SỞ Y TẾ LẠNG SƠN
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ

VƯƠNG VĂN THẮNG

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2025

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ
MÃ SỐ ĐỀ TÀI: CDY/2025/ĐT.03– 03/30303

LẠNG SƠN – Năm 2025

UBND TỈNH LẠNG SƠN
TRƯỜNG CAO ĐẲNG LẠNG SƠN

VƯƠNG VĂN THẮNG

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2025

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

MÃ SỐ ĐỀ TÀI: CDY/2025/ĐT.03– 03/30303

NHÓM TÁC GIẢ:

1. Ths Vương Văn Thắng
2. CNĐD Mã Thị Thuỷ
3. CNĐD Nguyễn Thị Bích Ngọc

Xác nhận của cơ quan
KT. HIỆU TRƯỞNG
PHÓ HIỆU TRƯỞNG

Trịnh Thị Xuân Quỳnh

Chủ nhiệm đề tài

Vương Văn Thắng

THÔNG TIN CHUNG VỀ ĐỀ TÀI

1. Tên đề tài***: "Thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025".***

2. Mã số đề tài: CDY/2025/ĐT.03 – 03/30303

3. Lĩnh vực nghiên cứu: Y tế (MC 2: 303 - Tên gọi: Điều dưỡng MC 330303)

4. Nhóm nghiên cứu

4.1. Chủ nhiệm nhiệm vụ

Họ tên : Ths. Vương Văn Thắng

Chức vụ : Phụ trách phòng TCHCTC

Phòng : Tổ chức – Hành chính – Tài chính

Điện thoại : 0979748467

Email : vuongvanthangcdyt@gmail.com

4.2. Thành viên chính

Họ tên: CNĐD Mã Thị Thuỷ

Chức vụ: Điều dưỡng trưởng khoa

Khoa: Khoa thăm dò chức năng BVĐK tỉnh Lạng Sơn

Điện thoại: 0812.480.555

Email:

4.3. Thành viên

Họ tên: CNĐD Nguyễn Thị Bích Ngọc

Chức vụ: Điều dưỡng trưởng khoa

Khoa: Khoa nội tiêu hoá BVĐK tỉnh Lạng Sơn

Điện thoại: 0916.766.234

5. Thời gian thực hiện đề tài : Từ tháng 4/2025 đến tháng 12/2025

6. Cơ quan chủ trì đề tài :Trường Cao đẳng Lạng Sơn

7. Đơn vị phối hợp chính : Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Lạng Sơn

LỜI CẢM ƠN

Trước tiên, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám hiệu Trường Cao đẳng Lạng Sơn đã quan tâm và tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi trong suốt quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu này.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn Phòng Quản lý Đào tạo và Hợp tác Quốc tế Trường Cao đẳng Lạng Sơn đã hỗ trợ nhiệt tình, giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu đúng tiến độ và đạt được kết quả tốt.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tập thể các bác sĩ, điều dưỡng Khoa Nội tiêu hoá, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn, những người đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi trong quá trình thu thập số liệu và triển khai nghiên cứu tại thực địa.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Hội đồng Khoa học Nhà trường và các đồng nghiệp đã đóng góp những ý kiến quý báu, giúp chúng tôi hoàn thiện đề tài nghiên cứu này một cách tốt nhất.

Xin trân trọng cảm ơn!

Lạng Sơn, ngày tháng 12 năm 2025

CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI



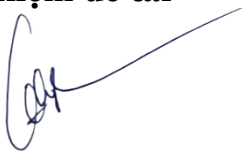
Vương Văn Thắng

LỜI CAM ĐOAN

Chúng tôi xin cam đoan đề tài ***"Thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025"*** là công trình nghiên cứu riêng của nhóm chúng tôi. Đề tài này không trùng với bất cứ đề tài nghiên cứu khoa học nào. Nếu sai chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm

Lạng Sơn, Ngày 02 tháng 12 năm 2025

Chủ nhiệm đề tài



Vương Văn Thắng

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BMI	Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
BVĐK	Bệnh viên đa khoa
CĐ	Cao đẳng
DDTT	Dạ dày - tá tràng
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
GDSK	Giáo dục sức khỏe
HP	Helicobacter pylori
KAP (Knowledge - Attitude – Practice)	Kiến thức - Thái độ - Thực hành
NB	Người bệnh
NC	Nghiên cứu
NSAID (Non steroid anti infammatory drug)	Thuốc giảm đau chống viêm không steroid
SD	Độ lệch chuẩn
SL	Số lượng
TC	Trung cấp
TĐHV	Trình độ học vấn
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TL	Tỷ lệ

MỤC LỤC

		Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ		**1**
CHƯƠNG 1	**TỔNG QUAN TÀI LIỆU**	**3**
1.1.	Đại cương loét dạ dày – tá tràng	3
1.2.	Tình hình nghiên cứu trong nước và thế giới	10
1.3.	Tóm tắt địa bàn nghiên cứu	16
CHƯƠNG 2	**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**	**17**
2.1.	Đối tượng nghiên cứu	17
2.2.	Thời gian và địa điểm nghiên cứu	17
2.3.	Thiết kế nghiên cứu	17
2.4.	Mẫu và phương pháp chọn mẫu	17
2.5.	Các biến số nghiên cứu	19
2.6.	Công cụ thu thập số liệu	21
2.7.	Tiêu chí đánh giá	22
2.8.	Phương pháp phân tích số liệu	22
2.9.	Đạo đức trong nghiên cứu	22
2.10	Sai số và biện pháp khắc phục sai số	22
CHƯƠNG 3	**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**	**24**
3.1.	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	24
3.2.	Thực trạng kiến thức của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng.	26
3.3.	Mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng của đối tượng nghiên cứu	33
CHƯƠNG 4	**BÀN LUẬN**	**36**
CHƯƠNG 5	**KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ**	**45**
PHỤ LỤC		
TÀI LIỆU THAM KHẢO		

MỤC LỤC BẢNG – BIỂU - HÌNH

Bảng		Trang
3.1	Tuổi và giới tính của ĐTNC	24
3.2	Nơi sống	25
3.3	Trình độ học vấn của ĐTNC	25
3.4	Nghề nghiệp của ĐTNC	26
3.5	Thời gian mắc bệnh của ĐTNC	26
3.6	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân gây loét và yếu tố bảo vệ	27
3.7	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây loét và tái phát	27
3.8	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về triệu chứng, biến chứng hay gặp của bệnh	28
3.9	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chế độ ăn uống phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng	28
3.10	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về cách xử lý khi mắc bệnh loét dạ dày – tá tràng	30
3.11	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về cách sử dụng thuốc NSAID	30
3.12	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về lối sống sinh hoạt ảnh hưởng đến phòng tái phát bệnh	32
3.13	Bảng tổng điểm kiến thức của ĐTNC phòng tái phát bệnh	33
3.14	Mối liên quan giữa các nhóm tuổi về phòng tái phát bệnh	33
3.15	Mối liên quan giữa nghề nghiệp của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét DDTT	34

