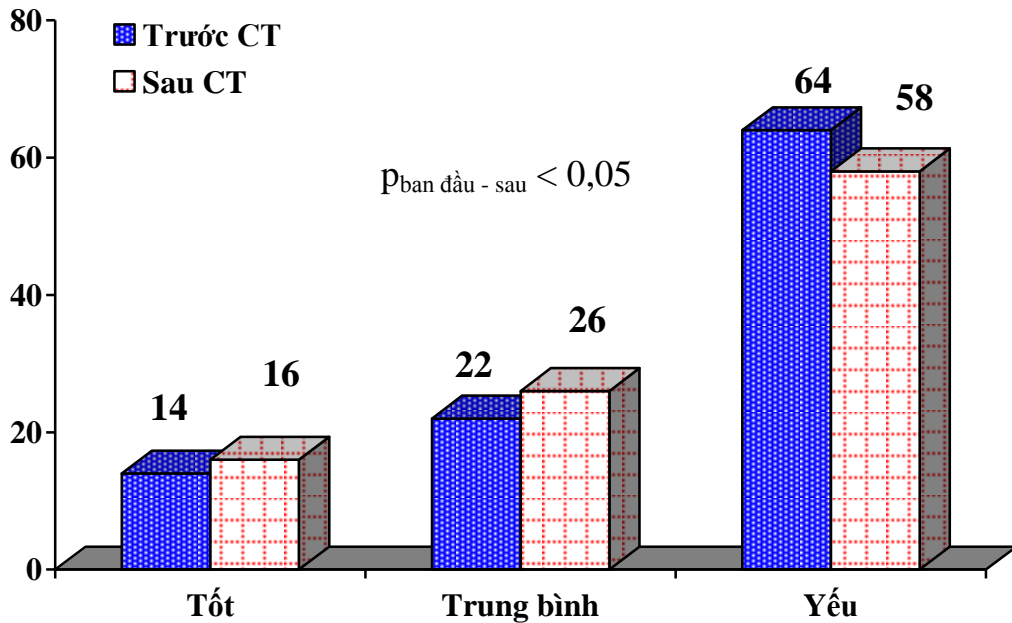
CSHQ dao động 10 - 60%. Sự khác biệt giữa điều tra ban đầu và sau 01 năm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.32. Đánh giá thay đổi kỹ năng thực hiện thủ thuật xử trí bệnh TMH của cán bộ YTCS huyện Đông Văn (huyện đối chứng) sau 01 năm theo dõi

Thời gian Kỹ năng	Trước		Sau		CSHQ %	P
	SL	%	SL	%		
Kỹ thuật làm thuốc tai (đúng và đầy đủ)						
Tư thế bệnh nhân đúng	7	14,0	9	18,0	28,6	> 0,05
Tư thế thầy thuốc đúng	8	16,0	9	18,0	12,5	> 0,05
Kỹ thuật rửa tai đúng	8	16,0	10	20,0	25,0	> 0,05
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	8	16,0	10	20,0	25,0	> 0,05
Thủ thuật rửa và nhỏ thuốc mũi (đúng và đầy đủ)						
Tư thế bệnh nhân đúng	9	18,0	11	22,0	22,2	> 0,05
Tư thế thầy thuốc đúng	8	16,0	11	22,0	37,5	> 0,05
Kỹ thuật rửa mũi đúng	7	14,0	9	18,0	28,6	> 0,05
Kỹ thuật nhỏ thuốc đúng	6	12,0	7	14,0	16,7	> 0,05
Thủ thuật châm huyệt (đúng và đầy đủ)						
Tư thế bệnh nhân đúng	7	14,0	10	20,0	42,9	> 0,05
Tư thế thầy thuốc đúng	9	18,0	10	20,0	11,1	> 0,05
Kỹ thuật châm huyệt	7	14,0	8	16,0	14,3	> 0,05
Kỹ năng chung (đúng và đầy đủ)						
Tốt	7	14,0	8	16,0	14,3	> 0,05
Trung bình	11	22,0	13	26,0	18,2	> 0,05
Yếu	32	64,0	29	58,0	9,4	> 0,05

Nhận xét:

Sau 01 năm, kỹ năng thực hiện thủ thuật đúng của CBYT về xử trí bệnh TMH có thay đổi tăng nhẹ lên so với điều tra ban đầu với CSHQ dao động từ 9,4 - 42,9%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.5. Đánh giá sự thay đổi kỹ năng chung về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Đồng Văn sau 01 năm theo dõi

Nhận xét :

Kỹ năng xử trí bệnh TMH chung của đối tượng nghiên cứu mức độ tốt tăng từ 14,0% trước can thiệp lên 16,0% sau 1 năm theo dõi với CSHQ là 14,3%. Kỹ năng KCB TMH chung mức độ yếu giảm từ 64,0% xuống còn 58,0% với CSHQ là 9,4%. Sự thay đổi tăng lên các kỹ năng chung về KCB TMH trước sau 01 năm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.33. So sánh sự thay đổi kiến thức, thái độ, kỹ năng về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở tại 02 huyện nghiên cứu

KAS	Huyện chứng				Huyện can thiệp				HQCT
	Điều tra ban đầu		Sau 1 năm		Trước CT		Sau CT		
K tốt	10	20,0	13	26,0	11	22,0	40	80,0	233,6
A tốt	12	24,0	14	28,0	10	20,0	40	80,0	283,3
S tốt	7	14,0	8	16,0	6	12,0	35	70,0	469,0
p	> 0,05				< 0,05				

Nhận xét:

Tại huyện can thiệp: kiến thức tốt về KCB TMH của CBYT tăng lên 80,0%, thái độ tốt tăng lên 80,0% và kỹ năng tốt tăng lên 70,0%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tại huyện đối chứng, kiến thức, thái độ và kỹ năng của CBYT phụ trách KCB TMH cũng tăng lên tương ứng là 26,0%; 28,0% và 16,0% (theo thứ tự), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các giải pháp can thiệp đã đem lại hiệu quả đối với kiến thức về KCB TMH là 233,6%; hiệu quả đối với thái độ là 283,3% và với kỹ năng là 469,0%.

Bảng 3.34. Hiệu quả thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của CBYT bệnh viện huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) sau 01 năm can thiệp

Thời điểm Chuyển BV huyện → BV đa khoa tỉnh	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	SL	%	SL	%	
Tổng số bệnh nhân	285		292		< 0,05
Số bệnh nhân TMH	32	11,2	16	5,6	
Bệnh chuyển tuyến	n = 32		n = 16		
Viêm mũi xoang mạn	5	15,6	2	11,1	
Viêm mũi xoang cấp	4	12,5	0	0	
Viêm mũi dị ứng	3	9,4	0	0	
Viêm tai giữa mạn tính	4	12,5	2	11,1	
Viêm tai xương chũm mạn tính	4	12,5	3	16,7	
Viêm amidan cần phẫu thuật	6	18,8	2	11,1	
U tai mũi họng	6	18,8	7	38,9	

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỉ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh giảm từ 11,2% xuống còn 5,6%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ chuyển tuyến bệnh u tai mũi họng từ huyện lên tỉnh là nhiều hơn.

Bảng 3.35. Hiệu quả thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã huyện Mèo Vạc (huyện can thiệp) sau 01 năm can thiệp

Thời điểm Chuyển tuyến xã → BV huyện	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P
	SL	%	SL	%	
Tổng số bệnh nhân	2417		2289		< 0,05
Số bệnh nhân TMH	416	17,2	215	9,4	
Bệnh chuyển tuyến	<i>n = 416</i>		<i>n = 215</i>		
Viêm họng cấp	39	9,4	8	3,7	
Viêm họng mạn	47	11,3	16	7,4	
Viêm amydal cấp	43	10,3	7	3,3	
Viêm amydal mạn	50	12,0	11	5,1	
Viêm amydal quá phát	28	6,7	35	16,3	
Viêm xoang cấp tính	37	8,9	11	5,1	
Viêm xoang mạn tính	47	11,3	24	11,2	
Viêm mũi dị ứng	31	7,5	8	3,7	
Viêm tai giữa tiết dịch	19	4,6	35	16,3	
Viêm tai giữa cấp tính	36	8,7	6	2,7	
Abces thành sau họng	18	4,3	29	13,5	
Dị vật tai	21	5,1	25	11,6	

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỉ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ xã lên tuyến huyện giảm từ 17,2% xuống còn 9,4%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ chuyển một số bệnh như Abces thành sau họng, dị vật tai, viêm tai giữa tiết dịch, viêm amidan quá phát... chuyển từ tuyến xã lên tuyến huyện nhiều hơn.

Bảng 3.36. Đánh giá thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế huyện Đông Văn (huyện đối chứng) sau 01 năm theo dõi

Thời điểm Chuyển tuyến huyện → BV đa khoa tỉnh	Điều tra ban đầu		Sau 1 năm		p
	SL	%	SL	%	
Tổng số bệnh nhân	302		331		> 0,05
Số bệnh nhân TMH	43	14,2	52	15,7	
Bệnh chuyển tuyến	n = 43		n = 52		
Viêm mũi xoang mạn	7	16,3	9	17,3	
Viêm mũi xoang cấp	4	9,3	3	5,8	
Viêm mũi dị ứng	5	11,6	4	7,7	
Viêm tai giữa mạn tính	4	9,3	7	13,5	
Viêm tai xương chũm mạn tính	6	14,0	9	17,3	
Viêm amidan cần phẫu thuật	7	16,3	9	17,3	
U tai mũi họng	8	18,6	6	11,5	
Dị vật tai	2	4,7	5	9,6	

Nhận xét:

Tỉ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ tuyến huyện Đông Văn lên tuyến tỉnh năm 2013 là 14,2% tổng số trường hợp chuyển tuyến; tỉ lệ này năm 2014 là 15,7%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.37. Đánh giá thay đổi về tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã huyện Đông Văn (huyện đôi chứng) sau 01 năm theo dõi

Chuyển tuyến TYT xã → BV huyện	Thời điểm		Sau 1 năm		P
	Điều tra ban đầu				
	SL	%	SL	%	
Tổng số bệnh nhân	2532		2411		> 0,05
Số bệnh nhân TMH	451	17,8	462	19,1	
Bệnh chuyển tuyến	n = 451		n = 462		
Viêm họng cấp	44	9,8	40	8,7	
Viêm họng mạn	47	10,4	45	9,7	
Viêm amydal cấp	43	9,5	39	8,4	
Viêm amydal mạn	50	11,1	46	10,0	
Viêm amydal quá phát	38	8,4	44	9,5	
Viêm xoang cấp tính	37	8,2	45	9,7	
Viêm xoang mạn tính	47	10,4	37	8,0	
Viêm mũi dị ứng	31	6,9	35	7,6	
Viêm tai giữa ứ dịch	28	6,2	33	7,1	
Viêm tai giữa cấp tính	37	8,2	45	9,7	
Abces thành sau họng	28	6,2	34	7,4	
Dị vật tai	21	4,7	19	4,1	

Nhận xét:

Tỉ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ TYT xã lên BV huyện Đông Văn năm 2013 là 17,8% và tăng lên 19,1% năm 2014, sự thay đổi giữa điều tra ban đầu và sau 01 năm theo dõi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả 02 cuộc thảo luận nhóm với CBYT cơ sở và bệnh nhân TMH tại tuyến YTCS; 03 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo y tế cơ sở, cán bộ YTCS về

hiệu quả nâng cao năng lực KCB TMH sau 1 năm can thiệp chúng tôi thu được những ý kiến tích cực về kết quả hoạt động can thiệp như: kỹ năng điều trị của CBYT đã tốt lên, mô hình can thiệp bền vững. Tiêu biểu là một số ý kiến sau:

Hộp 3.3. Hiệu quả hoạt động can thiệp

“...Hoạt động can thiệp của chương trình trong vòng 01 năm qua là rất thành công và đảm bảo tính bền vững cao. Khi CBYT cơ sở được nâng cao kiến thức, thái độ, kỹ năng KCB TMH thì rõ đã nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ y tế cho mắt bệnh này qua đó nâng cao sức khỏe cho người dân...”

Ông Nguyễn Văn M. - Phó Giám đốc BV Mèo Vạc

“...Theo tôi thì hoạt động tập huấn và giám sát đã cải thiện rõ ràng khả năng KCB TMH của CBYT cơ sở Mèo Vạc. Lúc mới đào tạo, có anh còn chưa biết gì, cứ như tờ giấy trắng, giờ đây các anh ý khám cho bệnh nhân nhoay nhoáy, chẳng sai... tôi còn trêu các anh mà ra BV tỉnh thì tôi thất nghiệp...”

Bà Nguyễn Thị H. - BV Đa khoa tỉnh Hà Giang

“...Sau 01 năm thì tôi cảm nhận được năng lực KCB TMH của tôi tốt hơn trước rất nhiều. Bây giờ tôi khám tự tin hơn, kê đơn tự tin hơn, tư vấn bài bản hơn... làm cho có nhiều bà con bị bệnh tới trạm khám hơn trước do yên tâm tin tưởng tôi khi KCB nhiều hơn...”

Ông Giàng A Ch. - Trạm trưởng TYT xã

“... Quá tốt đấy, theo tôi là quá tốt. Ngày xưa đi khám thì cán bộ xem cái rồi cứ cho thuốc, lần nào cũng giống lần nào, giải thích thì tôi chẳng hiểu gì. Bây giờ cán bộ nói tôi tin lắm, tôi bị bệnh mấy lần cán bộ đều điều trị khỏi hết...”

Ông Lý Văn T. - Bệnh nhân TMH

Nhận xét:

Qua các ý kiến ở trên cho thấy sau 01 năm can thiệp thì: kiến thức, thái độ, kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở đã nâng lên; qua đó nâng cao chất

lượng dịch vụ KCB TMH của tuyến y tế cơ sở Mèo Vạc.

Tuy nhiên, sau 6 tháng vẫn còn có một số CBYT chưa thật có kỹ năng tốt về KCB TMH. Kết quả các 01 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ YTCS, 03 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo y tế cơ sở và CBYT cơ sở phụ trách KCB TMH cho rằng năng lực CBYT cơ sở Mèo Vạc về KCB TMH vẫn còn chưa tốt là do lười học hay do tâm lý xin chuyển của bệnh nhân:

Hộp 3.4. Một số bất cập của kết quả can thiệp

“... Phần lớn CBYT sau giám sát đều tốt lên, tuy nhiên có một số không tốt. Mà không tốt chủ yếu là do khả năng tư duy còn chậm, lười không chịu đọc sách, không chịu học mặc dù đã được cung cấp sách để học. Thậm chí có người hẹn tất cả bệnh nhân TMH ra khám ngày chúng tôi xuống giám sát...”

Bà Lương Thị H. - Cán bộ quản lý PKĐKKV

“...Cán bộ được đi tập huấn về khám, chẩn đoán điều trị bệnh TMH về, song chưa mạnh dạn thực hành KCB TMH cho dân. Phát hiện bệnh là kính chuyên, nhiều trường hợp không đáng chuyển. Không dám làm cho nên, trình độ đã yếu thì lại càng yếu...”

Ông Nguyễn Văn M. - Phó Giám đốc BV Mèo Vạc

“...Tôi cảm thấy năng lực KCB TMH của tôi chưa thật sự tốt như mong muốn. Trạm tôi gần BV huyện quá, bệnh nhân đến chỉ chăm chăm xin chuyển, mà toàn người quen, ngại từ chối. Mình không làm nhiều lên nhiều lúc cũng quên một vài thao tác hay một vài bước trong quy trình KCB TMH...”

Ông Lèng A P. - Trạm trưởng TYT xã

Nhận xét:

Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nâng cao năng lực KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc là: Bản thân CBYT không chịu học và làm; không có bệnh nhân KCB TMH đến khám điều trị tại cơ sở công tác.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng bệnh tai mũi họng của người Mông huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang năm 2013

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỉ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu là tương đương nhau ở tất cả các nhóm tuổi. Tuy nhiên, tỉ lệ nam giới tham gia nghiên cứu (52,3%) cao hơn đôi chút so với tỉ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu (47,7%). Kết quả này không tương đương với nghiên cứu của Phùng Minh Lương với tỉ lệ nam giới tham gia nghiên cứu là 43,1%; thấp hơn so với nữ giới (56,9%) [41]. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng do đặc điểm mẫu nghiên cứu, địa bàn nghiên cứu và có thể một phần do phong tục tập quán của đối tượng nghiên cứu. Với người Ê - đê là chế độ mẫu hệ: đứng đầu mỗi gia đình là một người đàn bà cao tuổi và có uy tín, quyết định việc sản xuất và đời sống gia đình, đại diện cho gia đình trong các mối quan hệ với buôn làng. Trong khi đó thì người Mông lại ưu tiên nam giới. Nam giới thường được cho đi học và được tiếp xúc với người ngoài nhiều hơn và là người đại diện cho gia đình trong các mối quan hệ [61].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm tuổi 7 - 15 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,0%), tiếp theo là đến nhóm tuổi từ 1 - 6 tuổi với 17,4%. Nhóm tuổi > 55 tuổi chiếm tỉ lệ thấp (5,2%). Đặc điểm này trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đôi chút khác biệt so với nghiên cứu trước với tỉ lệ đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi trưởng thành (20 - 59 tuổi) chiếm cao nhất (36,18%). Sự khác biệt này có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu, đặc điểm địa bàn nghiên cứu và phong tục sinh nhiều con của người Mông [61]. Một điều đáng lưu ý đối với kết quả này chính là sự thuận lợi cho những hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh TMH bởi vì độ tuổi 7 - 15 tuổi là độ

tuổi đi học của học sinh tiểu học và trung học cơ sở. Do đó, việc tiến hành truyền thông cho đối tượng này sẽ có hiệu quả lâu dài và bền vững.

4.1.1. Thực trạng mắc bệnh tai mũi họng chung

Tỉ lệ bệnh TMH trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm cao (78,8%). Kết quả này cao hơn so với tỉ lệ bệnh TMH trong nghiên cứu của Viral Shah và cộng sự (cs) (2014) với tỉ lệ bệnh là 46,6% [112]. Kết quả nghiên cứu này cũng cao hơn một số nghiên cứu trong nước như: nghiên cứu của Trần Duy Ninh (1998) đã cho kết quả bệnh TMH ở vùng dân tộc 7 tỉnh miền núi phía Bắc chiếm 63,61% [45]. Nghiên cứu của Phạm Thế Hiền và cs (2004) về bệnh TMH trên người trưởng thành ở Cà Mau cho tỉ lệ mắc bệnh TMH mạn tính chung là 34,4% [21]. Nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2010) cho tỉ lệ mắc bệnh TMH ở cộng đồng người dân tộc Ê-đê là 58,9% [41]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2013) cho tỉ lệ mắc các bệnh TMH chiếm 65,0% [17]. Kết quả nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài và cs (2015) cho tỉ lệ bệnh TMH ở học sinh trung học phổ thông dân tộc Mường là 68,4% [28]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác là do: (i) Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người dân tộc Mông - họ thường sinh sống ở trên các sườn núi cao, ít vệ sinh thân thể cũng như vệ sinh mũi họng, và có nhiều phong tục tập quán lạc hậu... thuận lợi cho sự phát triển bệnh TMH [34]. (ii) Bên cạnh đó, hệ thống y tế cơ sở tại địa bàn nghiên cứu (huyện Mèo Vạc) còn có nhiều bất cập: thiếu cả về số lượng và chất lượng CBYT, khoảng cách xa, đi lại khó khăn... đã làm ảnh hưởng đến hoạt động điều trị và truyền thông phòng chống bệnh TMH [48].

Theo bảng 3.2, tỉ lệ nam mắc bệnh TMH chiếm 79,6% cao hơn với tỉ lệ nữ mắc bệnh TMH là 78,0% nhưng sự khác biệt tỉ lệ mắc bệnh TMH giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh với kết quả nghiên cứu của Phùng Minh Lương cho tỉ lệ mắc TMH ở nam (61,9%) cao

hơn nữ (57,9%) có ý nghĩa thống kê [41]. Nghiên cứu của Shi J.B. và cs (2015) tại Trung Quốc trên 10.636 người cho thấy: tỉ lệ VMX mạn tính ở nam giới cao hơn nữ giới, có ý nghĩa thống kê (8,79% so với 7,28%, theo thứ tự) [104]. Nghiên cứu của Shi J.B. và cs (2015) [104]; nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2011) [41] và nghiên cứu của chúng tôi đều cho tỉ lệ nam giới bị bệnh TMH lớn hơn nữ. Điều này có thể lý giải do: (i) Nam giới thường có những hành vi không tốt cho sức khỏe liên quan đến bệnh TMH như hút thuốc lá/thuốc láo, uống rượu; và (ii) Nam giới thường hay thực hiện các công việc nặng nhọc, tiếp xúc với hóa chất, bụi bặm... như thợ xây, phun thuốc trừ sâu... Tuy nhiên, tỉ lệ nam giới bị bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi không lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ nữ giới bị bệnh như trong nghiên cứu của Shi J.B. và cs (2015) [104]; có sự khác biệt này là do đặc điểm mẫu và địa bàn nghiên cứu.

Theo kết quả bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ mắc bệnh về tai là thấp nhất 16,9%; tỉ lệ mắc bệnh về mũi là 31,7% và tỉ lệ mắc bệnh về họng là cao nhất 59,7%. So sánh với nghiên cứu của Hannaford P.C (2005) ở Scotland: 20,0% giảm nghe, 20,0% ù tai, 13 – 18,0% viêm mũi dị ứng và 31,0% viêm họng cấp tính [79]. Nghiên cứu của Arup Sen Gupta và cs (2012) tại Ấn Độ cho tỉ lệ các bệnh về tai chiếm 46,64%; bệnh về mũi (18,30%) và họng là 12,05% [65]. Nghiên cứu của Fasanla và cs (2013) ở Nigeria cho tỉ lệ các bệnh về tai chiếm cao nhất (62,7%); tiếp theo là các bệnh về mũi (23,0%); các bệnh về họng (9,6%) [75]. So với nghiên cứu của Trần Duy Ninh và cs (2001) tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam cho tỉ lệ bệnh TMH: viêm tai xương chũm 2,71%, viêm mũi là 12,5%, viêm xoang 3,94%, viêm V.A 16,71%, viêm họng và viêm amidan 47,42% [43]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hannaford P.C (2005) [79]; của Trần Duy Ninh và cs (2001) [43] với tỉ lệ bệnh về họng chiếm cao nhất. Theo chúng tôi kết quả

này là hoàn toàn thực tế, phù hợp với địa điểm và phong tục tập quán, kinh tế xã hội của người Mông. Người Mông sống trên vùng núi cao, thường xuyên tiếp xúc với khí hậu lạnh/thay đổi thời tiết; điều kiện giữ ấm kém do kinh tế chưa phát triển... dẫn đến các bệnh như viêm họng cấp và các bệnh đường họng khác hay gặp hơn so với các nhóm dân tộc khác.

Kết quả bảng 3.2. trong nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh TMH ở nam giới người dân tộc Mông là 79,6%, cao hơn so với tỉ lệ mắc bệnh TMH ở nữ giới người dân tộc Mông (78,0%) và không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ với $p > 0,05$. So sánh với nghiên cứu về bệnh TMH ở học sinh phổ thông trung học dân tộc Mường của Chu Thị Thu Hoài và Trần Duy Ninh (2015) cho tỉ lệ mắc bệnh TMH ở học sinh nam (78,9%) cao hơn học sinh nữ (61,1%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy tỉ lệ nam mắc bệnh TMH trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài, Trần Duy Ninh (2015) là tương đương nhau; tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt về giới trong việc mắc bệnh TMH. Lý giải điều này theo chúng tôi là do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên cả cộng đồng, trong khi đó nghiên cứu trước chỉ tập trung vào học sinh phổ thông trung học, đối tượng đã có những sự phát triển nhất định và đang độ tuổi đi học, biết cách giữ vệ sinh cơ thể phòng bệnh TMH khi so với nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trẻ em trong nhóm tuổi 1 - 10 [28].

Tai, mũi, họng (TMH) là những hốc tự nhiên của cơ thể, đảm bảo những chức năng như: nghe, thăng bằng, phát âm, và thở; đồng thời cũng là “cửa ngõ” đầu tiên của cơ thể khi vi khuẩn xâm nhập [44], [50]. Một vấn đề quan trọng đặt ra đối với hoạt động điều trị và phòng bệnh TMH đó chính là sự thông nhau về mặt giải phẫu giữa các “cửa ngõ” này [16]. Đây là nguyên nhân làm cho bệnh nhân đôi khi mắc đồng thời bệnh về tai và mũi hoặc mũi và họng hoặc cả 3 nhóm bệnh TMH. Điều đó làm cho quá trình điều trị gặp

khó khăn hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mắc một bệnh chiếm 64,2%, tỉ lệ mắc bệnh 2 bệnh TMH trở lên chiếm tỉ lệ hơn 34,3% và tỉ lệ mắc ≥ 3 bệnh là 1,5%. Tỉ lệ mắc bệnh 1 bệnh, 2 bệnh và từ 3 bệnh trở lên của cả 2 nhóm nam và nữ là tương đương nhau. Kết quả này của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu trên học sinh dân tộc Mường của Chu Thị Thu Hoài với tỉ lệ mắc 1 bệnh TMH chiếm cao nhất, mắc 2 bệnh là 23,1% và mắc 3 bệnh trở lên là 0,4% [27]. Tỉ lệ mắc từ 2 bệnh đồng thời trở lên càng thấp thì sẽ càng tốt cho quá trình điều trị và tiên lượng bệnh.

4.1.2. Thực trạng mắc bệnh về tai

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: tỉ lệ mắc bệnh tai của nam chiếm tỉ lệ 17,1% và tỉ lệ mắc bệnh tai của nữ là 16,6%. Tỉ lệ mắc các bệnh về tai ở các nhóm có xu hướng giảm dần theo tuổi. Tỉ lệ mắc cao nhất là trẻ từ 1 - 6 tuổi chiếm tỉ lệ 34,3% với trẻ nam và 33,8% với trẻ nữ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phùng Minh Lương và cs (2009) với tỉ lệ viêm tai giữa ứ dịch cao nhất ở nhóm tuổi ≤ 10 tuổi (18,3%); tiếp theo là nhóm tuổi 11 - 20 tuổi (7,4%) và nhóm tuổi 21 - 30 tuổi (3,5%); càng lên cao thì tỉ lệ mắc bệnh về tai càng giảm [42]. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế do ở tuổi nhỏ, trẻ em thường hay viêm họng và chưa biết tự chăm sóc, giữ gìn, bảo vệ và vệ sinh tai; trong khi ở tuổi trưởng thành thì người trưởng thành đã có ý thức rõ rệt trong việc bảo vệ và giữ gìn vệ sinh tai.

Kết quả nghiên cứu mô hình bệnh TMH ở dân tộc Mông (Bảng 3.8) cho thấy, trong các bệnh về tai, tỉ lệ viêm tai giữa cấp tính chiếm cao nhất với 26,5%; tiếp theo là bệnh VTGTD chiếm 22,9% và VTGMT chiếm 21,7%. So sánh với nghiên cứu của Browning G.G. và Gatehouse S. (1992) cho kết quả tỉ lệ bị VTGMT chiếm cao nhất [71]. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Bunnag Chaweewan và cs (2002) tại Thái Lan trên đối tượng là người cao tuổi đã cho kết quả tỉ lệ các đối tượng mắc viêm tai giữa cấp tính

chiếm cao nhất (16,3%) [72]. So sánh với mô hình bệnh tai ở người Ê đê trong nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2011) cho tỉ lệ VTGTD chiếm cao nhất (29,1%), tiếp theo là VTGMT thủng nhĩ (2,20%) [41]. Có sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Phùng Minh Lương là do sự khác biệt về địa bàn nghiên cứu, về phong tục tập quán của đối tượng nghiên cứu. Một điểm cần lưu ý cho các CBYT tuyến cơ sở tại địa bàn nghiên cứu nói riêng và các tỉnh miền núi phía Bắc nói chung chính là tỉ lệ bệnh nhân có dị vật tai/nút ráy tai là 20,5% và bị nấm tai chiếm 1,4%. Đây là 2 bệnh có liên quan nhiều đến thói quen vệ sinh/sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu.

4.1.3. Thực trạng mắc bệnh về mũi

Kết quả nghiên cứu về bệnh VMDU của Phan Quang Đoàn và cs (2009) cho tỉ lệ mắc VMDU trên địa bàn Hà Nội theo nhóm tuổi cao nhất là ở nhóm tuổi < 10 tuổi (30,5%); tiếp theo là nhóm tuổi 21 - 30 chiếm 24,5%; tỉ lệ này ở nhóm tuổi 31 - 40 là 11,3%; tuổi càng cao tỉ lệ mắc bệnh càng giảm: tỉ lệ mắc VMDU ở nhóm tuổi 51 - 60: 1,9%; ở nhóm tuổi > 60 tuổi: 2,2%. Tuổi mắc bệnh trung bình là 21,16 [12]. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mắc bệnh về mũi của nam giới cao nhất ở nhóm tuổi 36 - 45 chiếm tỉ lệ 42,0% và tỉ lệ mắc bệnh cao nhất đối với nữ ở nhóm tuổi 46 - 55 tuổi chiếm tỉ lệ 43,3%. Không có sự khác biệt rõ rệt về bệnh mũi giữa các nhóm tuổi với $p > 0,05$. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đương với nghiên cứu của Phan Quang Đoàn và cs [12] với tỉ lệ bệnh cao ở nhóm đối tượng từ 36 - 55 tuổi. Điều này có thể lý giải do đối tượng thuộc nhóm tuổi này là những người thuộc độ tuổi lao động nên thường xuyên tiếp xúc với khói bụi, hóa chất... cho nên tỉ lệ các bệnh về mũi ở nhóm tuổi này chiếm cao.

Người dân tộc Mông thường sống ở sườn núi cao, nơi có địa hình phức tạp, khí hậu lạnh... tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh TMH phát triển [2]. Đó chính là lý do mà tỉ lệ VMDU trong nghiên cứu chiếm cao nhất (26,9%);

tiếp theo là bệnh VMX cấp chiếm 15,1%. Tỷ lệ viêm mũi cấp tính và viêm xoang polyp mũi chiếm lần lượt là 8,9% và 8,5%. Kết quả Bảng 3.9 của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài (2015) trên học sinh dân tộc Mường: trong các bệnh về mũi xoang thì bệnh gặp nhiều nhất là VMDU (16,4%), sau đó đến viêm mũi mạn tính (13,9%), viêm xoang mạn tính (6,9%) và viêm xoang cấp tính (4,7%) [27]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Đức Huy (2015) thấy trong các bệnh ở mũi xoang thì tỷ lệ VMX dị ứng chiếm cao nhất, sau đó là VMX mạn [35]. Thực tế, VMDU là bệnh lý về mũi hay gặp và đây là một bệnh có chiều hướng gia tăng do những sự thay đổi về môi trường sống có liên quan đến bệnh.

4.1.4. Thực trạng mắc bệnh về họng

Thực tế đặt ra là: (1) Trẻ càng nhỏ thì sức đề kháng càng kém, nguy cơ mắc bệnh TMH, trong đó các bệnh về họng chiếm cao. (2) Người lớn, trưởng thành... có ý thức giữ vệ sinh phòng bệnh và mặc quần áo ấm khi thay đổi thời tiết hơn so với trẻ nhỏ. Đó chính là lý do làm cho tỷ lệ bệnh họng chiếm cao ở đối tượng trẻ em. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh về họng ở nam là 59,8% và ở nữ là 59,5%, tỷ lệ mắc bệnh họng ở nhóm tuổi 1 - 6 chiếm 72,9% ở nam và 74,7% ở nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài (2015), tỷ lệ mắc bệnh họng ở học sinh dân tộc Mường chiếm cao nhất (48,7%), tiếp theo là bệnh về mũi xoang và tai [27]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh về họng của nam và nữ ở các nhóm tuổi là tương đương. Tỷ lệ mắc bệnh họng cao là một điểm cần lưu ý trong phòng chống bệnh TMH cho trẻ em và hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh TMH tại cộng đồng.

Các bệnh về họng là những bệnh hay gặp ở mọi lứa tuổi và hay tái phát. Hai trong số những bệnh về họng hay gặp ở lứa tuổi này đó chính là viêm V.A và viêm amidan. Kết quả nghiên cứu trên học sinh dân tộc Mường của

Chu Thị Thu Hoài thấy tỉ lệ viêm họng mạn tính chiếm cao nhất (26,1%), viêm amidan mạn tính (16,2%), viêm amidan cấp tính (14,4%) và viêm họng cấp (14,1%) [27]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trên khi cho kết quả bệnh về họng chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh viêm họng mạn tính với 25,2%; tiếp theo là viêm amidan cấp chiếm 20,9%. Thực tế sinh lý, họng là ngã tư đường ăn và đường thở và giữ nhiều chức năng như nuốt, thở, phát âm, nghe, vị giác và bảo vệ cơ thể. Với nhiệm vụ như vậy, cùng với sự thay đổi thời tiết và thói quen ăn uống sinh hoạt không phù hợp mà họng hay bị viêm nhiễm nhiều lần. Do đó, tỉ lệ viêm họng mạn tính sẽ cao.

Kết quả nghiên cứu về thực trạng bệnh TMH của người Mông năm 2013 trong nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ bệnh TMH của người Mông là bệnh chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng (78,8%) và cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác. Đây là kết quả hoàn toàn phù hợp với đặc điểm kinh tế - văn hóa - xã hội và phong tục tập quán của người Mông: Người Mông thường sống trong những căn nhà lá vách nứa hoặc gỗ đẽo, sống trên các sườn núi cao, thu nhập thấp, trình độ văn hoá xã hội của người Mông nhìn chung còn nhiều hạn chế đã ảnh hưởng không nhỏ đến nhận thức của họ về chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, những đặc điểm về vệ sinh môi trường: chặn thả các loại gia súc gia cầm tự do, không sử dụng hố xí là tập quán lâu đời của dân tộc Mông, ít có điều kiện vệ sinh cá nhân, chưa có thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi đại tiểu tiện, thậm chí còn uống nước lã... tất cả thói quen này ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe của người dân trong cộng đồng [34], trong đó có ảnh hưởng không nhỏ đến việc phòng ngừa bệnh TMH. Với các tỉ lệ bệnh viêm amidan, viêm V.A, VMDU' và viêm tai giữa cấp chiếm cao nhất trong mô hình bệnh TMH cũng phần nào cho thấy rõ rệt tác động của điều kiện thời tiết cũng như điều kiện kinh tế trong chăm sóc sức khỏe của người Mông. Bên cạnh đó, bệnh TMH của người Mông tại địa bàn nghiên cứu cũng bị ảnh

hưởng bởi nhóm yếu tố do hệ thống y tế trong chăm sóc sức khỏe (Sơ đồ 1.1). Vấn đề về chất lượng hệ thống y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh TMH cho người Mông sẽ được phân tích chi tiết hơn trong phần đánh giá năng lực của cán bộ y tế về khám chữa bệnh TMH.

4.2. Năng lực về khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở tại huyện Mèo Vạc

4.2.1. Thực trạng kiến thức thái độ kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại huyện Mèo Vạc cho thấy phần lớn (86,0%) CBYT phụ trách công tác KCB TMH có trình độ chuyên môn là y sỹ đa khoa, tỉ lệ CBYT có trình độ chuyên môn là bác sỹ chiếm thấp (14,0%). Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế nhận định trong các khó khăn của tuyến y tế cơ sở tại tỉnh Hà Giang: hệ thống y tế cơ sở tại tỉnh Hà Giang còn có một số thách thức như thiếu cán bộ nhân lực trình độ cao, vị trí khoảng cách từ y tế tuyến xã đến huyện và đến tỉnh gây không ít khó khăn trong việc chuyển tuyến bệnh nhân hay việc tập huấn cho CBYT [8]. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như những khảo sát khác về nhân lực tại tuyến y tế cơ sở ở các huyện khác của tỉnh Hà Giang với tỉ lệ y sỹ chiếm cao. Khảo sát về nhân lực tại huyện Quang Bình (2010) cho thấy trong tổng số 78 CBYT tuyến xã chỉ có 5 bác sỹ, 43 y sỹ, còn lại là các chuyên môn khác [10]. Khảo sát về nhân lực y tế tại huyện Vị Xuyên cũng cho thấy trong tổng số 123 CBYT tuyến xã thì chỉ có 09 bác sỹ và 57 y sỹ [23]. Kết quả này là một trong những khó khăn cho việc kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở theo tiêu chí của Bộ Y tế và là hạn chế trong việc đẩy mạnh chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Hoa (2011) cho thấy tỉ lệ CBYT tuyến cơ sở huyện Vị Xuyên, Hà Giang có thời gian công tác dưới 5 năm

chiếm cao nhất (55,0%). Tỷ lệ CBYT có thời gian công tác từ 15 - 20 năm là 21,0% và > 20 năm là 32,0% [23]. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả khá tương đương: tỷ lệ CBYT có thời gian công tác ≤ 5 năm chiếm cao nhất (46,0%); tiếp theo là tỷ lệ CBYT có thời gian công tác > 15 năm với 24,0%. Thời gian công tác càng lâu năm thì cán bộ y tế càng có kinh nghiệm trong việc KCB nói chung và KCB TMH nói riêng.