3.16	Mối liên quan giữa TĐHV của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét DDTT	34
3.17	Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh của ĐTNC về phòng tái phát bệnh	35
3.18	Mối liên quan giữa nơi sống của ĐTNC về phòng tái phát bệnh	35

Biểu đồ

3.1	Dân tộc	24

Hình

1.1.	Mô phỏng ổ loét dạ dày - tá tràng	4
1.2.	Các bước của quá trình hình thành ổ loét	6
1.3	Thí dụ về hình ảnh ổ loét qua nội soi dạ dày – tá tràng	7

ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày - tá tràng là một trong những bệnh lý tiêu hóa phổ biến nhất trên toàn cầu, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe cộng đồng và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mặc dù hiểu biết về cơ chế bệnh sinh và các phương pháp điều trị đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong những thập kỷ qua, gánh nặng bệnh tật của loét dạ dày - tá tràng vẫn còn rất lớn [1]. Tại Việt Nam, với tỷ lệ nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori) cao trong cộng đồng, loét dạ dày - tá tràng luôn nằm trong nhóm các bệnh lý tiêu hóa thường gặp nhất và có xu hướng trẻ hóa [4].

Bệnh không chỉ gây ra các triệu chứng đau đớn, khó chịu kéo dài mà còn tiềm ẩn nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét, hẹp môn vị và ung thư hóa. Các nghiên cứu dịch tễ học lớn trên thế giới, như của Søreide và cộng sự (2015), đã chỉ ra rằng ngay cả khi được điều trị, nguy cơ biến chứng và tử vong vẫn là một thách thức, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi và có bệnh lý nền [2]. Đáng lo ngại hơn là tình trạng tái phát bệnh. Nghiên cứu theo dõi dài hạn của Yoon và cộng sự (2013) cho thấy tỷ lệ tái phát của loét dạ dày vô căn vẫn ở mức cao, đặt ra bài toán nan giải trong quản lý bệnh mạn tính [3].

Bên cạnh các nguyên nhân kinh điển như nhiễm H. pylori và sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), các yếu tố về lối sống và hành vi sức khỏe đóng vai trò then chốt trong việc khởi phát và tái phát bệnh. Yegen (2018) đã khẳng định rằng thói quen hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ ăn uống thiếu khoa học và căng thẳng tâm lý (stress) là những yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng tỷ lệ mắc và tái phát loét [5]. Do đó, việc điều trị loét dạ dày - tá tràng không chỉ dừng lại ở việc dùng thuốc để làm lành ổ loét, mà còn đòi hỏi người bệnh phải có kiến thức đúng đắn để thay đổi hành vi và lối sống phù hợp.

Tuy nhiên, thực tế lâm sàng cho thấy nhận thức của người bệnh về phòng ngừa tái phát còn nhiều hạn chế. Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây của Nguyễn Duy Quyết (2023) và Phạm Thị Thu Hương (2023) đều chỉ ra rằng phần lớn người bệnh chưa có kiến thức đầy đủ về chế độ dinh dưỡng, cách sử dụng

thuốc an toàn cũng như việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dẫn đến tỷ lệ tuân thủ điều trị chưa cao [6], [7].

Lạng Sơn là một tỉnh miền núi, nơi điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận thông tin y tế của người dân còn gặp nhiều khó khăn. Theo thống kê của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn, trong năm 2024 đã có 494 người bệnh được chẩn đoán và điều trị loét dạ dày - tá tràng, cho thấy xu hướng bệnh ngày càng gia tăng tại địa phương. Xuất phát từ thực tiễn trên, việc đánh giá thực trạng hiểu biết của người bệnh để từ đó có các can thiệp điều dưỡng phù hợp là vô cùng cấp thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025" với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025.

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về loét dạ dày - tá tràng

1.1.1. Khái niệm và Dịch tế học [10]

Loét dạ dày - tá tràng (Peptic Ulcer Disease - PUD) là một bệnh lý tiêu hóa mạn tính, đặc trưng bởi sự hình thành các tổn thương mất chất tại niêm mạc đường tiêu hóa do tác động của acid và pepsin. Về mặt giải phẫu bệnh, tổn thương được xác định là loét khi vết thương có độ sâu vượt qua lớp cơ niêm (muscularis mucosae), thâm nhập vào lớp dưới niêm mạc hoặc sâu hơn tới lớp cơ thành dạ dày. Đây là tiêu chuẩn quan trọng để phân biệt với các tổn thương trợt (erosion) chỉ giới hạn ở lớp biểu mô bề mặt [1].

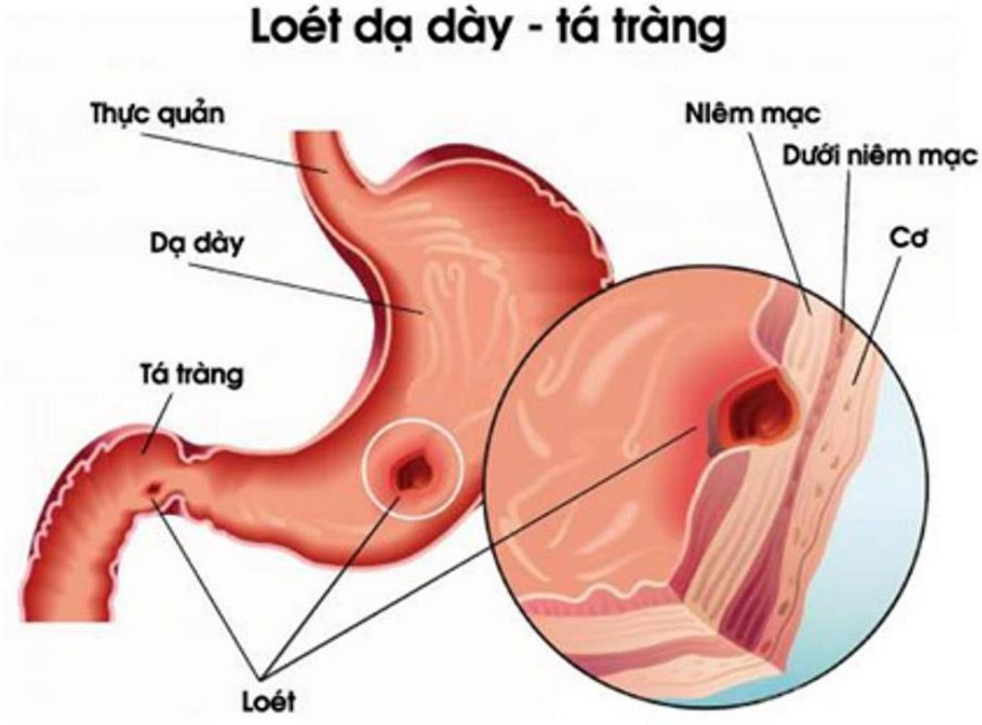
Về dịch tễ học, bệnh ảnh hưởng đến một tỷ lệ lớn dân số toàn cầu, gây gánh nặng y tế đáng kể. Theo tổng quan của Lanas và Chan (2017) trên tạp chí The Lancet, mặc dù tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng giảm ở các nước phát triển nhờ hiệu quả của các liệu pháp tiệt trừ Helicobacter pylori (H. pylori), bệnh vẫn diễn biến phức tạp tại các nước đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, dịch tễ học của loét dạ dày - tá tràng gắn liền với tình trạng nhiễm H. pylori. Đồng thuận của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam (VNAGE) năm 2023 chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm H. pylori trong cộng đồng là rất cao, đóng vai trò là tác nhân chủ đạo làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và các biến chứng liên quan [4]. Nghiên cứu của Nguyễn T.C. và cộng sự (2023) cũng ghi nhận mối tương quan chặt chẽ giữa các chủng H. pylori độc lực cao với sự tiến triển của tổn thương viêm mạn tính thành ổ loét [8].