Một trong những đặc điểm cần lưu ý đối với công tác KCB TMH là tỷ lệ CBYT đã được học định hướng TMH là 18,0% và được tập huấn về bệnh TMH là 22,0%. Đây là kết quả còn thấp trong công tác KCB TMH ở tuyến cơ sở. Cần lưu ý rằng những CBYT được học định hướng hay tập huấn về TMH thì thường công tác ở huyện. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ CBYT công tác ở huyện là 32%, còn lại là CBYT công tác ở xã (68%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ CBYT có kiến thức tốt về bệnh lý họng, thanh quản chiếm cao nhất (26,0%); tiếp theo là kiến thức tốt về bệnh lý mũi, xoang (24,0%) và thấp nhất là kiến thức tốt về tai (18,0%). Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt, trung bình và yếu chiếm lần lượt là 22,0%; 34,0% và 44,0%. Thực tế cho thấy, với thời gian đào tạo về bệnh TMH trong thời gian học chuyên nghiệp còn hạn chế, việc đào tạo lại sau khi ra trường (ngắn hạn và dài hạn) cũng ít được tiến hành đã làm cho kiến thức về bệnh TMH của CBYT chưa cao. Đây chính là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng hoạt động KCB TMH của CBYT tuyến YTCS Mèo Vạc.

Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hành KCB TMH có chất lượng của CBYT tuyến cơ sở chính là thái độ trong việc điều trị bệnh TMH. Nghiên cứu định tính cho thấy một số CBYT cho rằng TMH là bệnh thường gặp, không phải là nhóm bệnh nguy hiểm, kê đơn kháng sinh giảm viêm thông thường là sẽ khỏi. Kết quả nghiên cứu định lượng cũng cho thấy: tỷ lệ CBYT có thái độ chung mức độ tốt của CBYT về bệnh TMH chiếm

20,0%; thái độ mức độ trung bình là 56,0% và mức độ yếu là 24,0%. Tỷ lệ CBYT có kỹ năng hỏi và khám bệnh về họng đúng và đầy đủ chiếm tỉ lệ cao nhất (56,0% và 34,0%, theo thứ tự). Việc có thái độ chưa đúng về bệnh TMH là yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động nâng cao chất lượng KCB TMH cho người dân; đặc biệt là những biến chứng do bệnh TMH gây ra khi không được điều trị, phòng bệnh một cách đúng đắn bởi CBYT [11], [44], [50].

Tỷ lệ CBYT có kỹ năng chẩn đoán và điều trị bệnh về thanh quản chiếm 16,0% và 12,0% (theo thứ tự). Tỷ lệ CBYT thực hiện hướng dẫn và chuẩn bị bệnh nhân để tiến hành thủ thuật làm thuốc tai, rửa và nhỏ thuốc mũi và chấm họng đúng và đầy đủ chiếm lần lượt là 14,0%; 16,0% và 18,0%. Tỷ lệ CBYT có kỹ năng chung mức độ tốt về bệnh TMH chiếm 12,0%; trung bình chiếm 18,0% và yếu là 70,0%. Đây chính là lý do làm cho việc điều trị các bệnh TMH tại tuyến YTCS không hiệu quả. Kết quả nghiên cứu định tính đã nhận định rõ việc người dân khi bị bệnh TMH thường điều trị tại TYT xã với các nhóm thuốc như nhau, sau một thời gian điều trị bệnh không thuyên giảm thì lại tiếp tục được chuyển lên tuyến huyện. Qua đó sẽ làm tăng tỉ lệ bệnh nhân chuyển tuyến. Nghiên cứu của Clamp P.J. và cs (2007) cho thấy có 9,4% tổng số bệnh nhân KCB về TMH trong tổng số bệnh nhân đến khám tại phòng khám bác sỹ gia đình; và số bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên là 5,4% [73]. Với hơn một nửa bệnh nhân TMH chuyển tuyến sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến tình trạng quá tải BV tại tuyến trên.

Các kết quả nghiên cứu các Bảng 3.12, 3.13 và 3.14, Biểu đồ 3.1, 3.2 và 3.3 là minh chứng rõ rệt cho thấy kiến thức, thái độ và kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc còn hạn chế. Nghiên cứu định tính cũng cho kết quả kỹ năng KCB TMH của CBYT tuyến cơ sở huyện Mèo Vạc có nhiều bất cập. Có kết quả này một phần do việc không được đào tạo sau đại học hoặc tập huấn về TMH, một phần do CBYT chưa chủ động tìm hiểu/học

tập/nghiên cứu về bệnh TMH và một phần cũng do điều kiện cơ sở vật chất/trang thiết bị của y tế cơ sở phục vụ cho công tác KCB TMH.

Điều này hoàn toàn phù hợp với nhận định của cán bộ quản lý y tế cơ sở huyện Mèo Vạc trong nghiên cứu định tính về việc CBYT thường được đào tạo liên thông, phụ trách nhiều việc tại xã nhưng lại ít được tập huấn và ít được bổ sung các nguồn sách vở tài liệu để nâng cao kiến thức. Thực tế cho thấy, sau khi ra trường, nhiều cán bộ y tế có thời gian công tác rất lâu, mặc dù bệnh TMH hay gặp trên địa bàn, nhưng do thiếu nhân lực làm việc mà chưa có cơ hội học sâu/học định hướng về TMH hoặc được tập huấn về TMH. Trong khi chương trình đào tạo của các Trường Đại học Y Dược thì chỉ dành 02 - 03 tuần cho 01 học phần chuyên khoa lẻ như học phần TMH. Với 02 tuần lý thuyết và thực hành, trong khi đó thì số lượng sinh viên đông, câu hỏi đặt ra là thực tế kiến thức, thái độ và kỹ năng về KCB TMH của bác sỹ sau khi tốt nghiệp ra trường liệu có bị hạn chế? Trên thực tế, khung chương trình này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Mace A.D. và cs (2004) ở 27 Trường Y khoa Vương quốc Anh cho thấy có 22 trường có học phần về TMH cho bác sỹ đa khoa nhưng thời gian cho học phần chỉ kéo dài 1,5 tuần [93]. Nghiên cứu của Clamp P.J. và cs (2007) khảo sát trên 500 bác sỹ đa khoa vùng Tây Nam nước Anh cho thấy hầu hết bác sỹ đa khoa được học 2 tuần về TMH trong chương trình học đại học nhưng không có lượng giá cuối kỳ chính thức kèm theo; trong đó khoảng $\frac{3}{4}$ số bác sỹ đa khoa được hỏi cho rằng thời gian học như vậy là không hợp lý/ hơi ít và 75,0% bác sỹ đa khoa mong muốn được đào tạo sâu hơn về TMH [73].

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng xử trí bệnh tai mũi họng của CBYT cơ sở ở huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang

Tỉ lệ CBYT có bằng cấp học vị chuyên môn là y sỹ có kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt là 95,3%, cao hơn so với tỉ lệ bác sỹ có kỹ năng xử trí

bệnh TMH chưa tốt với 42,9%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này hoàn toàn hợp lý bởi lẽ chương trình đào tạo bác sỹ đa khoa kéo dài 06 năm với 02 tuần đi học TMH trong khi đó chương trình đào tạo y sỹ đa khoa chỉ kéo dài 2,5 - 03 năm và ít có thời gian thực hành kỹ năng cho việc KCB TMH. Với mối liên quan có ý nghĩa thống kê này, giải pháp hợp lý nhất giúp nâng cao chất lượng KCB nói chung và xử trí bệnh TMH nói riêng ở các xã vùng sâu vùng xa chính là đào tạo liên thông y sỹ lên đại học. Khi thực hiện giải pháp này sẽ không chỉ nâng cao chuyên môn cho mỗi CBYT mà còn là giải pháp duy trì bác sỹ tại tuyến xã lâu dài, giúp cải thiện điều kiện chăm sóc sức khỏe cho người dân vùng sâu vùng xa một cách bền vững.

Thời gian công tác càng lâu thì người CBYT tuyến cơ sở càng có nhiều cơ hội tích lũy kinh nghiệm trong việc KCB cho bệnh nhân tại cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: tỉ lệ CBYT có thời gian công tác ≤ 5 năm có kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt là 91,3%, cao hơn so với tỉ lệ CBYT có thời gian công tác ≥ 6 năm với kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt là 85,2%). Tuy nhiên, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian công tác với kỹ năng xử trí bệnh TMH ($p > 0,05$). Lý giải điều này theo chúng tôi là mặc dù có thời gian công tác lâu nhưng có thể: (1) CBYT được đào tạo theo phác đồ cũ, chưa được cập nhật theo phác đồ điều trị, xử trí mới của Bộ Y tế; (2) Do có nhiều kinh nghiệm cho nên có thể một số CBYT tiến hành KCB TMH theo thói quen hàng ngày mà không tuân tực các bước một cách khoa học theo bảng kiểm và hướng dẫn của Bộ Y tế; (3) Một phần lý do nữa là do thực tế thường những CBYT có thời gian công tác lâu năm là những y sỹ đã có tuổi đời cao, mà mối liên quan giữa trình độ chuyên môn và kỹ năng xử trí bệnh TMH cũng được trình bày rõ rệt trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.17).

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí

công tác với kỹ năng xử trí bệnh TMH ($p < 0,05$). Tỷ lệ CBYT công tác tại xã có kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt là 97,1%, cao hơn so với CBYT công tác tại huyện (68,8%) (Bảng 3.16). Điều này hoàn toàn phù hợp với các kết quả trước của chúng tôi đã trình bày ở Bảng 3.13, bảng 3.14 và bảng 3.15; bởi lẽ CBYT công tác ở tuyến huyện thì có tỉ lệ bác sỹ chiếm cao; đặc biệt các bác sỹ phụ trách công tác KCB TMH tại BV huyện thường đã được đi học định hướng hoặc tập huấn và có chứng chỉ KCB khi công tác.

Tất cả CBYT chưa có chứng chỉ TMH đều có kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt (100%), tỉ lệ CBYT được học định hướng có kỹ năng xử trí bệnh TMH chưa tốt là 33,3%. Có mối liên quan giữa có chứng chỉ TMH với kỹ năng xử trí bệnh TMH với $p < 0,05$. Tỷ lệ CBYT có trình độ chuyên môn đã được tập huấn xử trí bệnh TMH có kỹ năng KCB TMH chưa tốt là 97,4%, cao hơn so với CBYT chưa được tập huấn (54,6%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đây là một điều hoàn toàn dễ hiểu bởi lẽ nếu được học hoặc tập huấn về TMH thì rõ ràng kỹ năng xử trí bệnh TMH sẽ tốt hơn. Kết quả nghiên cứu định tính cũng khẳng định các yếu tố ảnh hưởng đến công tác xử trí bệnh TMH như: không được học tập hay tập huấn nâng cao trình độ; không được cung cấp tài liệu hướng dẫn xử trí điều trị bệnh TMH và chế độ đãi ngộ còn thấp. Do đó, một trong những yếu tố để nâng cao chất lượng KCB TMH ở tuyến YTCS chính là tập huấn hoặc đào tạo định hướng về công tác KCB TMH. Báo cáo về TMH ở Australia cũng cho thấy nhu cầu đào tạo về KCB TMH cho CBYT các vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa [66].

Tỷ lệ CBYT có kiến thức về bệnh TMH chưa tốt có kỹ năng xử trí bệnh chưa tốt là 94,9%, cao hơn so với tỉ lệ CBYT có kiến thức tốt (63,6%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về bệnh TMH với kỹ năng xử trí bệnh TMH của CBYT ($p < 0,05$). Tỷ lệ CBYT có thái độ về bệnh TMH chưa tốt có kỹ năng xử trí bệnh chưa tốt là 95,0%, cao hơn so với tỉ lệ

CBYT có thái độ tốt (60,0%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ về bệnh TMH với kỹ năng xử trí bệnh TMH của CBYT ($p < 0,05$). Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với kỹ năng là mối liên quan đã được khẳng định rõ trong khoa học hành vi: muốn có kỹ năng tốt thì kiến thức và thái độ cũng phải tốt [29]. Đây là bằng chứng rõ ràng nhất cho việc cần có một nghiên cứu can thiệp tập huấn nâng cao năng lực cho CBYT về KCB TMH. Nghiên cứu trước đó đã cho thấy, nếu nâng cao nhận thức về bệnh TMH, nguyên nhân cũng như cách điều trị thì sẽ làm giảm gánh nặng do bệnh TMH mang lại đối với cộng đồng [74].

Yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng KCB của bác sỹ tại các y tế cơ sở vùng sâu vùng xa chính là cơ sở vật chất và trang thiết bị [92]. Nghiên cứu này cho kết quả: cơ sở vật chất TTB y tế phục vụ cho công tác khám chữa bệnh TMH ở BV huyện và TYT xã của huyện Mèo Vạc tương đối tốt, đủ điều kiện để làm việc theo qui định của Bộ Y tế. Theo qui định của Bộ Y tế thì ở tuyến xã hiện nay chỉ cần có 01 bộ khám ngũ quan. Mặc dù có đủ, nhưng chất lượng của trang thiết bị cũng là một vấn đề cần lưu tâm. Nghiên cứu định tính cho kết quả rõ rệt về việc không được thay mới hoặc cung cấp TTB KCB TMH phù hợp với tuyến xã tại thời điểm hiện tại. Qua đó thấy rằng một trong những yếu tố hay gặp có ảnh hưởng đến công tác KCB TMH chính là thiếu trang thiết bị y tế đạt chuẩn về chất lượng. Thực tế lâm sàng tại TYT xã là lượng bệnh hay gặp ở tuyến xã chính là các bệnh về TMH. Trong tình huống nhân lực đảm bảo thì việc cung cấp các trang thiết bị tiên tiến hơn cũng là một giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe TMH cho người dân trong cộng đồng. Đây là thách thức đối với y tế cơ sở vùng sâu vùng xa. Trong báo cáo về thực trạng công tác KCB TMH ở Australia cho kết quả các dịch vụ về KCB TMH ở vùng thành thị vượt xa hơn một cách rõ rệt so với vùng sâu vùng xa [66]. Nếu các TYT xã và BV huyện/PKĐKKV có đầy đủ các trang

thiết bị chất lượng thì sau khi tập huấn cho nguồn nhân lực xong, các CBYT này ngay lập tức có thể phục vụ người dân trong công tác KCB TMH.

Kết quả nghiên cứu về năng lực xử trí bệnh TMH của cán bộ YTCS tại huyện Mèo Vạc còn hạn chế với thực trạng là kiến thức, thái độ và kỹ năng KCB còn thấp. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nhận định về năng lực của CBYT ở tuyến YTCS, đặc biệt là miền núi [9]. Có nhiều lý do cho kỹ năng KCB TMH của CBYT thấp nhưng quan trọng nhất vẫn là kiến thức và thái độ về bệnh TMH của CBYT tuyến cơ sở. Như vậy, để nâng cao được chất lượng chăm sóc bệnh TMH tại tuyến YTCS cho người dân tại cộng đồng thì điều quan trọng nhất là phải nâng cao được năng lực xử trí bệnh của CBYT hay phải có giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ và kỹ năng KCB TMH cho CBYT tuyến cơ sở.

4.3. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực cán bộ y tế về khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở

4.3.1. Hoạt động can thiệp và đặc điểm của hoạt động can thiệp

Một vấn đề chính hệ thống y tế cơ sở tại các tỉnh miền núi phía Bắc nói chung và tại Hà Giang là sự thiếu hụt NLYT trình độ cao, điều này ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến y tế cơ sở [8], [9], [48]. Kết quả nghiên cứu tại huyện Mèo Vạc của chúng tôi cho thấy phần lớn CBYT phụ trách công tác KCB TMH huyện Mèo Vạc (86,0%) và huyện Đồng Văn (80,0%) có trình độ chuyên môn là y sỹ đa khoa, tỉ lệ CBYT có trình độ chuyên môn là bác sỹ chiếm khá thấp. Tỉ lệ CBYT có thời gian công tác ≤ 5 năm tại huyện Mèo Vạc chiếm (46,0%) và huyện Đồng Văn (40,0%); tỉ lệ CBYT có thời gian công tác > 15 năm tại huyện Mèo Vạc là 24,0% và huyện Đồng Văn là 20,0%. Tỉ lệ CBYT đã được học định hướng TMH là 18,0% và được tập huấn về bệnh TMH là 22,0% tại huyện Mèo Vạc; tỉ lệ này tại huyện Đồng Văn là 22,0%. Tỉ lệ CBYT công tác ở huyện Mèo Vạc là 32% và Đồng

Văn là 34,0%, còn lại là CBYT công tác xã (68,0% tại Mèo Vạc và 66,0% tại Đồng Văn). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu khác về NLYT tại các huyện của tỉnh Hà Giang [10], [23]. Những con số này là bằng chứng rõ ràng cho sự cần thiết/đúng đắn trong chủ trương/chính sách phát triển nguồn NLYT của Bộ Y tế theo Quyết định số 2992/QĐ-BYT về việc Phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 - 2020 [6]. Việc ưu tiên tăng cường nhân lực KCB cho tuyến huyện, tuyến xã, khu vực nông thôn, miền núi, hải đảo, vùng kinh tế - xã hội khó khăn sẽ đẩy mạnh chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân và đảm bảo công bằng hơn trong cung cấp các dịch vụ KCB cho nhân dân [6], [9]. Kết quả nghiên cứu về nhân lực y tế tuyến cơ sở của chúng tôi cũng là minh chứng rõ ràng cho sự cần thiết của hoạt động can thiệp tăng cường hình thức đào tạo cập nhật kiến thức tại chỗ theo hướng học qua hướng dẫn thực hành cho CBYT ở khu vực đặc biệt khó khăn mà Bộ Y tế đã đề xuất [9], và đây cũng là hoạt động can thiệp chính trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu đã lựa chọn huyện Mèo Vạc với diện tích huyện là 573,84 km² với dân số 58.944 người, gồm có 18 xã, thị trấn [56] làm huyện can thiệp. Huyện Đồng Văn với diện tích 446,66 km² và dân số 57.715 người, gồm 19 xã, thị trấn [56] là huyện đối chứng. Đây là hai huyện khó khăn của tỉnh Hà Giang, với phần lớn dân số là người dân tộc Mông. Điều kiện kinh tế - văn hóa - xã hội và đi lại của hai huyện là tương đương nhau và còn nhiều khó khăn. Hệ thống y tế tuyến cơ sở của 2 huyện là tương đương nhau về số lượng đơn vị hành chính y tế cơ sở, số lượng CBYT và bằng cấp học vị chuyên môn của CBYT. Như vậy, việc chọn huyện can thiệp và huyện đối chứng là đảm bảo tương đồng, qua đó sẽ chứng minh tác động rõ rệt của giải pháp can thiệp.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp đến thay đổi kiến thức về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở

Sau 01 năm can thiệp thông qua: tập huấn và giám sát 01 lần/tháng trong vòng 12 tháng; kiến thức mức độ tốt của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc về bệnh lý về tai, về mũi xoang, và về họng đều tăng lên một cách rõ rệt. Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt tăng từ 22,0% lên 80,0% sau can thiệp với CSHQ là 263,6%. Sự thay đổi các kiến thức trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khi đó, qua theo dõi trên các CBYT cơ sở phụ trách KCB TMH tại huyện Đông Văn cho tỉ lệ kiến thức về KCB cũng tăng lên, song kết quả tăng không đáng kể và sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.25 và bảng 3.26). Như vậy, rõ ràng hoạt động can thiệp tập huấn nâng cao năng lực KCB TMH của nghiên cứu đã đạt kết quả tốt về mặt nâng cao kiến thức cho CBYT cơ sở Mèo Vạc.

Sau can thiệp, kết quả kiến thức tốt của đối tượng được can thiệp tăng lên đã được nhiều nghiên cứu can thiệp đề cập tới như nghiên cứu của Đàm Khải Hoàn trong tập huấn cho nhân viên y tế thôn bản ở Quang Sơn (Thái Nguyên) [30], như nghiên cứu của Hạc Văn Vinh trong tập huấn cho giáo viên mầm non ở Võ Nhai (Thái Nguyên) [62]. Kết quả thay đổi rõ ràng kiến thức của đối tượng can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoàng (2010) khi can thiệp trên các phụ huynh học sinh cho thấy tỉ lệ phụ huynh hiểu đúng về nguyên nhân gây viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 57,2% lên 95,7%; tỉ lệ phụ huynh ở nhóm can thiệp hiểu đúng về biến chứng của bệnh VTGMT tăng từ 20,8% lên 94,5% [31]. Nghiên cứu mô hình can thiệp trên đối tượng là nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB) nhằm giảm tỉ lệ bệnh TMH ở người dân Ê đê của Phùng Minh Lương (2011) cũng cho thấy NVYTTB sau can thiệp biết về triệu chứng của VMX cao gấp 17,88 lần so với trước can thiệp; biết về

biến chứng của VMX cao gấp 16 lần so với trước can thiệp và biết về hướng xử trí của VMX cao gấp 91 lần so với trước can thiệp, có ý nghĩa thống kê [41]. Đồng thời trong nghiên cứu này tác giả cũng khẳng định, nếu đào tạo và sau đó đào tạo lại, cũng như thường xuyên có những buổi tập huấn về các bệnh tai mũi họng thì hiệu quả của các biện pháp điều trị phù hợp tại tuyến là rất tốt [41]. Đây chính là điểm hoàn toàn phù hợp với mô hình can thiệp của chúng tôi bởi lẽ chúng tôi cũng tiến hành đào tạo, sau đó là giám sát (đào tạo lại theo hình thức cầm tay chỉ việc). Bên cạnh đó, việc kiến thức tốt sau 01 năm can thiệp của chúng tôi tăng rõ rệt với CSHQ là 263,6% cũng đã được minh chứng qua một số nghiên cứu tương tự khi nói tới đánh giá kết quả đào tạo [41], [55].

4.3.3. Hiệu quả can thiệp đến thay đổi thái độ về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở

Việc thay đổi thái độ đúng đắn về bệnh TMH chắc chắn sẽ làm thay đổi được các hoạt động liên quan đến phòng chống, KCB TMH, qua đó sẽ đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung và bệnh TMH nói riêng tại địa bàn nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Hoàng (2010) tác động trên đối tượng là phụ huynh học sinh về bệnh VTGMT tại các trường mầm non cho thấy sau can thiệp, hầu hết phụ huynh có thái độ đúng đắn về bệnh chiếm rất cao, dao động từ 96,2% - 100,0% [31]. Nghiên cứu giảm tỉ lệ bệnh TMH ở người dân tộc Ê đê của Phùng Minh Lương (2011) cũng cho thấy hiệu quả rõ rệt về thay đổi thái độ của đối tượng sau can thiệp: thái độ tốt về phòng bệnh TMH tăng gấp 4,4 lần so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,000$, $\chi^2 = 91,01$); thái độ về tác hại của bệnh TMH tăng gấp 4,27 lần so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,000$, $\chi^2 = 97,36$) [31]. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trên khi cho thấy: sau 01 năm can thiệp, tăng rõ nhất là thái độ tốt

về các bệnh họng thanh quản với tỉ lệ thái độ mức độ tốt tăng từ 22,0% lên 80,0% với CSHQ là 263,6%. Thái độ mức độ tốt đối với các bệnh về tai và các bệnh về mũi xoang cũng tăng từ 22,0% lên 78,0% và 26,0% lên 82,0% với CSHQ lần lượt là 254,6% và 215,4%. Đánh giá thái độ chung mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 80,0% sau can thiệp với CSHQ là 300,0%. Sự thay đổi các mức độ thái độ trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả can thiệp này cũng tương đương với một số nghiên cứu đã thực hiện trước đây với sự thay đổi thái độ rõ rệt sau can thiệp [30], [41], [55], [62]. Trong khi đó, sự thay đổi thái độ của CBYT tuyến cơ sở của nhóm chứng là không đáng kể (Bảng 3.28).

4.3.4. Hiệu quả can thiệp đến thay đổi kỹ năng về xử trí bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở

Kết quả nổi bật nhất trong nghiên cứu chính là việc nâng cao được kỹ năng KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe TMH tại tuyến cơ sở. Kết quả bảng 3.25 cho thấy, sau 01 năm can thiệp, kỹ năng đúng của CBYT về KCB TMH có thay đổi rõ rệt: thay đổi rõ nhất là kỹ năng KCB các bệnh về tai và kỹ thuật làm thuốc tai với CSHQ tăng cao nhất. Sau can thiệp, kỹ năng KCB TMH chung của đối tượng nghiên cứu mức độ tốt tăng từ 12,0% trước can thiệp lên 70,0% sau 1 năm với CSHQ là 483,3%. Kỹ năng KCB TMH chung mức độ yếu giảm từ 70,0% xuống còn 4,0% với CSHQ là 94,3%. Sự thay đổi tăng lên các kỹ năng trước - sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đây chính là minh chứng rõ rệt góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn dân thông qua các giải pháp can thiệp đã đề ra của Bộ Y tế [9] và cũng là hình thức giúp kiện toàn nhân lực các TYT xã trong tình hình mới [54]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoàng (2010) với những sự thay đổi rõ rệt về thực hành đúng của đối

tượng can thiệp: tỉ lệ các phụ huynh thực hành đúng về cách nhỏ tai sau can thiệp là 88,5%, tỉ lệ các phụ huynh thực hành đúng về cách nhỏ vào VA sau can thiệp là 92,0%, tỉ lệ các phụ huynh thực hành đúng về cách làm sạch mũi sau can thiệp là 91,7% [31]. Trong khi đó, kết quả bảng 3.30 ở huyện đối chứng cho thấy sự thay đổi sau 01 năm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ kỹ năng tốt sau 01 năm can thiệp tăng lên 70,0%; thấp hơn so với kiến thức tốt (80,0%) và thái độ tốt (80,0%). Kết quả thay đổi thái độ sau 01 năm can thiệp của chúng tôi so với trước can thiệp là rõ rệt và có ý nghĩa thống kê; tuy nhiên kết quả này chưa thật sự đạt mức rất cao (từ 90,0%) trở lên. Lý giải điều này theo chúng tôi là do sau 01 năm tập huấn, có thể kiến thức về KCB TMH của một số CBYT đã quên, bên cạnh đó là sau khi có kỹ năng KCB TMH thành thạo, một số CBYT có tâm lý *coi thường* những bệnh TMH phổ biến tại cộng đồng dẫn tới tỉ lệ thay đổi kiến thức tốt, thái độ tốt chưa cao như mong muốn. Một điểm nhấn trong nghiên cứu này chính là sự thay đổi kỹ năng tốt. Mặc dù kỹ năng tốt chỉ đạt 70,0% nhưng CSHQ của thay đổi kỹ năng tốt chiếm cao nhất với 483,3%. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu định tính đã được tiến hành khi phỏng vấn bệnh nhân cho thấy việc người dân đặt niềm tin vào CBYT cơ sở khi bị bệnh TMH được điều trị khỏi. Đây là minh chứng rõ rệt cho nỗ lực của các CBYT chuyên khoa TMH tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang trong công tác giám sát - đào tạo theo hình thức cầm tay chỉ việc cho CBYT tuyến cơ sở huyện Mèo Vạc; và sẽ là tiền đề cho việc xây dựng mô hình các hoạt động can thiệp nâng cao năng lực CBYT tuyến cơ sở về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cho người dân tại cộng đồng.

Bảng 3.26, Bảng 3.28 và Biểu đồ 3.5 của nghiên cứu cho thấy: sau 01 năm, tại huyện đối chứng, kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 26,0% với CSHQ là 30,0%. Đánh giá thái độ chung mức độ tốt

tăng từ 24,0% lên 28,0% sau can thiệp với CSHQ là 16,7%. Kỹ năng đúng của CBYT về KCB TMH và thực hiện các thủ thuật có thay đổi tăng nhẹ lên so với trước; nhưng sự khác biệt về kiến thức, thái độ và kỹ năng so với trước theo dõi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kỹ năng KCB TMH chung của đối tượng nghiên cứu mức độ tốt tăng từ 14,0% trước theo dõi lên 16,0% sau 1 năm can thiệp với CSHQ là 14,3%. Kỹ năng KCB TMH chung mức độ yếu giảm từ 64,0% xuống còn 58,0% với CSHQ là 9,4%. Lý giải điều này theo thực tế là do đội ngũ CBYT tại huyện Đông Văn không được đào tạo cập nhật kiến thức trong thời gian nghiên cứu. Tuy nhiên kết quả kiến thức, thái độ và kỹ năng của CBYT sau 12 tháng có tăng lên là do trên thực tế đã có cán bộ được cử đi học chuyên khoa định hướng trong thời gian nghiên cứu. Kết quả này cho thấy, mặc dù đã có sự thay đổi, nhưng những sự thay đổi tại huyện đối chứng chưa mang tính đại chúng đến cho cộng đồng người dân tộc Mông tại huyện Đông Văn, tỉnh Hà Giang.

Một chỉ số giúp đánh giá chính xác hiệu quả của hoạt động theo định hướng của Bộ Y tế về việc đào tạo cập nhật kiến thức tại chỗ theo hướng học qua hướng dẫn thực hành cho CBYT ở khu vực đặc biệt khó khăn của Bộ Y tế [9] và cũng là hoạt động trong nghiên cứu can thiệp của chúng tôi chính là hiệu quả can thiệp. Kết quả can thiệp cho thấy: tại huyện can thiệp, kiến thức tốt về KCB TMH của CBYT lên 80,0%, thái độ tốt lên 80,0% và kỹ năng tốt tăng lên 70,0%; có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tại huyện đối chứng, kiến thức, thái độ và kỹ năng của CBYT phụ trách KCB TMH cũng tăng lên tương ứng là 26,0%; 28,0% và 16,0% (theo thứ tự), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các giải pháp can thiệp đã đem lại hiệu quả đối với kiến thức về KCB TMH là 233,6%; hiệu quả đối với thái độ là 283,3% và với kỹ năng là 469,0%. Đây chính là tiền đề cho việc nhân rộng các giải pháp can thiệp nâng cao năng lực CBYT tuyến cơ sở cho các mặt bệnh thường gặp trong

cộng đồng; đồng thời chính là một trong những bước đột phá nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế của tuyến y tế cơ sở, đáp ứng với yêu cầu đổi mới đặt ra và đáp ứng với yêu cầu chăm sóc sức khỏe người dân trong cộng đồng.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp đến thay đổi tỉ lệ chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế tuyến cơ sở

Một trong những chỉ số đánh giá rõ ràng cho việc nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị bệnh TMH của CBYT tuyến cơ sở chính là tỉ lệ bệnh nhân TMH chuyển tuyến. Nghiên cứu can thiệp cho tỉ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh giảm từ 11,2% tổng số trường hợp chuyển tuyến xuống còn 5,6%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ tại huyện can thiệp. Trong khi đó, tỉ lệ này ở huyện Đồng Văn (huyện đối chứng) có sự thay đổi không đáng kể. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế bởi lẽ, với năng lực KCB TMH của CBYT được nâng lên, TTB được thay mới/bổ sung thì rõ ràng hoạt động KCB TMH sẽ tốt hơn, qua đó sẽ giảm tỉ lệ bệnh nhân chuyển tuyến, góp phần làm giảm quá tải y tế tuyến tỉnh đồng thời giảm gánh nặng chi phí y tế cho chính bệnh nhân và người dân trong cộng đồng.

Trong số các bệnh nhân chuyển tuyến, tỉ lệ chuyển tuyến đúng mặt bệnh đã thay đổi rõ rệt ở huyện can thiệp. Một số bệnh được điều trị tại TYT xã thì đã giảm rõ rệt việc chuyển lên tuyến huyện như viêm họng cấp hay viêm amygdal cấp. Tuy nhiên một số bệnh thì tỉ lệ chuyển tuyến lại tăng lên như absces thành sau họng, dị vật tai. Điều này có thể giải thích do khả năng khám, chẩn đoán của CBYT tại TYT xã đã tốt hơn, cho nên việc chẩn đoán đúng đã làm tăng tỉ lệ bệnh nhân nhóm bệnh này chuyển tuyến. Tuy nhiên, vẫn còn một vài trường hợp chuyển tuyến từ xã lên huyện không phù hợp như viêm họng cấp, viêm họng mạn... theo chúng tôi là do thực tế, bệnh nhân thường bị bệnh kèm theo hoặc do nguyện vọng của gia đình...

So sánh với huyện đối chứng (huyện Đồng Văn) thì tỉ lệ chuyển tuyến

thay đổi không rõ rệt; đặc biệt là các mặt bệnh chuyên tuyến không có sự thay đổi phù hợp (Bảng 3.36 và bảng 3.37). Kết quả này góp phần minh chứng rõ rệt cho hoạt động can thiệp nâng cao năng lực KCB TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc; và cũng là cơ sở đề xuất nhân rộng mô hình can thiệp tại huyện Mèo Vạc sang các huyện khác của tỉnh Hà Giang, qua đó nâng cao chất lượng YTCS và nâng cao sức khỏe cho người dân tộc Mông nói riêng và người dân Hà Giang nói chung.

Tóm lại, bằng việc tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ YTCS về xử trí bệnh TMH kết hợp với công tác giám sát hỗ trợ định kỳ, năng lực về KCB TMH của cán bộ YTCS được nâng lên rõ rệt, góp phần quan trọng vào việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Mặc dù kết quả nghiên cứu đã chứng minh rất rõ rệt hiệu quả của giải pháp can thiệp bằng tập huấn nâng cao năng lực về xử trí bệnh TMH cho cán bộ YTCS, nhưng nghiên cứu của chúng tôi vẫn có một số hạn chế nhất định. Một trong những yếu tố có ảnh hưởng lớn đến bệnh TMH đó chính là thời tiết. Cụ thể là sự thay đổi tỉ lệ mắc bệnh TMH theo mùa (Sơ đồ 1.1). Ở mùa mưa (mùa xuân, hè), độ ẩm tăng lên thì sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh TMH. Bình thường cơ thể thích nghi với độ ẩm 30 – 45%, cơ thể phản ứng với độ ẩm rất nhạy, độ ẩm cao làm cho cơ thể dễ bị nhiễm lạnh, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh TMH phát triển. Mùa thu, mùa đông là mùa có nhiệt độ thấp nhất trong năm, với khí hậu hanh khô cho nên 2 mùa này làm cho con người dễ bị viêm đường hô hấp trên. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An (2003) và Nguyễn Công Hoàng (2010) đã cho kết quả tỉ lệ VTGUĐ ở mùa đông cao hơn mùa hè [1], [31]. Như vậy rõ ràng, việc đánh giá tỉ lệ bệnh TMH của người dân tộc Mông theo bốn mùa sẽ cung cấp bằng chứng khoa học chính xác, cụ thể, chi tiết về sự thay đổi mô hình bệnh giữa các mùa. Qua đó mà ngành y tế có thể triển khai những biện pháp tuyên truyền vận động cũng như

những biện pháp phòng chống tốt hơn cho người dân trong cộng đồng cũng như đưa ra các khuyến nghị chẩn đoán, điều trị bệnh TMH theo mùa phù hợp cho các CBYT tuyến cơ sở. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tiến hành đánh giá được mô hình bệnh TMH theo các mùa do hạn chế về điều kiện thời gian, điều kiện kinh phí. Nghiên cứu chỉ tiến hành đánh giá tại một thời điểm để từ đó tính ra tỉ lệ bệnh TMH chung cho người dân tộc Mông. Mặc dù như vậy, nhưng với cỡ mẫu lớn, phương pháp chọn mẫu có tính xác suất cao (ngẫu nhiên đơn) nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho tỉ lệ bệnh TMH ở người dân tộc Mông một cách chính xác, góp phần xây dựng mô hình bệnh TMH của người dân tộc Mông dù có sự thay đổi tỉ lệ bệnh đôi chút theo mùa.