1.1.2. Cơ chế bệnh sinh

Sự hình thành ổ loét là hệ quả của sự mất cân bằng nội môi giữa các yếu tố *tấn công* và yếu tố *bảo vệ* niêm mạc dạ dày - tá tràng:

Yếu tố bảo vệ: Bao gồm hàng rào chất nhầy (mucus) phủ trên bề mặt, sự bài tiết bicarbonat để trung hòa acid, hệ thống tưới máu mao mạch niêm mạc phong phú, khả năng tái tạo nhanh chóng của tế bào biểu mô và vai trò điều hòa miễn dịch của Prostaglandins [1].

Yếu tố tấn công: Bao gồm sự bài tiết quá mức acid chlohydric (HCl) và pepsin, sự xâm nhập và phá hủy của vi khuẩn H. pylori, tác dụng ức chế tổng hợp Prostaglandins của thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), cùng các yếu tố ngoại sinh như rượu, thuốc lá và stress tâm lý [1], [5].



Hình 1.1: Mô phỏng ổ loét loét dạ dày – tá tràng
(Nguồn http://thaythuocvietnam.vn)

1.1.3. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Hiểu rõ căn nguyên là nền tảng để điều dưỡng tư vấn dự phòng tái phát hiệu quả. Các nhóm nguyên nhân chính bao gồm:

Nhiễm khuẩn Helicobacter pylori: Đây là nguyên nhân hàng đầu, hiện diện

trong khoảng 70-90% trường hợp loét tá tràng và 50-70% loét dạ dày. Vi khuẩn này tiết men urease tạo môi trường kiềm bao quanh để tồn tại, đồng thời giải phóng các độc tố tế bào (VacA, CagA) gây viêm mạn tính, teo niêm mạc và kích khởi quá trình loét [2], [4], [8].

Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): Việc lạm dụng NSAIDs (như Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac) là nguyên nhân phổ biến thứ hai. Thuốc ức chế enzyme Cyclooxygenase-1 (COX-1), làm giảm nồng độ Prostaglandins bảo vệ, dẫn đến giảm tiết nhầy và giảm tưới máu niêm mạc. Nguy cơ biến chứng xuất huyết đặc biệt cao ở người cao tuổi hoặc dùng phối hợp thuốc chống đông [1], [5].

Lối sống và Yếu tố thúc đẩy (Trigger factors): Yegen (2018) đã phân tích vai trò của các yếu tố lối sống trong việc làm trầm trọng và tái phát bệnh:

Hút thuốc lá: Nicotine làm co mạch, giảm lưu lượng máu nuôi niêm mạc và ức chế bài tiết bicarbonat.

Rượu bia: Ethanol nồng độ cao gây tổn thương trực tiếp lớp nhầy và kích thích tăng tiết acid.

Căng thẳng (Stress): Stress kích hoạt trục não - ruột, làm tăng tiết cortisol và acid, gây suy giảm hàng rào bảo vệ [5].

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của bệnh phụ thuộc vào vị trí tổn thương và độ tuổi của người bệnh:

**** Thể điển hình:***

- Đau bụng vùng thượng vị là triệu chứng nổi trội với đặc điểm [1]:

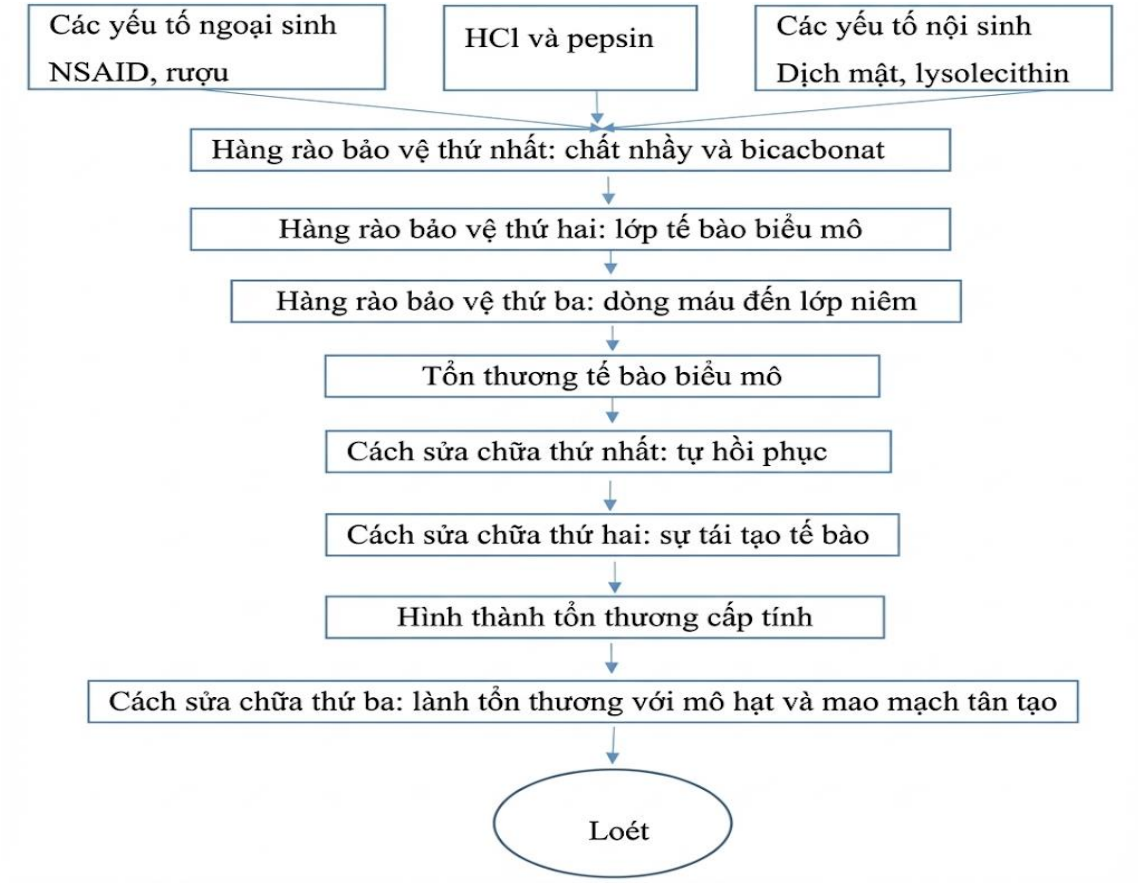
+ Đau âm ỉ, không đau dữ dội. Loét dạ dày đau bụng ngay sau khi ăn hoặc sau ăn 15 phút đến một vài giờ. Loét tá tràng đau bụng vào lúc đói (sau ăn 2-3 giờ) hoặc đau vào ban đêm.