Một hạn chế khác trong thiết kế nghiên cứu của chúng tôi cũng là do yếu tố kinh phí gây nên: đó chính là việc thiết kế nghiên cứu không có hoạt động đánh giá mô hình bệnh TMH của người Mông tại huyện Đông Văn (huyện đối chứng). Thực tế, việc đánh giá bệnh TMH tại tuyến YTCS đòi hỏi khá nhiều kinh phí, thì việc đánh giá tại huyện đặc biệt khó khăn Mèo Vạc và Đông Văn còn đòi hỏi nhiều kinh phí hơn nữa. Do đó, việc đánh giá được cả huyện Đông Văn là cao hơn so với kinh phí cho phép. Tuy nhiên, điều này không ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bởi lẽ: (1) Huyện Mèo Vạc và huyện Đông Văn là 2 huyện có vị trí tương đồng, điều kiện văn hóa - kinh tế - xã hội tương đồng, đặc điểm người dân tộc thiểu số và người dân tộc Mông ở 2 huyện là tương đồng, sự tương đồng về diện tích và dân số, sự tương đồng về đặc điểm hệ thống y tế. Do đó kết quả nghiên cứu về bệnh TMH ở người Mông tại huyện Mèo Vạc cũng đại diện cho kết quả mô hình bệnh TMH ở người Mông tại huyện Đông Văn. (2) Do điều kiện kinh phí, nghiên cứu của chúng tôi tập trung can thiệp cộng đồng vào giải pháp nâng cao năng lực KCB TMH cho cán bộ YTCS tại huyện Mèo Vạc, nghiên cứu không tiến hành can thiệp vào nhóm giải pháp can thiệp về môi trường và TT-

GDSK cho người dân. Do đó, việc không đánh giá tỉ lệ bệnh TMH tại cộng đồng ở huyện chứng không ảnh hưởng đến kết quả can thiệp.

Bên cạnh một số hạn chế nhỏ nhất định của nghiên cứu thì những ưu điểm chính trong nghiên cứu này là tính duy trì và tính bền vững. Bệnh TMH tại cộng đồng bị ảnh hưởng bởi 4 nhóm yếu tố chính (Sơ đồ 1.1), việc can thiệp vào cả 4 nhóm yếu tố là không thể. Nghiên cứu trước của Nguyễn Công Hoàng (2010) [31], Phùng Minh Lương (2011) [41] hay một số tác giả khác chỉ tập trung chủ yếu vào các giải pháp TT-GDSK nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh TMH cho người dân trong cộng đồng, qua đó giảm tỉ lệ bệnh mà thiếu tác động vào các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế. Giả thuyết đặt ra là có thể sau một khoảng thời gian can thiệp nhất định, mô hình khó có thể duy trì do những người dân/cán bộ không tiến hành TT-GDSK liên tục sẽ làm giảm tính bền vững và tính duy trì của can thiệp. Trong khi đó, bệnh TMH là nhóm bệnh hay tái phát, việc nâng cao cả kiến thức, thái độ, kỹ năng KCB TMH của CBYT sẽ làm cho chất lượng dịch vụ KCB TMH tốt lên. Trong quá trình KCB, kỹ năng tư vấn của CBYT cũng sẽ tốt lên, đây chính là nguồn TT-GDSK lâu dài và liên tục. Việc can thiệp vào CBYT tuyến cơ sở chính là can thiệp vào đối tượng phụ trách hoạt động chăm sóc sức khỏe của người dân trên địa bàn, qua đó nâng cao sức khỏe của người dân nói chung và sức khỏe phòng chống bệnh TMH nói riêng. Tóm lại, can thiệp vào nhóm đối tượng này sẽ không bị ảnh hưởng bởi những thay đổi của thời tiết hay tạo ra sự gián tiếp trong khâu TT-GDSK. Đây chính là biện pháp can thiệp mang tính lâu dài và bền vững mà nghiên cứu đã tiến hành.

KẾT LUẬN

1. Bệnh tai mũi họng của người Mông tại Mèo Vạc năm 2013 còn khá phổ biến, cụ thể:

- Tỷ lệ mắc bệnh TMH của người Mông trong nghiên cứu là 78,8%, trong đó tỷ lệ ở nam là 79,6%, ở nữ là 78,0%.

- Tỷ lệ mắc bệnh TMH cao nhất là nhóm tuổi > 55 tuổi (91,5%), nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là 16 - 25 tuổi (69,9%).

- Tỷ lệ mắc bệnh về tai, mũi, họng lần lượt là 16,9%, 31,7%, 59,7%.

- Tỷ lệ mắc một bệnh đơn thuần là 64,2%, tỷ lệ hai mắc bệnh phối hợp là 34,3% và tỷ lệ mắc ≥ 3 bệnh là 1,5%.

- Tỷ lệ mắc bệnh về tai cao nhất ở nhóm 1 - 6 tuổi, bệnh về mũi cao nhất ở nhóm 36 - 45 tuổi và bệnh họng cao nhất ở nhóm 1 - 6 tuổi.

- Trong các bệnh về tai: viêm tai giữa cấp tính chiếm tỷ lệ 26,5%; VTGTD chiếm 22,9%, VTGMT là 21,7%, dị vật tai là 20,5%, nấm tai là 4,5% và viêm ống tai ngoài là 1,7%.

- Trong các bệnh về mũi: VMDU' chiếm 26,9%; VMX cấp 15,1%, viêm mũi cấp tính 8,9%, viêm xoang polyp mũi là 8,5%. Tỷ lệ viêm xoang cấp tính và mạn tính lần lượt là 7,1% và 4,1%.

- Trong các bệnh về họng: viêm họng mạn tính chiếm 25,2%; viêm amidan cấp chiếm 20,9%. Tỷ lệ viêm V.A cấp tính và viêm họng cấp tính đều là 11,9%. Tỷ lệ viêm thanh quản cấp chiếm 1,1%.

2. Năng lực của cán bộ y tế tuyến cơ sở về khám chữa bệnh tai mũi họng còn hạn chế

- Kiến thức chung về bệnh TMH mức độ tốt, trung bình và yếu chiếm lần lượt là 22,0%; 34,0% và 44,0%.

- Thái độ chung mức độ tốt của CBYT về bệnh TMH chiếm 20,0%;

thái độ mức độ trung bình là 56,0% và mức độ yếu là 24,0%.

- Tỷ lệ CBYT có kỹ năng chung mức độ tốt về bệnh TMH chiếm 12,0%; trung bình chiếm 18,0% và yếu là 70,0%.

- Các yếu tố: bằng cấp học vị chuyên môn, có chứng chỉ TMH, được tập huấn, vị trí công tác, kiến thức về bệnh TMH, thái độ về bệnh TMH và cơ sở vật chất sử dụng KCB TMH đều có liên quan đến kỹ năng KCB TMH của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang.

3. Giải pháp can thiệp bằng tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở và giám sát hỗ trợ trong 01 năm đạt hiệu quả cao, cụ thể:

- Kiến thức chung về bệnh TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc ở mức độ tốt tăng từ 22,0% lên 80,0% với CSHQ là 263,6%. Thái độ chung về bệnh TMH của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc ở mức độ tốt tăng từ 20,0% lên 80,0% với CSHQ là 300,0%. Kỹ năng KCB TMH chung của CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc ở mức độ tốt tăng từ 12,0% lên 70,0% với CSHQ là 483,3%.

- Tỷ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh giảm từ 11,2% xuống còn 6,2%; tỷ lệ chuyển tuyến bệnh TMH từ xã lên tuyến huyện giảm từ 17,2% xuống còn 9,4%.

- HQCT tập huấn nâng cao năng lực KCB TMH cho CBYT cơ sở huyện Mèo Vạc đối với kiến thức là 233,6%, đối với thái độ là 283,3% và đối với kỹ năng là 469,0%.

KHUYẾN NGHỊ

- Đối với ngành y tế: rà soát lại về mặt chất lượng của cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác KCB TMH trên toàn bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, Hà Giang. Đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác khám chữa bệnh tai mũi họng.

- Tăng cường công tác đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ y tế cơ sở về lĩnh vực tai mũi họng.

- Cần tiếp tục duy trì hoạt động giám sát công tác KCB TMH của CBYT cơ sở Mèo Vạc tỉnh Hà Giang, nhằm duy trì chất lượng dịch vụ KCB TMH tại tuyến cơ sở, qua đó làm giảm tỉ lệ mắc bệnh một cách bền vững. Sở Y tế Hà Giang có thể áp dụng mô hình này để can thiệp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế cho người dân trong cộng đồng, chứ không nhất thiết chỉ áp dụng cho bệnh TMH.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ
CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

- 1. Phạm Mạnh Công, Nguyễn Văn Sơn, Đỗ Hàm, Võ Thanh Quang** (2015), “Thực trạng bệnh tai mũi họng ở người Mông huyện Mèo Vạc tỉnh Hà Giang”, *Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam*, tập 60-26, số 2, tr. 49-53.
- 2. Phạm Mạnh Công, Nguyễn Văn Sơn, Lương Minh Hương** (2016), “Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 446, số 2, tr. 128-132.
- 3. Phạm Mạnh Công, Nguyễn Văn Sơn, Lương Minh Hương** (2016), “Kiến thức, thái độ và kỹ năng khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang”, *Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam*, tập 61-33, số 3, năm 2016, trang 33-39.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Nguyễn Thị Hoài An** (2003), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em phường Trung Tự và một vài phường khác thuộc Hà Nội, Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương** (2010), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009: Kết quả toàn bộ*, Tổng cục thống kê, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2003), *Đánh giá hiệu quả sử dụng dịch vụ y tế, điều tra y tế quốc gia 2001-2002*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2011), *Niên giám thống kê y tế 2011*, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế** (2012), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế** (2015), "Quyết định số 2992/QĐ-BYT về việc Phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 - 2020", *Bộ Y tế*.
7. **Bộ Y tế** (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Bộ Y tế, Nhóm đối tác Y tế** (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012: Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh*, Bộ Y tế, Hà Nội.
9. **Bộ Y tế, Nhóm đối tác Y tế** (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Bộ Y tế, Hà Nội.

10. **Nguyễn Văn Chính** (2011), *Thực trạng tổ chức và hoạt động của hệ thống y tế huyện ở huyện Quang Bình, tỉnh Hà Giang từ năm 2008 đến 2010*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa I, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
11. **Nguyễn Thị Ngọc Dinh, Phạm Thị Bích Thủy** (2011), "Biến chứng mắt do viêm xoang ở trẻ em", *Tạp chí Y học thực hành*, 774 (7), tr. 40-43.
12. **Phan Quang Đoàn, Nguyễn Văn Đỉnh, Lê Anh Tuấn** (2009), "Nghiên cứu một số đặc điểm người bệnh viêm mũi dị ứng trên địa bàn Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, 644+645 (2), tr. 1-4.
13. **Phạm Huy Dũng, Nguyễn Thị Minh Hiếu và cs** (2001), "Tiến tới sử dụng thuốc an toàn hợp lý trong điều trị trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại cộng đồng qua các can thiệp vào thầy thuốc và bà mẹ", *Báo cáo đánh giá thực trạng*, Đề tài khoa học cấp Bộ.
14. **Trương Việt Dũng và cs** (2014), *Phương pháp nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
15. **Khương Văn Duy và cs** (2005), "Mô hình bệnh tật và việc lựa chọn dịch vụ tại trạm y tế xã của nhân dân hai xã Tam Hưng và Tân Ước, huyện Thanh Oai, tỉnh Hà Tây", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 33 (1), tr. 105-111.
16. **Frank H. Netter** (2007), *Atlas Giải phẫu người*, (Hồ Thế Lục dịch), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. **Nguyễn Thanh Hà, Trần Duy Ninh** (2013), "Thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh tiểu học thành phố Thái Nguyên năm 2013", *Tạp chí Y học thực hành*, 10 tr. 108–113.
18. **Lê Thanh Hải** (2008), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thực trạng bệnh viêm mũi xoang mạn tính ở công nhân luyện thép Thái Nguyên qua thăm khám nội soi", *Tạp chí Y học thực hành*, (10), tr. 62-64.

19. **Nguyễn Thanh Hải, Phạm Thị Minh Hồng** (2007), "Khảo sát tỉ lệ mắc bệnh hen phế quản, viêm mũi dị ứng và chàm ở trẻ em 13 - 14 tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2007", *Chuyên đề Nhi khoa*, tr. 64-68.
20. **Đỗ Hàm** (2013), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực y học*, Giáo trình sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. **Phạm Thế Hiền, Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc Cường** (2004), "Nghiên cứu mô hình một số bệnh tai mũi họng ở người lớn và các yếu tố dịch tễ liên quan tại tỉnh Cà Mau", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 8 (Phụ bản 1), tr. 103-105.
22. **Nguyễn Thị Minh Hiếu** (2003), *Kiến thức, thực hành kê đơn kháng sinh của cán bộ trạm y tế xã trong điều trị trẻ dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc năm 2003*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
23. **Nguyễn Duy Hoa** (2011), *Nghiên cứu thực trạng tổ chức và hoạt động của trung tâm y tế huyện Vị Xuyên tỉnh Hà Giang, khó khăn và giải pháp*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa I, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
24. **Phạm Khánh Hòa** (1995), "Một số nhận xét về bệnh tai mũi họng của nhân dân khu thương nghiệp Thượng Đình", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Y học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, 6, tr. 75-86.
25. **Phạm Khánh Hòa, Nguyễn Thu Hương** (1994), "Một số nhận xét về bệnh tai mũi họng trong nhân dân 3 xã, huyện Thanh Trì – Hà Nội", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Y học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, 5 tr. 64-74.
26. **Phạm Khánh Hòa, Nguyễn Hữu Phẩm** (1996), "Tình hình mắc bệnh tai mũi họng ở xã Nhật Tân và Hoàng Tây, Kim Bảng, Nam Hà", *Kỷ*

yếu công trình nghiên cứu khoa học Y học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 7, tr. 170-174.

27. **Chu Thị Thu Hoài** (2015), *Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ bệnh tai mũi họng của học sinh trung học phổ thông dân tộc Mường tỉnh Hòa Bình*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
28. **Chu Thị Thu Hoài, Trần Duy Ninh** (2015), "Thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh phổ thông trung học dân tộc Mường tỉnh Hòa Bình năm 2015", *Tạp chí Y học thực hành*, 980 (10), tr. 111-114.
29. **Đàm Khải Hoàn** (2013), *Giáo trình Khoa học hành vi & Giáo dục nâng cao sức khỏe*, Tài liệu sau đại học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
30. **Đàm Khải Hoàn** (1998), *Nghiên cứu xây dựng mô hình cộng đồng tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân một số vùng núi phía Bắc*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
31. **Nguyễn Công Hoàng** (2010), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, can thiệp bằng giáo dục sức khỏe và điều trị bệnh viêm tai giữa mạn tính trẻ em ở các trường mầm non tại Thái Nguyên*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
32. **Hội đồng Dân tộc (2001)**, "Công văn số 09-CV/HĐDT ngày 04 tháng 12 năm 2001 về việc đề nghị đọc, viết đúng tên dân tộc Mông", *Hội đồng Dân tộc Việt Nam*, Hà Nội.
33. **Lê Thúy Hường** (2015), *Nguồn nhân lực y tế vùng đồng bằng sông Hồng*, Luận án Tiến sĩ kinh tế, Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh, Hà Nội.

34. **Ngô Văn Hựu và cs** (2012), *Lịch sử phát triển và đặc điểm các dân tộc thiểu số Việt Nam*, Bài giảng Nhân học Y học và các tình huống lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
35. **Đỗ Đức Huy** (2015), *Thực trạng một số bệnh tai mũi họng, yếu tố liên quan ở người lao động sản xuất gốm tại làng nghề Phù Lãng, huyện Qué Võ, tỉnh Bắc Ninh và đề xuất giải pháp can thiệp*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
36. **Trần Đăng Khoa** (2013), *Thực trạng và kết quả một số giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009 - 2011*, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
37. **Nguyễn Hữu Khôi** (2006), "Điều tra dịch tễ học bệnh tai mũi họng ở trẻ em tuổi mẫu giáo tại các trường mầm non Quận 8 – Thành phố Hồ Chí Minh", *Nội san hội nghị khoa học kỹ thuật, Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 453-459.
38. **Trần Chí Liêm, Võ Thành Đông, Lê Ngọc Chính** (2012), "Đánh giá 10 năm triển khai thực hiện Chỉ thị 06/CT-TW và đề xuất giải pháp củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian tới", *Tạp chí Chính sách Y tế*, tr 27-32.
39. **Ngô Ngọc Liễu** (2006), *Giản yếu Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
40. **Trần Viết Luân** (2008), *Viêm tai giữa tiết dịch, Tai mũi họng quyển I*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 515-531.
41. **Phùng Minh Lương** (2011), *Nghiên cứu mô hình và yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tai mũi họng thông thường của dân tộc Ê Đê Tây Nguyên, đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

42. **Phùng Minh Lương, Nguyễn Tấn Phong, Đặng Tuấn Đạt** (2011), "Nghiên cứu bệnh lý tai mũi họng vào mùa khô của dân tộc Ê đê - Tây Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 644+645 (2), tr. 1-3.
43. **Trần Duy Ninh** (2001), "Nghiên cứu mô hình bệnh tai mũi họng và một số yếu tố liên quan tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam", *Kỷ yếu hội thảo khoa học công nghệ Y Dược, Đại học Thái Nguyên*, tr. 117-122.
44. **Trần Duy Ninh** (2012), *Tai mũi họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
45. **Trần Duy Ninh và cộng sự** (1998), "Mô hình bệnh tai mũi họng của một số dân tộc miền núi phía Bắc Việt Nam", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Quyển IX, Nhà xuất bản Y học*, tr. 174–189.
46. **Vũ Xuân Phú** (2012), "Vài nét về thực trạng nguồn nhân lực y tế trên thế giới và tại Việt Nam", *Tạp chí Y học thực hành*, 806 (2), tr. 12-15.
47. **Nguyễn Khánh Phương, Đặng Đức Phú, Nguyễn Thị Xuyên** (2009), "Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người có thể bảo hiểm y tế tại vùng nông thôn", *Tạp chí Y học thực hành*, 662 (5), tr. 61-63.
48. **Sở Y tế Hà Giang** (2013), "Báo cáo tổng kết công tác Y tế năm 2012 và triển khai nhiệm vụ năm 2013", *Sở Y tế Hà Giang*.
49. **Đặng Hoàng Sơn** (2006), "Tần xuất xuất độ viêm tai giữa cấp và mạn, vi khuẩn và sự đề kháng kháng sinh trong điều trị ban đầu viêm tai giữa cấp mạn ở trẻ em", *Nội san hội nghị khoa học kỹ thuật, Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 75-82.
50. **Nhan Trưng Sơn** (2008), *Tai mũi họng*, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
51. **Đặng Đình Thắng** (2012), *Nghiên cứu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái và đề xuất giải pháp*, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

52. **Lê Văn Thêm** (2007), *Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tại tỉnh Hải Dương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
53. **Nguyễn Lê Thủy, Trần Duy Ninh** (2013), "Nghiên cứu bệnh viêm V.A bằng phương pháp nội soi ở học sinh trường trung học cơ sở Nha Trang thành phố Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 3, tr. 94-100.
54. **Phan Văn Tiến** (2011), "Thực trạng và giải pháp kiện toàn chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức và nhân lực của trạm y tế xã, phường, thị trấn trong tình hình mới", *Tạp chí Y học thực hành*, 787 (10), tr. 4-7.
55. **Trần Thị Tình** (2001), "Nghiên cứu xây dựng quy trình đào tạo cán bộ y tế cơ sở vùng cao, dân tộc thiểu số H.Mông, Dao", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học ngành y tế Yên Bái 1996-2000*, tr. 26-30.
56. **Tổng cục Thống kê (2010)**, *Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở 2009: Công bố kết quả điều tra toàn bộ*, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Hà Nội.
57. **Nguyễn Thanh Trúc** (2001), *Nghiên cứu tình hình bệnh tai mũi họng trẻ em ở vùng rác thải Hà Nội (Huyện Sóc Sơn)*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
58. **Trường Đại học Y tế công cộng** (2012), *Báo cáo đánh giá hiện trạng đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
59. **Viện chiến lược và Chính sách Y tế** (2011), *Đánh giá bước đầu việc triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế*, Viện chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
60. **Viện chiến lược và Chính sách Y tế** (2012), *Báo cáo nghiên cứu "Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực miền núi"*, Viện chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.