+ Đau có tính chất chu kì trong ngày và trong năm thường đau vào mùa hoặc tháng nhất định.

+ Đau có thể lan ra sau lưng hoặc lên trên ngực. Đau kéo dài 1-3 tuần rồi tự nhiên hết đau. Càng về sau tính chất chu kì càng mất dần đi, cường độ đau mạnh hơn, thời gian mỗi đợt đau kéo dài hơn.

- Các biểu hiện kèm theo: nôn hoặc buồn nôn, ợ hơi, ợ dịch chua, ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau, gầy sút cân, đại tiện phân táo, thay đổi tính tình trở nên khó tính.

* ***Thể không điển hình***: Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng đau và thường biểu hiện đột ngột bởi một biến chứng nào đó như: chảy máu tiêu hóa; thủng ổ loét [2].

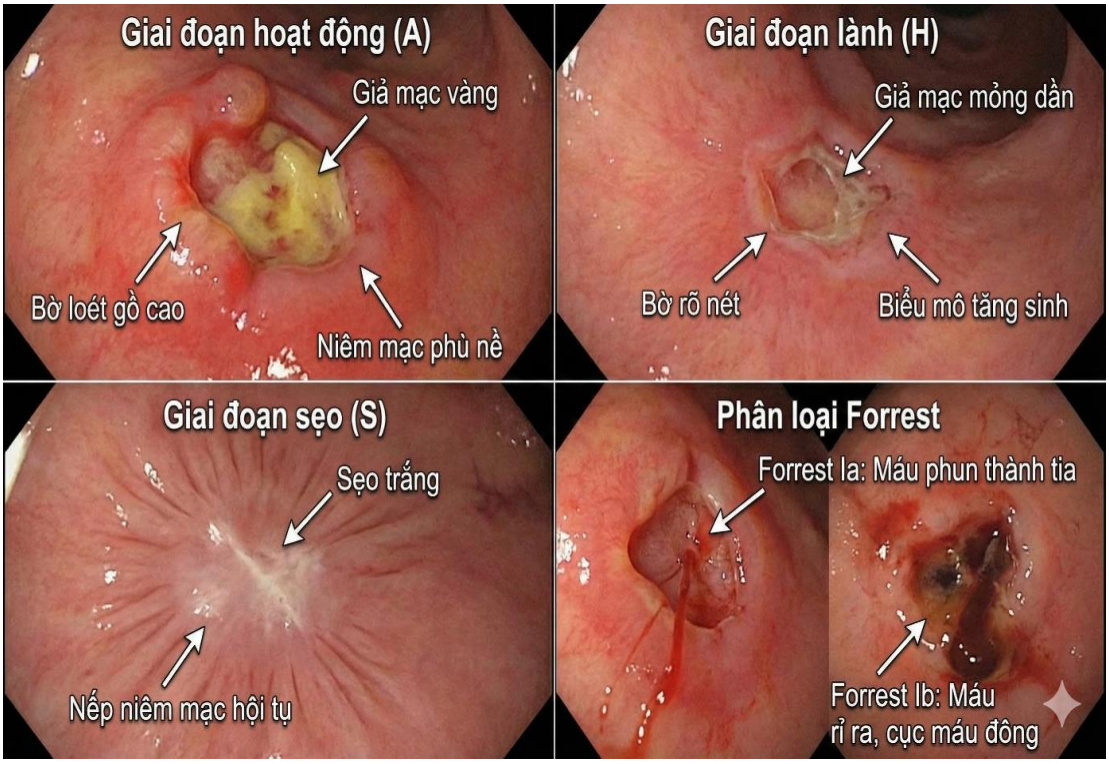


Hình 1.2: Các bước của quá trình hình thành ổ loét
Nguồn: Bệnh học nội khoa (2012), NXB Y học, Hà Nội

1.1.5. Triệu chứng cận lâm sàng

Nội soi tiêu hóa trên: Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Hình ảnh nội soi cho phép xác định chính xác vị trí, kích thước, hình thái ổ loét (đang hoạt động, sẹo hay chảy máu) và thực hiện sinh thiết [10].

Xét nghiệm chẩn đoán H. pylori: Theo Đồng thuận Châu Á - Thái Bình Dương (Taipei Consensus) và VNAGE, việc chẩn đoán nhiễm H. pylori là bắt buộc. Các phương pháp bao gồm test nhanh urease (qua nội soi), test hơi thở C13/C14 (không xâm lấn), xét nghiệm kháng nguyên trong phân [4], [9].



Hình 1.3: Hình ảnh ổ loét qua nội soi dạ dày-tá tràng

(Nguồn: Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy, Tái bản lần thứ 7, Hình 5.4, trang 120)

1.1.6. Biến chứng và tái phát

Biến chứng: Nếu không được kiểm soát, bệnh có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa (nôn máu, phân đen), thủng ổ loét (đau bụng

dữ dội, bụng cứng như gỗ), hẹp môn vị và ung thư hóa [2].

Tái phát: Yoon và cộng sự (2013) trong nghiên cứu theo dõi dài hạn cho thấy tỷ lệ tái phát của loét dạ dày vô căn lên tới 24,3% sau 2 năm [3]. Nguyên nhân tái phát thường do không tuân thủ điều trị tiệt trừ H. pylori, tiếp tục duy trì thói quen hút thuốc, uống rượu hoặc dùng NSAIDs không đúng cách [3], [5].

1.1.7. Đường lây truyền loét dạ dày - tá tràng [11]

Loét dạ dày - tá tràng không kèm theo nhiễm khuẩn HP không có khả năng lây từ người sang người.

Đối với bệnh lý loét dạ dày - tá tràng do nhiễm khuẩn HP có khả năng lây từ người mang vi khuẩn sang người lành theo 3 con đường chủ yếu là:

- Đường miệng - miệng

- Đường phân - miệng

- Và một số đường khác do dùng chung các thiết bị y tế như thiết bị nội soi dạ dày tá tràng.