61. **Viện dân tộc học** (2001), *Các dân tộc ít người ở Việt Nam (các tỉnh phía bắc)*, Viện dân tộc học, Hà Nội.
62. **Hạc Văn Vinh** (2010), *Nghiên cứu các giải pháp phù hợp với chăm sóc sức khoẻ bà mẹ - trẻ em và vệ sinh môi trường cho các bản vùng sâu, vùng xa huyện Võ Nhai -Thái Nguyên*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.

TIẾNG ANH

63. **Akçay A., Kara C. O., Dagdeviren E. et al.** (2006), "Variation in tonsil size in 4- to 17-year-old schoolchildren", *J Otolaryngol*, 35 (4), pp. 270-274.
64. **Altiner Attila, Silke Brockmann, Martin Sielk et al.** (2007), "Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 60 (3), pp. 638-644.
65. **ArupSen Gupta, Ram Rama, Islam Farzana et al.** (2012), "A study on clinico-epidemiological profile of ear, nose and throat diseases among patients aged 6 to 14 years attending the E.N.T. OPD at M.G.M. Medical College, Kishanganj, Bihar, India", *Global journal of Medicine and Public Health*, 1 (4), pp. 13-17.
66. **Australian Medical Workforce Advisory Committee** (1997), *The ear, nose and throat surgery workforce in Australia: supply and requirements 1997-2007*, Australian Medical Workforce Advisory Committee report, Sydney.
67. **Aydin S., Sanli A., Celebi O. et al.** (2008), "Prevalence of adenoid hypertrophy and nocturnal enuresis in primary school children in Istanbul, Turkey", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 72 (5), pp. 665-8.

68. **Bennett K., Haggard M., Churchill R. et al.** (2001), "Improving referrals for glue ear from primary care: are multiple interventions better than one alone?", *J Health Serv Res Policy*, 6 (3), pp. 139-144.
69. **Beule A.** (2015), "Epidemiology of chronic rhinosinusitis, selected risk factors, comorbidities, and economic burden", *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 14 pp. Doc11.
70. **Bluestone C. D.** (2004), "Studies in otitis media: Children's Hospital of Pittsburgh-University of Pittsburgh progress report--2004", *Laryngoscope*, 114 (11 Pt 3 Suppl 105), pp. 1-26.
71. **Browning G. G. and Gatehouse S.** (1992), "The prevalence of middle ear disease in the adult British population", *Clin Otolaryngol Allied Sci*, 17 (4), pp. 317-321.
72. **Bunnag C., Prasansuk S., Nakorn A. N. et al.** (2002), "Ear diseases and hearing in the Thai elderly population. part II. A one year follow-up study", *J Med Assoc Thai*, 85 (5), pp. 532-539.
73. **Clamp P. J., Gunasekaran S., Pothier D. D. et al.** (2007), "ENT in general practice: training, experience and referral rates", *The Journal of Laryngology & Otology*, 121 (06), pp. 580-583.
74. **Emerson L. P., Job A., and Abraham V.** (2013), "A model for provision of ENT health care service at primary and secondary hospital level in a developing country", *Biomed Res Int*, 2013, pp. 562643.
75. **Fasunla Ayotunde James, Musa Samdi, and Onyekwere George Nwaorgu** (2013), "An audit of Ear, Nose and Throat diseases in a tertiary health institution in South-western Nigeria", *The Pan African Medical Journal*, 14, pp. 1-4.
76. **Fleming-Dutra K. E., Shapiro D. J., Hicks L. A. et al.** (2014), "Race, otitis media, and antibiotic selection", *Pediatrics*, 134 (6), pp. 1059-66.

77. **Goh D. Y., Chew F. T., Quek S. C. et al.** (1996), "Prevalence and severity of asthma, rhinitis, and eczema in Singapore schoolchildren", *Archives of Disease in Childhood*, 74 (2), pp. 131-135.
78. **Halawi A. M., Smith S. S., and Chandra R. K.** (2013), "Chronic rhinosinusitis: epidemiology and cost", *Allergy Asthma Proc*, 34 (4), pp. 328-334.
79. **Hannaford P. C., Simpson J. A., Bisset A. F. et al.** (2005), "The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland", *Fam Pract*, 22 (3), pp. 227-233.
80. **Hannah Ayukawa** (2013), "Raising awareness of noise damage amongst Inuit hunters and fishermen in Nunavik, Canada", *Community Ear and Hearing Health*, 10 (13), pp. 9.
81. **Hannah Ayukawa, Bélanger Roger, and Rochette Louis** (2007), *Hearing loss and dental health*, Institut national de santé publique du Québec, Québec.
82. **Homoe P.** (2001), "Otitis media in Greenland. Studies on historical, epidemiological, microbiological, and immunological aspects", *Int J Circumpolar Health*, 60 Suppl 2 pp. 1-54.
83. **Humaid Al-Humaid I., Abou-halawa S. Ashraf, Khan A. Masood et al.** (2014), "Prevalence and risk factors of Otitis Media with effusion in school children in Qassim Region of Saudi Arabia", *International Journal of Health Sciences*, 8 (4), pp. 325-334.
84. **Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America** (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academies Press, Washington D.C.

85. **Kara C. O., Ergin H., Kocak G. et al.** (2002), "Prevalence of tonsillar hypertrophy and associated oropharyngeal symptoms in primary school children in Denizli, Turkey", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 66 (2), pp. 175-179.
86. **Kiris M., Muderris T., Kara T. et al.** (2012), "Prevalence and risk factors of otitis media with effusion in school children in Eastern Anatolia", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 76 (7), pp. 1030-1035.
87. **Lalwani Anil K** (2011), "CURRENT Diagnosis & Treatment Otolaryngology", *Head And Neck Surgery*, pp. 273-281.
88. **Lammens F., Lemkens N., Laureyns G. et al.** (2014), "Epidemiology of ENT emergencies", *B-ENT*, 10 (2), pp. 87-92.
89. **Leyla sahebi and sadeghi shabestary Mahnaz** (2011), "The prevalence of asthma, allergic rhinitis, and eczema among middle school students in Tabriz (northwestern Iran)", *Turk J Med Sci*, 41 (5), pp. 927-938.
90. **Li F., Zhou Y., Li S. et al.** (2011), "Prevalence and risk factors of childhood allergic diseases in eight metropolitan cities in China: a multicenter study", *BMC Public Health*, 11, pp. 437.
91. **Li Y., Jiang Y., Li S. et al.** (2015), "Pre- and postnatal risk factors in relation to allergic rhinitis in school-aged children in China", *PLoS One*, 10 (2), pp. e0114022.
92. **Luft H. S., Hershey J. C., and Morrell J.** (1976), "Factors affecting the use of physician services in a rural community", *American Journal of Public Health*, 66 (9), pp. 865-871.
93. **Mace A. D. and Narula A. A.** (2004), "Survey of current undergraduate otolaryngology training in the United Kingdom", *The Journal of Laryngology & Otology*, 118 (03), pp. 217-220.

94. **Marko Vujcic, Alfano Marco, Shengelia Bukhuti, et al.** (2010), *Attracting doctors and medical students to rural Vietnam – insight from a Discrete Choice Experiment.*, The World Bank, Washington.
95. **Martines F., Bentivegna D., Di Piazza F. et al.** (2010), "The point prevalence of otitis media with effusion among primary school children in Western Sicily", *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 267 (5), pp. 709-714.
96. **Mohan Bansal (2013)**, *Diseases of Ear, Nose and Throat*, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, London.
97. **O'Driscoll K., Donnelly M. J., McShane D. P. et al.** (1993), "An audit of the E.N.T. casualty service at the Royal Victoria Eye and Ear Hospital", *Ir J Med Sci*, 162 (11), pp. 462-465.
98. **Penaranda A., Aristizabal G., Garcia E. et al.** (2012), "Allergic rhinitis and associated factors in schoolchildren from Bogota, Colombia", *Rhinology*, 50 (2), pp. 122-128.
99. **Pilan R. R., Pinna F. R., Bezerra T. F. et al.** (2012), "Prevalence of chronic rhinosinusitis in Sao Paulo", *Rhinology*, 50 (2), pp. 129-138.
100. **Robin Youngs and Tharu Puran** (2013), "Training community volunteers to teach the prevention of ear disease", *Community Ear and Hearing Health*, 10 (13), pp. 8.
101. **Sakashita M., Hirota T., Harada M. et al.** (2010), "Prevalence of allergic rhinitis and sensitization to common aeroallergens in a Japanese population", *Int Arch Allergy Immunol*, 151 (3), pp. 255-61.
102. **Sanjay P Kishve, Kumar Nishant, S Kishve Prajakta, et al.** (2010), "Ear, Nose and Throat disorders in paediatric patients at a rural hospital in India", *Australasian Medical Journal*, 3 (12), pp. 786-790.

103. **Seidman M. D., Gurgel R. K., Lin S. Y. et al.** (2015), "Clinical practice guideline: Allergic rhinitis", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 152 (1 Suppl), pp. S1-43.
104. **Shi J. B., Fu Q. L., Zhang H. et al.** (2015), "Epidemiology of chronic rhinosinusitis: results from a cross-sectional survey in seven Chinese cities", *Allergy*, 70 (5), pp. 533-539.
105. **Sophia A., Isaac R., Rebekah G. et al.** (2010), "Risk factors for otitis media among preschool, rural Indian children", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 74 (6), pp. 677-83.
106. **Sultesz M., Katona G., Hirschberg A. et al.** (2010), "Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in primary schoolchildren in Budapest", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 74 (5), pp. 503-9.
107. **Symvoulakis Emmanouil K., Spyridon Klinis, Athanasios Alegakis, et al.** (2006), "Epidemiologic profile of otorhinolaryngological, head and neck disorders in a tertiary hospital unit in Greece: a challenge for general practitioners?", *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, 6 (1), pp. 1-7.
108. **Tamay Z., Akcay A., Ones U. et al.** (2007), "Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in primary school children", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 71 (3), pp. 463-71.
109. **Tarasov D. I. and Morozov A. B.** (1991), "Frequency and structure of chronic diseases of ear, throat and nose among population and their dynamics", *Vestn Otorinolaringol*, (2), pp. 12-4.
110. **Vasileiou I., Giannopoulos A., Klonaris C. et al.** (2009), "The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece", *Qual Prim Care*, 17 (2), pp. 145-148.

111. **Vichyanond P., Jirapongsananuruk O., Visitsuntorn N. et al.** (1998), "Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires", *J Med Assoc Thai*, 81 (3), pp. 175-184.
112. **Viral Shah, Nitin Lodha, Beena Patel, et al.** (2014), "Assessment of Ear Nose and Throat morbidities prevalent in the school going children aged 5-14 years in rural area of Jamnagar", *J Res Med Den Sci*, 2 (4), pp. 71-74.
113. **World Health Organization - Regional Office for Europe** (2008), *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*, World Health Organization, Copenhagen.
114. **Zhang Y. M., Zhang J., Liu S. L. et al.** (2013), "Prevalence and associated risk factors of allergic rhinitis in preschool children in Beijing", *Laryngoscope*, 123 (1), pp. 28-35.
115. **Zhao J., Bai J., Shen K. et al.** (2010), "Self-reported prevalence of childhood allergic diseases in three cities of China: a multicenter study", *BMC Public Health*, 10, pp. 551.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

PHIẾU KHÁM BỆNH TAI MŨI HỌNG

Số phiếu:.....

A. THÔNG TIN CHUNG

Họ và tên:.....

Địa chỉ: Xã.....huyệntỉnh Hà Giang

A1. Tuổi:

A2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A3. Nghề nghiệp hiện nay: 1. Làm ruộng/nương 2. Công viên chức 3. Khác

A4. Trình độ học vấn: 1. ≤Tiểu học 2. Trung học cơ sở 3. ≥Trung học phổ thông

A5. Xếp loại kinh tế hộ gia đình: 1. Nghèo 2. Đủ ăn

A6. Tiền sử: 1. Có tiền sử bệnh TMH 2. Không có

B. TRIỆU CHỨNG VỀ TAI

B1. Đã bao giờ bị đau tai chưa? 1. Có 2. Chưa

B2. Hiện tại có bị đau tai không? 1. Có 2. Không

B3. Nếu có thì đau ở tai bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên

B4. Có bao giờ bị ù tai không: 1. Có 2. Không

B5. Hiện tại có bị ù tai không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ

B6. Nếu có thì ù tai bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên

B7. Tiếng ù như thế nào: 1. Tiếng trầm 2. Tiếng cao 3. Không phân biệt được

B8. Có bị nghe kém bao giờ không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ

B9. Hiện tại có nghe kém không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ

B10. Nếu có thì nghe kém ở tai bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên

B11. Nghe kém ở mức nào: 1. Nhẹ 2. Vừa 3. Nặng 4. Rất nặng

B12. Có hay bị chóng mặt không 1. Có 2. Không 3. Không rõ

B13. Có bị chảy nước, chảy nhày hay chảy mũ tai bao giờ không:
1. Có 2. Không 3. Không rõ

B14. Hiện tại có bị chảy nước, chảy nhày hay chảy mũ tai không:
1. Có 2. Không 3. Không rõ

B15. Nếu có thì chảy ở bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên

- B16. Chảy nhày hay chảy mù: 1. Chảy nhày 2. Chảy mù 3. Không phân biệt được
- B17. Chảy từng đợt hay chảy liên tục: 1. Chảy từng đợt 2. Chảy liên tục
- B18. Mủ có mùi thối không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- B19. Có khó chịu gì khác ở tai không: 1. Có 2. Không

C. TRIỆU CHỨNG VỀ MŨI

- C1. Có hay bị tắc (ngạt) mũi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C2. Nếu có thì: 1. Tắc thường xuyên 2. Thỉnh thoảng 3. Không rõ
- C3. Hiện tại có bị tắc (ngạt) mũi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C4. Nếu có thì tắc (ngạt) ở bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên
- C5. Có dùng thuốc rửa mũi không: 1. Không 2. Thỉnh thoảng 3. Thường xuyên
- C6. Có hay bị chảy nước, nhày hay mù mũi không: 1. Có 2. Không
- C7. Hiện tại có chảy nước, nhày hay mù mũi không: 1. Có 2. Không
- C8. Chảy ở bên nào: 1. Bên phải 2. Bên trái 3. Cả hai bên
- C9. Chảy mũi: 1. Trong 2. Nhày 3. Mủ
- C10. Mủ (nhày) mũi có mùi hôi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C11. Hay chảy mũi vào lúc nào:
1. Khi thay đổi thời tiết 2. Trong hoặc sau lao động 3. Buổi sáng
4. Cả ngày 5. Chảy mũi khi hít thở chất, mùi kích thích 6. Không rõ
- C12. Có hay khịt (khạc) đờm, nhày từ mũi xuống họng không:
1. Có 2. Không 3. Không để ý
- C13. Nếu có thì khạc nhày hay khạc mù: 1. Nhày 2. Mủ 3. Không rõ
- C14. Khạc vào lúc nào: 1. Sau lao động 2. Buổi sáng 3. Cả ngày
- C15. Có hay bị ngứa mũi, hắt hơi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C16. Hiện tại có bị ngứa mũi, hắt hơi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C17. Hắt hơi, ngứa mũi thường bị vào lúc nào:
1. Khi thay đổi thời tiết 2. Khi hít thở chất, mùi kích thích 3. Trong giờ làm việc
- C18. Hắt hơi như thế nào: 1. Hắt hơi thành từng cơn 2. Hắt hơi từng tiếng
- C19. Đã bao giờ bị ngứa kém hay mất ngủ không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C20. Hiện tại ngứa như thế nào: 1. Bình thường 2. Giảm 3. Mất ngủ

- C21. Có hay bị nhức đầu không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C22. Nếu có nhức đầu thì: 1. Thỉnh thoảng 2. Thường xuyên
- C23. Nhức ở vùng nào: 1. Trán 2. Đỉnh 3. Chẩm
4. Thái dương 5. Khắp đầu 6. Không rõ
- C24. Có khó chịu gì khác ở mũi không: 1. Có 2. Không

D. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG VỀ HỌNG – THANH QUẢN

- D1. Có hay bị đau, rát họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D2. Hiện tại có bị đau, rát họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D3. Hay có cảm giác vướng trong họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D4. Hiện tại có cảm giác vướng trong họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D5. Có hay ngứa họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D6. Hiện tại có ngứa họng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D7. Có thường xuyên phải khạc nhổ không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D8. Khạc nhổ vào lúc nào: 1. Buổi sáng 2. Cả ngày 3. Trong hoặc sau lao động
- D9. Hơi thở hay có mùi hôi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D10. Hiện tại hơi thở có mùi hôi không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D11. Có hay bị khàn tiếng, mất tiếng không: 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- D12. Nếu có khàn tiếng thì lúc nào:
1. Khàn tiếng liên tục 2. Thỉnh thoảng 3. Không rõ
- D13. Có gì khó chịu khác ở họng – Thanh quản không: 1. Có 2. Không

E. KHÁM BỆNH			
TAI			
E1.	Ấn các điểm đau kinh điển ?	1. Đau 2. Không Nếu đau: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên	
E2.	Ống tai hẹp ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên	
E3.	Tai chảy nhày ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên	
E4.	Tai chảy mủ ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên	

E5.	Chảy mũi có mùi ?	1. Mũi thối 2. Không thối Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên		
E6.	Màng nhĩ Dày, đục, lốm ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên		
E7.	Màng nhĩ xung huyết ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên		
E8.	Màng tai thủng ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên Lỗ thủng: a. Rộng b. Nhỏ gọn		
E9.	Sẹo hoặc thủng cũ ?	1. Có 2. Không Nếu có: 1.1 Bên phải 1.2 Bên trái 1.3 Hai bên		
E10.	Nghiệm pháp Valsava tai phải?	Âm tính Dương tính	1 2	
E11.	Nghiệm pháp Valsava tai trái?	Âm tính Dương tính	1 2	
MŨI - XOANG				
E12.	Ấn các điểm đau của xoang ?	Đau Không đau Không rõ	1 2 3	
E13.	Nếu có thì đau ở Xoang ?		
E14.	Niêm mạc mũi xoang bên phải ?	Hồng Xung huyết Nhọt Tím bầm	1 2 3 4	
E15.	Niêm mạc mũi xoang bên trái ?	Hồng Xung huyết Nhọt Tím bầm	1 2 3 4	
E16.	Cuốn dưới ?	Bình thường Quá phát Thoái hoá 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2 3	
E17.	Khe dưới và sàn mũi ?	Sạch Nhày	1 2	

		Mủ 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	3	
E18.	Cuốn giữa	Bình thường Quá phát Thoái hoá 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2 3	
E19.	Khe giữa ?	Sạch Nhày Mủ 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2 3	
E20.	Niêm mạc khe giữa ?	Nề Thoái hóa Polyp 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2 3	
E21.	Hốc mũi có Polyp ?	Có Không 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2	
E22.	Cửa mũi sau ?	Nhày mũi Polyp	1 2	
E23.	Dị hình vách ngăn ?	Có Không 1.Bên phải 2. bên trái 3.hai bên	1 2	
E24.	Dấu hiệu bệnh lý khác ở Mũi Xoang:			

HỌNG – THANH QUẢN				
E25.	Niêm mạc họng thanh quản ?	Hồng Xung huyết Đỏ Có mủ Giả mạc Nhọt Nề dày Teo mỏng Loét	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
E26.	Tăng sinh mạch máu niêm mạc họng, các trụ amidan ?	Có Không	1 2	
E27.	Hạt Lympho thành sau họng ?	Ít Vừa Nhiều Không	1 2 3 4	

E28.	Các trụ ?	Bình thường Dầy đỏ Dính Trụ giả	1 2 3 4	
E29.	Amidan ?	Quá phát Khe, hốc Xơ teo Bình thường	1 2 3 4	
E30.	Thanh quản ?	Phù nề, xung huyết Hạt xơ Polyp Viêm dầy Bình thường Khác:.....	1 2 3 4 5 6	
E31.	Các triệu chứng khác ở họng thanh quản:.....			
	KẾT LUẬN			
E32.	Tai Mũi Họng ?	Bình thường Bị bệnh	1 2	
E33.	Tên bệnh:.....			

Xác nhận của Trạm Y tế xã

Ngày tháng năm
Người khám bệnh

**BẢNG KIỂM TÌNH HUỐNG
KỸ NĂNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI MŨI HỌNG**

I. Trường hợp I

<p>Tình huống 1: Trẻ 3 tuổi, nam, dân tộc Mông. Trẻ chảy mũi, hắt hơi, ngạt mũi 4 ngày</p>
<p>Anh chị hỏi gì, khám gì, hướng chẩn đoán, xử trí?</p>

<p>Tình huống 2: Sau 5 ngày điều trị Trẻ chảy mũi, hắt hơi, ngạt mũi, đau nhức tai, sốt, chảy nước mũi? đờm rãi?</p>
<p>Anh chị hỏi gì, khám gì, chẩn đoán, xử trí?</p>

<p>Tình huống 3: Sau xử trí viêm mũi cấp 1 tuần. Trẻ còn chảy mũi ít, mũi loãng, hắt hơi, không sốt, gọi hỏi chậm trả lời, tinh thần bình thường, còn khô khẹt khẹt mũi.</p>
<p>Anh/chị chẩn đoán và xử trí thế nào?</p>

Tình huống 4: Sau xử trí 3 tháng. Trẻ không còn chảy mũi, không sốt, gọi hỏi chậm trả lời, tinh thần bình thường, còn khò khẹt khịt mũi ít

Chẩn đoán và xử trí thế nào

II. Trường hợp II

Tình huống 1: Bệnh nhân nam, 30 tuổi, dân tộc Mông: bệnh nhân sốt cao, hơi thở hôi, ngạt mũi, đau nhức mũi, khạc đờm, ho

Chẩn đoán và xử trí thế nào

Tình huống 2: Sau xử trí 1 tuần. Bệnh nhân đỡ ngạt mũi, không chảy mũi, đau rát họng, nuốt đau

Chẩn đoán và xử trí thế nào

Tình huống 3: Xử trí được 3 ngày bệnh nhân sốt cao. Họng nhiều giả mạc trắng, hôi miệng, hạn chế há miệng.

Chẩn đoán và xử trí thế nào

Tình huống 4: Sau xử trí 1 tuần. Bệnh nhân không đau họng, đến khám lại
Chẩn đoán và Hướng dẫn gì cho bệnh nhân?

III. Trường hợp III

Tình huống 1: Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, dân tộc Mông, bị ngạt mũi liên tục, chảy mũi, thờ khò khè, không sốt, mất ngủ.
Chẩn đoán và xử trí thế nào

Tình huống 2: Sau 1 tuần xử trí bệnh nhân còn ngạt, Nội soi có Polip nhiều mũ nhày quánh hai bên hốc mũi, ù tai, đau tai
Chẩn đoán và xử trí thế nào

Tình huống 3: Bệnh nhân 1 tuần sau đau tai, chảy mủ tai, sốt
Chẩn đoán và xử trí thế nào

Xác nhận TTYT huyện Mèo Vạc

Ngày tháng năm
Người phỏng vấn

**BẢNG HỎI LƯỢNG GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAI MŨI HỌNG
CHO CÁN BỘ Y TẾ TUYỂN CƠ SỞ**

A. BỆNH LÝ VỀ TAI

1. Triệu chứng nào là triệu chứng của viêm tai giữa cấp?
 - a. Chảy mũi
 - b. Ngạt mũi
 - c. Đau tai
 - d. Cả a, b, c
2. Chẩn đoán bệnh viêm tai giữa cấp dựa vào triệu chứng nào là chính?
 - a. Chảy mũi
 - b. ù tai
 - c. Chảy mủ tai
 - d. Cả b và c
3. Điều trị viêm tai giữa cấp không cần phải dùng kháng sinh, chống viêm, thuốc nhỏ tai?
 - a. Đúng
 - b. Sai
4. Chẩn đoán xác định viêm tai giữa cấp dựa vào 3 tiêu chuẩn: chảy mủ tai, đau tai, ù tai?
 - a. Đúng
 - b. Sai
5. Nguyên nhân của viêm tai giữa cấp chỉ là do viêm nhiễm mũi họng?
 - a. Đúng
 - b. Sai
6. Triệu chứng chính làm bệnh nhân đến khám do viêm tai giữa ứ dịch?
 - a. Chảy mũi
 - b. Ngạt mũi
 - c. Nghe kém
 - d. Cả a, b, c
7. Chẩn đoán viêm tai giữa ứ dịch chủ yếu dựa vào hỏi bệnh sử, chụp XQ Schuller?
 - a. Đúng
 - b. Sai
8. Trẻ em dễ bị mắc viêm tai giữa ứ dịch là do ?
 - a. Vòi nhĩ của trẻ em ngắn
 - b. Trẻ em hay bị nhiễm khuẩn hô hấp
 - c. Sự hiện diện của V.A
 - d. Cả a, b, c
9. Trong bệnh viêm tai giữa ứ dịch thì màng nhĩ thường bị thủng ?
 - a. Đúng
 - b. Sai
10. Chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính dựa vào triệu chứng nào ?
 - a. Tiền sử chảy mủ tai
 - b. Nghe kém
 - c. Màng nhĩ thủng
 - d. Cả a, b, c
11. Viêm tai giữa mạn tính là biến chứng của điều trị viêm tai giữa cấp không đúng cách?
 - a. Đúng
 - b. Sai

24. Chỉ định dùng kháng sinh trong bệnh viêm đa xoang cấp khi có dấu hiệu sau?
- a. Các triệu chứng kéo dài quá 10 ngày
 - b. Bệnh nhân sốt
 - c. Cả a và b

C. BỆNH VỀ HỌNG, THANH QUẢN, THỰC QUẢN

25. Vòng bạch huyết vùng họng có tác dụng vệ cơ thể?
- a. Đúng
 - b. Sai
26. Chẩn đoán viêm họng cấp bao gồm các thể sau?
- a. Viêm họng đỏ
 - b. Viêm họng trắng giả mạc
 - c. Viêm họng mất chất
 - d. a và b đúng
 - e. a, b, c đều đúng
27. Viêm họng cấp là
- a. Viêm cấp tính niêm mạc họng miệng kể cả viêm A khẩu cái
 - b. Viêm niêm mạc họng
 - c. Viêm Amydal cấp
 - d. Viêm thành sau họng cấp
28. Nhóm kháng sinh điều trị viêm họng cấp tốt nhất là ?
- a. Metronidazol
 - b. Biseptol
 - c. Nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3
 - d. Tất cả a, b, c
29. Nguyên nhân thường gây ra viêm họng cấp là
- a. Vi trùng khu trú ở họng miệng
 - b. Virus
 - c. Cơ địa
 - d. Sức đề kháng
30. Triệu chứng chính của viêm họng mạn tính là?
- a. Cảm giác nóng rát họng
 - b. Vướng họng thường xuyên
 - c. Loạn cảm họng
 - d. Đắng hăng hoặc khạc trắng
31. Dị vật đường thở là một cấp cứu tai mũi họng?
- a. Đúng
 - b. Sai
32. Cách xử trí dị vật đường thở khi cấp cứu tại trạm y tế xã?
- a. Làm nghiệm pháp Heimlich
 - b. Nằm tại chỗ
 - c. Chuyển viện ngay
 - d. Không xử trí gì
33. Hội chứng xâm nhập xảy ra?
- a. Từ từ
 - b. Đột ngột
34. Nhiệm vụ chính của Amydan là?
- a. Giúp biết được vị thức ăn
 - b. Biết được mùi không khí thở vào
 - c. Giúp tạo kháng thể
 - d. Tiết dịch để làm nhơn thức ăn

35. Viêm Amydan quá phát thường là thể viêm hay gặp ở?
a. Trẻ em
b. Người bị viêm khớp
c. Người lớn
d. Người bị viêm thận
36. Biến chứng của viêm Amydan do liên cầu tan huyết β nhóm A là?
a. Viêm màng não
b. Viêm khớp cấp
c. Viêm gan
d. Viêm phổi
37. Thời gian điều trị kháng sinh trong viêm Amydan cấp là?
a. 3 - 11 ngày
b. 5 - 7 ngày
c. 5 - 12 ngày
d. 8 - 12 ngày
38. Điều trị biến chứng của Absces quanh Amydan là?
a. Kháng sinh liều cao + rạch ổ absces tư thế ngồi
b. Rạch ổ absces tư thế ngồi + dùng kháng sinh
c. Kháng sinh + rạch tư thế nằm ngửa
d. Cả 3 đều sai
39. Triệu chứng của viêm V.A là?
a. Chảy mũi
b. Ù tai
c. Đau bụng
d. Cả 3 đều đúng
40. V.A là mô nằm ở?
a. Vùng vòm họng
b. Thành sau họng
c. Đáy lưỡi
d. Hai bên thành họng
41. A là mô nằm ở?
a. Vùng vòm họng
b. Thành sau họng
c. Đáy lưỡi
d. Hai bên thành họng
42. Biến chứng của viêm V.A thường là?
a. Viêm kết mạc
b. Viêm cầu thận
c. Viêm tai giữa cấp
d. Viêm tuyến mang tai
43. Biến chứng của viêm A thường là
a. Viêm kết mạc
b. Viêm cầu thận
c. Viêm tai giữa cấp
d. Viêm tuyến mang tai
44. Điều trị viêm V.A với?
a. Kháng sinh
b. Thông thoáng mũi
c. Xông mũi họng
d. Cả 3 đều đúng
45. Viêm V.A quá phát có thể gây ra biến chứng?
a. Ngừng thở lúc ngủ
b. Viêm kết mạc
c. Viêm túi lệ
d. Nhọt tai ngoài

46. Điều trị viêm V.A là phải phẫu thuật nạo V.A?
a. Đúng b. Sai
47. Điều trị viêm A phải phẫu thuật nạo V.A?
a. Đúng b. Sai
48. Điều trị viêm V.A phải phẫu thuật cắt A?
a. Đúng b. Sai
49. Viêm thanh quản cấp chắc chắn phải dùng kháng sinh?
a. Đúng b. Sai
50. Viêm V.A điều trị bằng?
a. Kháng sinh b. Chống viêm
c. Hút mũi d. Cả 3 đều đúng
51. Triệu chứng của abscess Amydan
a. Nhiễm trùng rõ b. Nuốt đau, há miệng khó
c. Amydan và trụ trước đẩy sang bên đối diện
d. Cả a, b, c
52. Dị vật thực quản gây ra?
a. Nuốt đau b. Khó thở
c. Hội chứng xâm nhập d. Tất cả đều đúng
53. Dị vật thực quản điều trị tại tuyến xã cần?
a. Lấy dị vật + dùng kháng sinh b. Chuyển viện
c. Dùng kháng sinh d. Tất cả đều đúng
54. Tai là cơ quan
a. Thính giác b. Xúc giác
c. Khứu giác d. Cả a, b, c
55. Mũi là cơ quan
a. Thính giác b. Xúc giác
c. Khứu giác d. Cả a, b, c
56. Họng là cơ quan
a. Thính giác b. Xúc giác
c. Khứu giác d. Cả a, b, c

Xác nhận TTYT huyện Mèo Vạc

**Ngày tháng năm
Người phỏng vấn**

**BẢNG PHỎNG VẤN VỀ THÁI ĐỘ ĐỐI VỚI BỆNH TAI MŨI HỌNG
CỦA CÁN BỘ Y TẾ TUYẾN CƠ SỞ**

I. Hành chính

Họ và tên người được phỏng vấn:

Địa chỉ nơi công tác:

Bằng cấp học vị chuyên môn:

Thâm niên công tác:

II. Nội dung

Đề nghị phỏng vấn viên tiến hành phỏng vấn và tích ✓ vào ô phù hợp

Nội dung	Rất đồng ý	Đồng ý	Không rõ ràng	Không đồng ý	Rất không đồng ý
Bệnh nhân đến khám bệnh tai mũi họng thì không cần phải khẩn trương vì bệnh TMH có thể chờ đợi không phải bệnh nguy hiểm?					
Bệnh viêm tai giữa cấp nếu điều trị đúng sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm?					
Bệnh viêm tai giữa là bệnh rất nguy hiểm và sẽ gây tử vong cho bệnh nhân?					
Bệnh viêm tai giữa mãn tính nếu điều trị thích hợp có thể khỏi hoàn toàn					
Bệnh Viêm V.A là bệnh thường xuyên gặp ở người lớn và thường không có biến chứng?					
Khi trẻ bị bệnh viêm VA cần phát hiện và điều trị sớm để có thể tránh trẻ bị biến chứng nặng ở cơ quan khác?					
Bệnh viêm tai giữa cấp có thể tự khỏi không cần điều trị?					
Viêm Amydan là bệnh có thể phòng tránh được chỉ bằng vệ sinh miệng họng đúng cách?					

Bệnh Viêm V.A có thể phòng tránh bằng vệ sinh mũi họng thường xuyên?					
Viêm mũi dị ứng là biểu hiện tại chỗ của bệnh lý dị ứng toàn thân do niêm mạc mũi trở nên quá nhạy cảm với các tác nhân gây bệnh?					
Dị vật đường thở là một cấp cứu TMH thường gặp ở trẻ em, nếu không chẩn đoán, xử trí kịp thời dễ gây tử vong					
Dị vật đường ăn là một cấp cứu TMH thường gặp, nếu không chẩn đoán, xử trí kịp thời dễ gây tử vong					
Trên 70% viêm họng là do virus gây ra nên việc điều trị không cần dùng kháng sinh?					
Viêm xoang polyp mũi là bệnh lý ác tính của mũi xoang nên điều trị khó khăn, dễ dẫn đến tử vong?					
Vệ sinh khu vực sinh sống: Xa chuồng, trại, vệ sinh quanh khu vực sinh sống, tránh các tác nhân gây bệnh lý TMH sẽ là điều kiện tốt nhất để tránh các bệnh về TMH?					

Xác nhận TTYT huyện Mèo Vạc

Ngày tháng năm
Người phỏng vấn

**BẢNG KIỂM KỸ NĂNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI MŨI HỌNG
CỦA CÁN BỘ Y TẾ TUYẾN CƠ SỞ
(Quan sát nhân viên y tế làm và cho điểm)**

I. Hành chính

Họ và tên người được quan sát:

Địa chỉ nơi công tác:

Trình độ:

Thâm niên công tác:

II. Nội dung

Nội dung	Đúng	Đủ các bước
<i>Bệnh về tai</i>		
Hỏi bệnh		
Khám bệnh		
Chẩn đoán bệnh		
Điều trị bệnh		
Phòng bệnh		
<i>Bệnh về mũi</i>		
Hỏi bệnh		
Khám bệnh		
Chẩn đoán bệnh		
Điều trị bệnh		
Phòng bệnh		
<i>Bệnh về họng</i>		
Hỏi bệnh		
Khám bệnh		
Chẩn đoán bệnh		
Điều trị bệnh		
Phòng bệnh		
<i>Bệnh về thanh quản</i>		
Hỏi bệnh		

Khám bệnh		
Chẩn đoán bệnh		
Điều trị bệnh		
Phòng bệnh		
Làm thủ thuật	Đúng	Sai
<i>Làm thuốc tai</i>		
Tư thế bệnh nhân		
Tư thế thầy thuốc		
Kỹ thuật rửa tai		
Kỹ thuật nhỏ thuốc		
<i>Rửa và nhỏ thuốc mũi</i>		
Tư thế bệnh nhân		
Tư thế thầy thuốc		
Kỹ thuật rửa mũi		
Kỹ thuật nhỏ thuốc		
<i>Chăm họng</i>		
Tư thế bệnh nhân		
Tư thế thầy thuốc		
Kỹ thuật chăm họng		
Kỹ thuật nhỏ thuốc		

Xác nhận TTYT huyện Mèo Vạc

Ngày tháng năm
Người quan sát

**BẢN HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
VỀ XỬ TRÍ BỆNH TAI MŨI HỌNG TẠI CỘNG ĐỒNG
(Dành cho lãnh đạo quản lý tuyến y tế cơ sở:
Ban lãnh đạo bệnh viện huyện, phòng khám đa khoa khu vực)**

I. Hành chính

1) Họ và tên:

2) Chức vụ:

3) Cơ quan công tác:

II. Mục tiêu: Đánh giá thực trạng bệnh tai mũi họng và giải pháp can thiệp tại cộng đồng.

III. Nội dung

1. Tình hình bệnh tai mũi họng ở địa phương anh/chị quản lý hiện nay ra sao? Nhiều hay ít? Tỷ lệ ở địa phương khoảng bao nhiêu? Đối tượng mắc như thế nào? Diễn biến bệnh so với vài năm lại đây ra sao?

2. Yếu tố nào ảnh hưởng đến bệnh tai mũi họng ở địa phương anh/chị quản lý hiện nay? Yếu tố làm tăng hoặc giảm mắc bệnh như hành vi của người dân tại cộng đồng? Môi trường sống (tự nhiên, xã hội)? Công tác chăm sóc sức khỏe của y tế địa phương? Phong tục tập quán?

3. Năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế cơ sở địa phương anh/chị quản lý hiện nay? Số lượng cán bộ y tế phụ trách khám chữa bệnh tai mũi họng? Chất lượng ra sao? Yếu tố nào ảnh hưởng đến năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế?

4. Theo anh/chị giải pháp nào để nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở khả thi và hiệu quả? VD như củng cố năng lực khám chữa bệnh, tăng cường đào tạo, cung cấp trang thiết bị....?

5. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)? Chất lượng khám chữa bệnh? Chất lượng chuyển tuyến bệnh tai mũi họng?

6. Đề xuất giải pháp duy trì và tiếp tục nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở? Làm sao để duy trì? Nâng cao như thế nào? Làm thế nào để đảm bảo tính bền vững?

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu!

**BẢN HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
VỀ XỬ TRÍ BỆNH TAI MŨI HỌNG TẠI CỘNG ĐỒNG
(Dành cho cán bộ trạm y tế xã)**

I. Hành chính

- 1) Họ và tên:
- 2) Chức vụ:
- 3) Bằng cấp học vị chuyên môn:
- 3) Trạm y tế xã:

II. Mục tiêu: Đánh giá thực trạng bệnh tai mũi họng và giải pháp can thiệp tại cộng đồng.

III. Nội dung

- 1. Tình hình bệnh tai mũi họng ở địa phương anh/chị quản lý hiện nay ra sao?** Nhiều hay ít? Tỷ lệ ở địa phương khoảng bao nhiêu? Đối tượng mắc như thế nào? Diễn biến bệnh so với vài năm lại đây ra sao?
- 2. Năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của anh/chị hiện nay?** Số lượng cán bộ phụ trách khám chữa bệnh tai mũi họng tại trạm? Chất lượng ra sao? Yếu tố nào ảnh hưởng đến năng lực khám chữa bệnh? Vật lực, tài lực phục vụ cho khám chữa bệnh tai mũi họng?
- 3. Hiệu quả giải pháp nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)? Can thiệp có hiệu quả?** Chất lượng khám chữa bệnh tai mũi họng sau can thiệp? Chất lượng chuyên tuyến bệnh tai mũi họng? Phản hồi của khách hàng?
- 4. Đề xuất giải pháp duy trì và tiếp tục nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở?** Làm sao để duy trì? Nâng cao như thế nào? Làm thế nào để đảm bảo tính bền vững?

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu!

**BẢN HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM
VỀ XỬ TRÍ BỆNH TẠI MŨI HỌNG TẠI CỘNG ĐỒNG
(Dành cho cán bộ y tế tham gia lớp tập huấn)**

I. Hành chính

- 1) Họ và tên người điều hành thảo luận:
- 2) Họ và tên thư ký buổi thảo luận:
- 3) Danh sách thành viên tham dự:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

II. Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp tại cộng đồng.

III. Nội dung

- 1. Điều kiện, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng của anh/chị trước khi tập huấn?** Dụng cụ khám tai mũi họng? Chất lượng ra sao? Năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng?
- 2. Anh/chị đánh giá chất lượng hội thảo tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)?** Thời lượng tập huấn? Số người tham dự? Nội dung tập huấn? Hoạt động thực hành khám chữa bệnh tai mũi họng trong tập huấn? Giáo trình khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở?
- 3. Hoạt động giám sát nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)?** Số lượng buổi giám sát? Chất lượng giám sát? Đề xuất nâng cao chất lượng giám sát?
- 4. Hiệu quả hoạt động tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng và giám sát khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở?** Số lượng bệnh nhân tai mũi họng đến khám? Chất lượng khám chữa bệnh? Phản hồi của người dân?

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu!

**BẢN HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM
VỀ XỬ TRÍ BỆNH TAI MŨI HỌNG TẠI CỘNG ĐỒNG
(Dành cho người bệnh tai mũi họng tại cộng đồng)**

I. Hành chính

- 1) Họ và tên người điều hành thảo luận:
- 2) Họ và tên thư ký buổi thảo luận:
- 3) Danh sách thành viên tham dự:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

.....

II. Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp tại cộng đồng.

III. Nội dung

- 1. Ông/bà cho biết thực trạng bệnh tai mũi họng tại địa bàn sinh sống? Tỷ lệ bao nhiêu? Thường gặp mùa nào? Lứa tuổi hay mắc? Diễn biến bệnh trong những năm gần đây?**
- 2. Khi bị bệnh tai mũi họng thì ông/bà thường xử trí như thế nào? Đến khám tại trạm y tế xã? Hải lòng? Không hải lòng? Đánh giá kết quả khám chữa bệnh tai mũi họng tại trạm?**
- 3. Chất lượng khám chữa bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)? Chất lượng khám chữa bệnh? Tin tưởng? Không tin tưởng? Thuốc điều trị? Dụng cụ điều trị? Chi phí khám chữa bệnh tai mũi họng?**
- 4. Chuyển tuyến bệnh tai mũi họng của cán bộ y tế xã (chỉ hỏi đánh giá sau can thiệp)? Ông/bà được chuyển tuyến trên? Lý do chuyển tuyến?**

Điều tra viên tốc ký hoặc ghi âm, kèm theo chụp ảnh làm tư liệu!

TÀI LIỆU TẬP HUẤN BỆNH TAI MŨI HỌNG
(Dùng cho cán bộ y tế tuyến cơ sở)

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3978/QĐ-BYT
ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội - 2012

DANH SÁCH CÁC XÃ, BẢN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Giàng Chu Phìn

1. Tìn Chí Đô
2. Hấu Chua
3. Cá Hạ
4. Vì Chũa Phàng
5. Tìa Lu Xi

Tả Lũng

6. Phố Pừ
7. Lùng Vái
8. Thào Chí Lùng
9. Há Súa A
10. Há Chê

Lũng Pù

11. Lũng Và
12. Phố Mi
13. Lũng Vài
14. Hà Súa
15. Tả Lý B

Pả Vi

16. Há Sùng
17. Sà Lũng
18. Kho Tầu
19. Pả Vi Hạ
20. Pả Vi Thượng

Cán Chu Phìn

21. Chỉ Pả Phìn
22. Sảng Chải A
23. Sảng Chải B
24. Vàng Pảo Tìa
25. Quán Xí

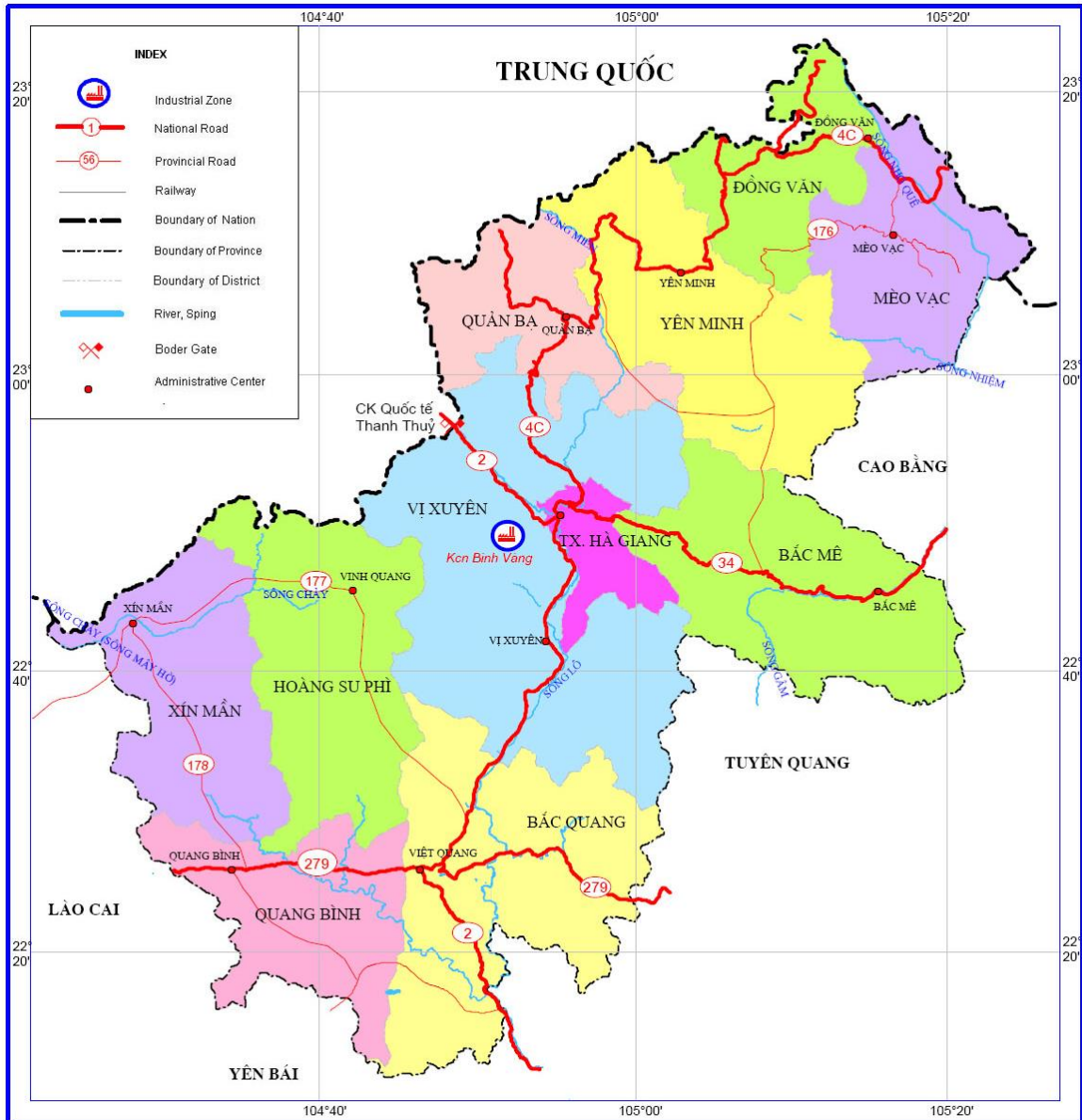
DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA NGHIÊN CỨU HUYỆN MÈO VẠC

STT	Tên	Bằng cấp CM	STT	Tên	Bằng cấp CM
1	Hoàng Thế H.	Y sỹ	26	Ma Thị H.	Y sỹ
2	Hoàng Thị Ch.	Bác sỹ	27	Nguyễn Thị Hồng Đ.	Y sỹ
3	Đặng Thị Mai Tr.	Y sỹ	28	Hoàng Thị Đ.	y sỹ
4	Lâm Tú E.	Y sỹ	29	Hoàng Xuân H.	Y sỹ
5	Nguyễn Thị H.	Y sỹ	30	Giàng Thị H.	Y sỹ
6	Trương Thanh S.	Y sỹ	31	Trần Tuấn A.	Y sỹ
7	Nông Thị H.	Y sỹ	32	Hoàng Ngọc Th.	Y sỹ
8	Hoàng Văn N.	Bác sỹ	33	Hoàng Văn Tr.	Y sỹ
9	Đặng Lan A.	Y sỹ	34	Lý Văn H.	Y sỹ
10	Lò Thanh C.	Bác sỹ	35	Linh Thị T.	Y sỹ
11	Nông Thị N.	Bác sỹ	36	Trần Thị Thắm	Y sỹ
12	Hoàng Thị L.	Y sỹ	37	Ma Văn T.	Y sỹ
13	Hoàng Thị M.	Y sỹ	38	Vương Văn H.	Bác sỹ
14	Vương Thị X.	Y sỹ	39	Nguyễn Thị L.	Y sỹ
15	Mua Thị S.	Y sỹ	40	Đào Thị Ú.	Y sỹ
16	Mò Thị Th.	Y sỹ	41	Nguyễn Văn T.	Y sỹ
17	Đỗ Xuân Q.	Y sỹ	42	Nguyễn Thị Ch.	Y sỹ
18	Hoàng Đình Tr.	Y sỹ	43	Nguyễn Văn Th.	Bác sỹ
19	Nguyễn Thế V.	Y sỹ	44	Đoàn Thị Th.	Y sỹ
20	Đặng Thị Q.	Y sỹ	45	Nông Văn P.	Y sỹ
21	Hoàng Mạnh Th.	Y sỹ	46	Nguyễn Trần Ch.	Y sỹ
22	Sùng Thị M.	Y sỹ	47	Lý Văn N.	Y sỹ
23	Phạm Văn H.	Y sỹ	48	Trần Thị Th.	Y sỹ
24	Giàng Thị S.	Y sỹ	49	Dương Trọng B.	Y sỹ
25	Dương Văn Th.	Y sỹ	50	Dương Trọng B.	Bác sỹ

DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA NGHIÊN CỨU HUYỆN ĐỒNG VĂN

STT	Tên	Bằng cấp CM	STT	Tên	Bằng cấp CM
1	Thào Mí S.	Y sỹ	26	Lê Quang H.	Bác sỹ
2	Dương Văn H.	Y sỹ	27	Nguyễn Văn Đ.	Y sỹ
3	Lê Thị Mỹ L.	Y sỹ	28	Trần Thị Nh.	Bác sỹ
4	Nguyễn Văn Q.	Y sỹ	29	Vy Xuân Ph.	Y sỹ
5	Hoàng Văn H.	Y sỹ	30	Tráng Thị M.	Bác sỹ
6	Tô Văn H.	Y sỹ	31	Vương Thế Th.	Y sỹ
7	Hoàng Văn Ng.	Y sỹ	32	Nguyễn Văn T.	Bác sỹ
8	Nguyễn Ngọc B.	Y sỹ	33	Công Văn B.	Bác sỹ
9	Dương Thị H.	Y sỹ	34	Lý Thị Bích C.	Y sỹ
10	Hoàng Ngọc L.	Y sỹ	35	Nguyễn Thị T.	Y sỹ
11	Nguyễn Thị Thu Th.	Y sỹ	36	Vũ Thu H.	Y sỹ
12	Hồ Thị D.	Y sỹ	37	Lục Thị L.	Y sỹ
13	Vừ Mí S.	Y sỹ	38	Lục Thị L.	Y sỹ
14	Vàng Mí G.	Y sỹ	39	Cầu Thị L.	Y sỹ
15	Sần Sủ P.	Bác sỹ	40	Hầu Mí Ph.	Y sỹ
16	Hoàng Thì H.	Y sỹ	41	Sùng Mí L.	Y sỹ
17	Hoàng Thị B.	Y sỹ	42	Dương Thị Ph.	Y sỹ
18	Hoàng Văn Ch.	Y sỹ	43	Trần Thị Xuân H.	Y sỹ
19	Mai Thị H.	Bác sỹ	44	Nông Thị H.	Y sỹ
20	Dương Thị Thu H.	Bác sỹ	45	Sùng Hùng T.	Y sỹ
21	Nguyễn Xuân Q.	Y sỹ	46	Phàn Sòi X.	Y sỹ
22	Tôn Văn Q.	Bác sỹ	47	Nguyễn Thanh H.	Y sỹ
23	Đàn Văn Tr.	Y sỹ	48	Vàng Mí L.	Y sỹ
24	Viên Quang H.	Bác sỹ	49	Liều Thị V.	Y sỹ
25	Lý Chí Th.	Y sỹ	50	Nguyễn Quang T.	Y sỹ

BẢN ĐỒ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU



MỘT SỐ HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU



Tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở



Hướng dẫn thực hiện thủ thuật điều trị tai mũi họng cho cán bộ y tế cơ sở



Giám sát hoạt động khám chữa bệnh tai mũi họng tại tuyến y tế cơ sở



Thảo luận nhóm với cán bộ y tế cơ sở sau can thiệp



Thảo luận nhóm với bệnh nhân tai mũi họng