1.1.8. Đối tượng nguy cơ bị loét dạ dày - tá tràng [11]

Loét dạ dày - tá tràng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi và phân bố đều ở cả nam và nữ. Tuy nhiên những người bệnh thường xuyên sử dụng các chất kích thích (rượu bia, thuốc lá, cafe,...), người lớn tuổi có tiền sử bị nhiễm HP, người bệnh mắc hội chứng hội chứng Zollinger-Ellison, người bệnh ung thư phải hóa trị và xạ trị,...có nguy cơ cao bị loét dạ dày - tá tràng.

1.1.9. Chăm sóc và dự phòng tái phát bệnh viêm loét dạ dày - tá tràng

Phòng tái phát loét dạ dày - tá tràng: Hạn chế nguy cơ nhiễm vi khuẩn HP bằng cách vệ sinh tay thường xuyên và ăn những loại thực phẩm sạch, được nấu chín hoàn toàn. Hạn chế sử dụng thuốc giảm đau hoặc sử dụng thuốc giảm đau theo tư vấn chuyên môn từ phía bác sĩ để tránh tình trạng sử dụng quá nhiều

NSAIDs. Không uống rượu và hút thuốc lá.

Cụ thể các biện pháp phòng ngừa viêm loét dạ dày - tá tràng gồm:

+ Tránh lạm dụng và hạn chế tối đa việc sử dụng các thuốc giảm đau, đặc biệt là các thuốc thuộc nhóm NSAIDs khi chưa cần thiết như ibuprofen, aspirin, naproxen. Cụ thể:

Khi sử dụng thuốc giảm đau chống viêm (NSAID) có màng bao tan như viên Aspirin PH8: uống với nhiều nước, nuốt nguyên viên mà không nhai hoặc nghiền đề tránh kích ứng dạ dày. Thời điểm uống sau bữa ăn hoặc cùng với thức ăn để giảm thiểu tác dụng phụ lên dạ dày

Đối với thuốc NSAID có dạng viên nén trần: uống với nhiều nước, có thể uống cùng với thức ăn hoặc sữa để giảm khó chịu dạ dày. Tránh uống lúc đói vì có thể gây khó tiêu và buồn nôn nhiều hơn.

Lượng nước để uống thuốc NSAID khoảng 200 - 250ml nước chín hoặc nước lọc (tương đương một ly nước đầy). Điều này giúp thuốc đi xuống dạ dày dễ dàng và giảm thiểu khả năng kích ứng niêm mạc dạ dày

Tiếp tục dùng các loại thuốc theo đơn, không tự ý bỏ thuốc, đi khám lại ngay khi thấy dấu hiệu đau dạ dày. Cần thông báo ngay cho nhân viên y tế khi điều trị một bệnh khác và sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ [11].

+ Hạn chế sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, soda và tránh uống cà phê hàng ngày vì những chất này làm tăng tiết dịch acid dạ dày. Đồng thời, cũng nên ngừng hút thuốc lá, thuốc lào và thuốc lá điện tử [11].

+ Để ngăn ngừa nhiễm trùng HP, hãy rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn, nấu ăn và sau khi đi vệ sinh. Cần bổ sung thêm các loại vitamin A, D, K, B12, trứng, sữa,... để giúp trung hòa acid dạ dày [12].

+ Ăn thức ăn nấu chín, uống nước đun sôi, ăn thực phẩm sạch, an toàn, có

nguồn gốc rõ ràng, ăn chia nhỏ và nhai chậm, không ăn vội, không ăn đồ ăn quá nóng hay quá lạnh và không ăn quá nhiều trong một bữa. Ăn các món giàu dinh dưỡng, dễ tiêu hóa tăng sức đề kháng cho cơ thể như: bí xanh, sữa đậu nành, đậu phụ. Trong đợt đau nên ăn mềm, lỏng như cháo, sữa. Ngoài đợt đau ăn các loại thực phẩm dễ hấp thu.

+ Tập thể dục đều đặn 30 phút mỗi ngày, chọn những bài tập nhẹ nhàng, không tốn nhiều sức như đi bộ hoặc tập yoga. Không nên hoạt động mạnh hay hoạt động trí óc ngay sau khi ăn 30 phút vì lúc này não bộ đang điều khiển toàn bộ cơ thể để thực hiện tiêu hóa thức ăn nếu có các hoạt động khác xảy ra làm cho dạ dày hoạt động quá tải dễ dẫn đến viêm loét dạ dày - tá tràng [11].

+ Phân bổ thời gian học tập, làm việc hợp lý, tránh tình trạng mệt mỏi, căng thẳng hay làm việc quá sức kéo dài. Ngủ đủ giấc từ 6-8 tiếng mỗi ngày, không thức quá muộn, không dậy quá sớm. Hướng dẫn người bệnh cách theo dõi và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra [12].

Giáo dục sức khoẻ về phòng bệnh và tái phát bệnh cho người bệnh loét dạ dày – tá tràng sẽ giúp người bệnh có đầy đủ kiến thức là cơ sở thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe. Đây là một biện pháp hết sức quan trọng trong phòng bệnh và phòng tái phát bệnh.

Dự phòng tái phát đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa điều trị y khoa và thay đổi hành vi. Các nghiên cứu điều dưỡng tại Việt Nam của Nguyễn Duy Quyết (2023) và Phạm Thị Thu Hương (2023) đã chứng minh rằng việc nâng cao kiến thức cho người bệnh về tuân thủ thuốc, chế độ ăn hợp lý và quản lý stress có tác động tích cực làm giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống [6], [7].

1.2. Tình hình nghiên cứu trong nước và thế giới

Nghiên cứu về loét dạ dày - tá tràng trong hai thập kỷ đầu của thế kỷ 21 đã chứng kiến sự chuyển dịch mô hình mạnh mẽ: từ việc tập trung đơn thuần vào các

can thiệp y sinh học (phác đồ kháng sinh, thuốc ức chế bơm proton, nội soi can thiệp) sang cách tiếp cận quản lý bệnh toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm. Trong đó, các nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) và các yếu tố tâm lý - xã hội ảnh hưởng đến sự tái phát bệnh đang trở thành tâm điểm của khoa học điều dưỡng hiện đại.

1.2.1. Nghiên cứu trên thế giới:

Thực trạng kiến thức và nhận thức sai lệch về bệnh mặc dù thông tin y tế ngày càng phổ biến, nhưng hiểu biết thực sự của người bệnh về loét dạ dày - tá tràng vẫn tồn tại nhiều lỗ hổng nghiêm trọng. Một nghiên cứu cắt ngang điển hình của Alzahrani và cộng sự (2020) thực hiện tại Ả Rập Xê Út trên nhóm bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định loét dạ dày đã chỉ ra một nghịch lý: dù người bệnh phải chịu đựng các triệu chứng đau đớn kéo dài, nhưng nhận thức của họ về nguyên nhân gốc rễ của bệnh lại rất mơ hồ. Kết quả định lượng cho thấy, đa số người bệnh vẫn tin rằng loét dạ dày đơn thuần do "căng thẳng" hoặc "ăn chua" gây ra, trong khi vai trò của nhiễm khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori) và việc lạm dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) – hai nguyên nhân hàng đầu theo y văn thế giới – lại bị xem nhẹ hoặc không được biết đến [13]. Sự thiếu hụt kiến thức này dẫn đến hệ quả là người bệnh thường tìm đến các liệu pháp giảm đau tức thời hoặc các bài thuốc dân gian chưa được kiểm chứng thay vì tuân thủ phác đồ tiệt trừ vi khuẩn, tạo điều kiện cho ổ loét tiến triển mạn tính và tái phát.

Mở rộng vấn đề này, Al Omari và cộng sự (2025) trong một nghiên cứu mới nhất đăng trên tạp chí Infection and Drug Resistance đã đi sâu phân tích thái độ và thực hành của người bệnh liên quan đến H. pylori. Các tác giả phát hiện ra rằng, ngay cả khi người bệnh biết mình nhiễm vi khuẩn, họ vẫn thiếu kiến thức về con đường lây truyền (qua đường miệng - miệng, phân - miệng). Điều này giải thích tại sao tỷ lệ tái nhiễm trong hộ gia đình (intra-familial reinfection) vẫn ở mức cao tại các nước đang phát triển. Nghiên cứu kết luận rằng, nếu không có sự

can thiệp giáo dục sức khỏe để thay đổi hành vi vệ sinh ăn uống của cả gia đình, việc điều trị cá nhân đơn lẻ sẽ trở nên vô nghĩa trong dài hạn [14].

Kiến thức về các yếu tố nguy cơ và lối sống: bên cạnh nguyên nhân vi sinh, kiến thức về lối sống là một trụ cột quan trọng trong dự phòng tái phát. Issa và cộng sự (2022) đã thực hiện đánh giá toàn diện về kiến thức liên quan đến các yếu tố nguy cơ (risk factors) như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia và chế độ ăn. Nghiên cứu chỉ ra rằng, mặc dù 80% người bệnh nhận thức được rượu và thuốc lá có hại cho sức khỏe nói chung, nhưng chưa đến 50% hiểu rõ cơ chế mà nicotine và ethanol làm tổn thương hàng rào bảo vệ niêm mạc dạ dày, ức chế sự bài tiết bicarbonat và làm chậm quá trình liền sẹo. Sự thiếu hụt kiến thức chi tiết này khiến động lực thay đổi hành vi của người bệnh không đủ lớn. Họ thường chỉ ngưng sử dụng chất kích thích trong giai đoạn đau cấp tính và tái sử dụng ngay khi triệu chứng thuyên giảm, dẫn đến vòng xoắn bệnh lý tái phát liên tục [15].

Hơn nữa, trong bối cảnh toàn cầu hóa, xu hướng sử dụng các sản phẩm tự nhiên để điều trị bệnh dạ dày đang gia tăng. Wang và cộng sự (2023) trong một phân tích trắc lượng thư mục (bibliometric analysis) đã ghi nhận sự bùng nổ của các nghiên cứu về sản phẩm tự nhiên trong phòng ngừa loét dạ dày. Tuy nhiên, mặt trái của xu hướng này là người bệnh thường có quan niệm sai lầm rằng "thảo dược là vô hại". Việc tự ý kết hợp các loại thực phẩm chức năng không rõ nguồn gốc với thuốc tây y, hoặc thay thế hoàn toàn thuốc điều trị chính thống bằng thảo dược do thiếu kiến thức, đã dẫn đến nhiều trường hợp biến chứng thủng ổ loét hoặc xuất huyết tiêu hóa do tương tác thuốc hoặc điều trị không đủ liều [16].

Thách thức trong quản lý bệnh tại các nước đang phát triển Khác với các nước phát triển nơi hệ thống y tế dự phòng hoạt động mạnh, tại các nước đang phát triển, công tác quản lý loét dạ dày - tá tràng đối mặt với nhiều rào cản đặc thù. Al-Worafi (2024), trong chuyên khảo sâu rộng của mình, đã phân tích các yếu tố rào cản này dưới góc độ dược xã hội học. Tác giả nhấn mạnh rằng, tại các

quốc gia có thu nhập trung bình và thấp, vấn đề không chỉ là thiếu thuốc men, mà cốt lõi nằm ở "năng lực y tế" (health literacy) của người dân thấp. Người bệnh thường có xu hướng ngưng thuốc ngay khi hết đau (dù chưa hết liệu trình kháng sinh tiệt trừ H. pylori), tự ý mua thuốc giảm đau NSAIDs tại các hiệu thuốc không cần kê đơn để trị đau nhức xương khớp mà không biết tác dụng phụ lên dạ dày. Al-Worafi khẳng định, nếu không có sự tham gia tích cực của điều dưỡng viên và dược sĩ trong việc tư vấn, giáo dục, thì việc chỉ kê đơn thuốc đơn thuần sẽ không thể giải quyết triệt để tình trạng tái phát bệnh tại các quốc gia này [17].

Vai trò của điều dưỡng trong bối cảnh này cũng được Haruna (2024) làm rõ thông qua đề xuất các giao thức can thiệp điều dưỡng (nursing intervention protocol). Tác giả cho rằng, giáo dục sức khỏe không thể chỉ là những lời dặn dò qua loa lúc xuất viện. Nó cần được cấu trúc hóa thành một quy trình chuẩn, bao gồm đánh giá nhu cầu kiến thức, cung cấp thông tin đa phương tiện, và theo dõi, đánh giá lại sau xuất viện. Nghiên cứu của Haruna chứng minh rằng, những bệnh nhân được chăm sóc theo giao thức điều dưỡng chuẩn hóa có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn và mức độ nghiêm trọng của các đợt tái phát thấp hơn đáng kể so với nhóm chăm sóc thường quy [18].

1.2.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Tại Việt Nam, bức tranh nghiên cứu về loét dạ dày - tá tràng mang những sắc thái riêng biệt, phản ánh đặc điểm dịch tễ học và văn hóa xã hội của người Việt. Các nghiên cứu trong nước không chỉ dừng lại ở việc mô tả bệnh học mà đã bắt đầu đi sâu vào các khía cạnh hành vi và chất lượng sống.

Gánh nặng nhiễm H. pylori và thách thức trong tuân thủ điều trị Việt Nam nằm trong vùng trũng của bản đồ nhiễm H. pylori thế giới. Các nghiên cứu đều thống nhất rằng việc kiểm soát nhiễm khuẩn là chìa khóa để phòng tái phát. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lê Thị Tuyết Lan và cộng sự (2022) thực hiện tại Đồng bằng sông Cửu Long – một khu vực có thói quen ăn uống cộng đồng đặc trưng –

đã chỉ ra những thách thức lớn trong việc tiệt trừ vi khuẩn này ở trẻ em và gia đình. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức của các bậc phụ huynh (người chăm sóc chính) về vệ sinh ăn uống và tuân thủ phác đồ điều trị đóng vai trò quyết định. Tỷ lệ tái nhiễm cao ở trẻ em thường liên quan trực tiếp đến việc người chăm sóc không tuân thủ đúng hướng dẫn về liều lượng thuốc, cách uống thuốc (trước hay sau ăn), và đặc biệt là thói quen mớm cơm, dùng chung bát đũa trong gia đình. Nghiên cứu này đặt ra vấn đề: Giáo dục sức khỏe không thể chỉ tập trung vào cá nhân người bệnh mà phải hướng tới cả hộ gia đình [19].

Bên cạnh đó, sự gia tăng tỷ lệ kháng kháng sinh của H. pylori tại Việt Nam buộc các bác sĩ phải sử dụng các phác đồ phức tạp hơn, như phác đồ 4 thuốc có Bismuth. Đỗ Thị Minh Phương và cộng sự (2024), trong nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ Bismuth, đã ghi nhận rằng mặc dù hiệu quả tiệt trừ cao, nhưng tác dụng phụ của thuốc (như buồn nôn, đắng miệng, đi ngoài phân đen, mệt mỏi) là rào cản lớn đối với người bệnh. Nhiều bệnh nhân do thiếu kiến thức, khi gặp tác dụng phụ đã hoảng sợ và tự ý bỏ thuốc, dẫn đến thất bại điều trị và vi khuẩn kháng thuốc. Điều này cho thấy tầm quan trọng sống còn của công tác tư vấn điều dưỡng: Người bệnh cần được giải thích trước về các tác dụng phụ có thể gặp để họ yên tâm và kiên trì theo đuổi liệu trình [20].

Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của người bệnh Đi sâu vào thực trạng KAP, nghiên cứu của Đặng Thị Minh Phương và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Trung ương Huế đã cung cấp những số liệu định lượng đáng chú ý. Khảo sát trên nhóm bệnh nhân nội trú cho thấy, điểm trung bình kiến thức phòng bệnh chỉ đạt mức trung bình yếu. Cụ thể, kiến thức về chế độ ăn (như kiêng chua cay, chia nhỏ bữa ăn) có tỷ lệ đạt cao hơn, nhưng kiến thức về dùng thuốc (đặc biệt là cách uống các loại thuốc bao tan trong ruột, thuốc băng niêm mạc) và quản lý stress lại rất thấp. Đáng báo động là một tỷ lệ lớn người bệnh vẫn giữ thói quen hút thuốc và uống rượu ngay trong thời gian điều trị ngoại trú. Tác giả nhận định

rằng, phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe tại bệnh viện hiện nay chủ yếu là tư vấn miệng, thiếu các tài liệu trực quan (tờ rơi, video) nên hiệu quả ghi nhớ của người bệnh không cao, đặc biệt là với những bệnh nhân lớn tuổi hoặc có trình độ học vấn thấp [21].

Sự thiếu hụt các nghiên cứu trên nhóm đối tượng đặc thù Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu tại các thành phố lớn (Hà Nội, TP.HCM, Huế, Cần Thơ), nhưng hiện nay vẫn tồn tại một "khoảng trống" lớn về dữ liệu nghiên cứu tại các tỉnh miền núi phía Bắc, nơi có điều kiện địa lý, kinh tế và văn hóa xã hội hoàn toàn khác biệt.

Lạng Sơn là một tỉnh miền núi biên giới, nơi sinh sống của nhiều đồng bào dân tộc thiểu số (Tày, Nùng...). Rào cản ngôn ngữ, phong tục tập quán (như thói quen uống rượu men lá, ăn các món ăn đặc trưng vùng miền) và điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế hạn chế có thể là những yếu tố nguy cơ đặc thù ảnh hưởng đến kiến thức và hành vi phòng bệnh loét dạ dày - tá tràng. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có công trình nghiên cứu quy mô nào đánh giá sâu về thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh của người dân tại khu vực này. Các mô hình giáo dục sức khỏe áp dụng thành công ở đồng bằng chưa chắc đã phù hợp và hiệu quả khi áp dụng cho người dân tộc thiểu số tại Lạng Sơn.

Kết luận phần tổng quan Tổng hợp các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, thiếu hụt kiến thức và hành vi sức khỏe không đúng đắn là nguyên nhân gốc rễ dẫn đến tình trạng tái phát loét dạ dày - tá tràng, làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế. Trong khi thế giới đã có nhiều mô hình can thiệp điều dưỡng tiên tiến, thì tại Việt Nam, đặc biệt là tại các vùng miền núi như Lạng Sơn, công tác này vẫn còn nhiều hạn chế và chưa được nghiên cứu bài bản.

Chính vì vậy, việc tiến hành nghiên cứu đánh giá thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn là hết sức cần thiết và cấp bách. Kết quả của nghiên cứu sẽ cung cấp

những bằng chứng khoa học thực tiễn, làm cơ sở để xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe, các tài liệu truyền thông phù hợp với đặc điểm văn hóa, trình độ của người dân địa phương, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị, giảm thiểu tỷ lệ tái phát bệnh một cách bền vững.

1.3. Tóm tắt địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn là trung tâm khám chữa bệnh lớn nhất của tỉnh Lạng Sơn, ra đời từ năm 1909. Hiện nay Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn là Bệnh viện hạng cơ bản, với tổng số giường bệnh 850; với tổng số 42 khoa phòng. Khoa Nội tiêu hoá được thành lập trên cơ sở tách ra từ khoa Nội 2 vào tháng 8 năm 2022. Khoa có chức năng điều trị các bệnh lý nội khoa về đường tiêu hoá như: xơ gan, xuất huyết tiêu hoá, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, viêm loét dạ dày – tá tràng, viêm đại tràng, viêm tuỵ… Với quy mô 40 giường bệnh kế hoạch, 46 giường thực kê. Trụ sở khoa được bố trí tại tầng 6 khu nhà 15 tầng (giáp nhà G) gồm có 01 phòng giao ban, 11 phòng bệnh và 04 phòng nhân viên. Nhân lực hiện tại của khoa gồm có 20 người, trong đó có 7 bác sĩ (1 bác sĩ chuyên khoa II, 1 bác sĩ chuyên khoa I, 5 bác sĩ đa khoa), 12 điều dưỡng (4 điều dưỡng trình độ đại học, 08 điều dưỡng trình độ cao đẳng) và 01 hộ lý.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán loét dạ dày - tá tràng tại Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn trong khoảng thời gian từ tháng 04/2025 đến tháng 9/2025.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025

- Địa điểm: Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện

- Chọn người bệnh điều trị Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh được chẩn đoán loét dạ dày - tá tràng.

- Người bệnh có khả năng nhận thức và giao tiếp.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh không đủ sức khỏe tham gia phỏng vấn.

Trong khoảng thời gian thực hiện và thu thập số liệu từ đầu tháng 04 đến

hết tháng 09 năm 2025, đã có 525 người bệnh đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu và tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu. Do vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu là 525 người bệnh

Tiến hành thu thập số liệu

* Bước 1: Tập huấn cho điều tra viên:

- Lựa chọn 3 điều tra viên: 01 là giảng viên - Trường cao đẳng Lạng Sơn và 02 là điều dưỡng tại khoa Nội tiêu hoá BVĐK tỉnh

- Nội dung tập huấn: Mục đích của việc thu thập số liệu, nội dung các câu hỏi, kỹ năng tiếp xúc với người bệnh, kỹ năng khai thác hồ sơ bệnh án, kỹ năng phỏng vấn.

- Thời gian, địa điểm: 01 ngày tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn

- Người tập huấn: Nghiên cứu viên.

* Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu

- Người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiến hành phỏng vấn người bệnh trực tiếp: Điều tra viên phát phiếu nghiên cứu, tiến hành phỏng vấn trực tiếp từng người bệnh và điền phiếu: Công việc này được tiến hành vào thời điểm thích hợp trong ngày sau khi người bệnh được thực hiện các chỉ định điều trị, trong giai đoạn nghỉ ngơi

+ Nghiên cứu viên và 03 cộng tác viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp từng người bệnh và điền phiếu trong khoảng thời gian 30 phút/người bệnh.

+ Trước khi tiến hành phỏng vấn, nghiên cứu viên giải thích rõ cho người bệnh về quá trình nghiên cứu, nếu người bệnh đồng ý thì mới tiến hành thu thập số liệu. Ngoài ra, nghiên cứu viên còn lấy thông tin về địa chỉ và số điện thoại liên lạc của người bệnh và bảo mật thông tin này.

2.5. Các biến số nghiên cứu

TT	Tên biến	Loại biến	Định nghĩa/Chỉ số	Cách thu thập
1	Họ và tên	Độc lập	Họ và tên của người bệnh tham gia nghiên cứu.	Phỏng vấn
2	Năm sinh	Rời rạc	Là năm người bệnh sinh ra.	Phỏng vấn
3	Giới tính	Nhị phân	Là sự khác biệt về mặt sinh học giữa nam giới và nữ giới.	Phỏng vấn
4	Nơi sinh sống	Nhị phân	Nơi ở của người bệnh.	Phỏng vấn
5	Nghề nghiệp	Rời rạc	Nghề nghiệp hoặc nguồn thu nhập chính của người bệnh	Phỏng vấn
6	Trình độ học vấn	Thứ hạng	Là cấp học cao nhất của đối tượng nghiên cứu	Phỏng vấn
7	Thời gian mắc bệnh	Rời rạc	Là thời gian người bệnh mắc bệnh.	Phỏng vấn
8	Kiến thức chung về loét dạ dày - tá tràng	Định danh	Là kiến thức của người bệnh về nguyên nhân chính gây bệnh, triệu chứng, biến chứng, nhóm người nguy cơ, các yếu tố không liên quan	Phỏng vấn

9	Kiến thức của người bệnh về chế độ ăn, uống	Định danh	Là các kiến thức của người bệnh về chế độ ăn thích hợp, chế độ ăn chất xơ, các loại thịt, đồ uống hợp lý và cách sử dụng	Phỏng vấn
10	Kiến thức của người bệnh về cách tuân thủ sử dụng thuốc	Định danh	Là các kiến thức của người bệnh về những điều nên làm sau khi hết triệu chứng, ngay sau khi đau lại, cách sử dụng NSAID và lượng nước uống. Trong đó tần suất sử dụng thuốc NSAID được hiêu như sau: • Luôn luôn: Có nghĩa là sử dụng thuốc hàng ngày hoặc gần như hàng ngày (≥ 5–7 lần/tuần). • Thỉnh thoảng: Có nghĩa là sử dụng thuốc không đều đặn, chỉ khi cần thiết, với tần suất khoảng 1–4 lần/tháng. • Hiếm khi: Có nghĩa là sử dụng thuốc rất ít, chỉ trong những trường hợp đặc biệt hoặc khẩn cấp, với tần suất dưới 1 lần/tháng.	Phỏng vấn

			• Không sử dụng: Có nghĩa là không bao giờ hoặc hoàn toàn tránh dùng các thuốc này.	
11	Kiến thức của người bệnh về lối sống sinh hoạt	Định danh	Là các kiến thức của người bệnh về việc hút thuốc lá, hoạt động mạnh hay trí óc sau ăn, ăn trước khi ngủ, giữ ấm bụng, chế độ ăn uống	Phỏng vấn

Mối liên quan giữa các biến

Biến độc lập	**Biến phụ thuộc**
1. Tuổi 2. Giới tính 3. Nơi sinh sống 4. Trình độ học vấn 5. Nghề nghiệp 6. Thời gian mắc bệnh	Kiến thức về dự phòng tái phát loét dạ dày - tá tràng

2.6. Công cụ thu thập số liệu:

Từ phần tổng quan của nghiên cứu, bộ công cụ nghiên cứu được nhóm nghiên cứu xây dựng gồm 2 phần:

** Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu*

Xây dựng 7 câu hỏi với thông tin chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: họ tên, tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, thời gian mắc bệnh.

** Phần 2: Thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh và dự phòng loét dạ dày - tá tràng.*

Phần này gồm 5 câu hỏi kiến thức chung về bệnh loét dạ dày - tá tràng, 9

câu hỏi kiến thức về chế độ ăn uống trong phòng tái phát, 7 câu hỏi kiến thức về cách tuân thủ sử dụng thuốc và 7 câu hỏi kiến thức về lối sống sinh hoạt ảnh hưởng đến phòng tái phát bệnh

2.7. Tiêu chí đánh giá

- Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu điều tra với mỗi ý trả lời đúng 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời 0 điểm.

- Phiếu điều nghiên cứu gồm 28 câu hỏi với 35 lựa chọn trả lời đúng tương ứng với tổng điểm tối đa cho bộ câu hỏi kiến thức là 35 điểm. Người bệnh trả lời đúng ≥ 50% tổng số điểm (tương ứng với người bệnh trả lời được từ 18 điểm trở lên) là có kiến thức đạt. Người bệnh trả lời đúng < 50% tổng điểm (tương ứng với người bệnh trả lời được từ 17 điểm trở xuống) là có kiến thức không đạt

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

- Nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phân tích mô tả tần số, tìm hiểu thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng.

- Kết quả các biến số được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được thông báo, giải thích và có quyền tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin liên quan đến người bệnh trong nghiên cứu sẽ được bảo mật, và những thông tin này sẽ được xử lý và công bố dưới dạng tổng hợp số liệu.

- Sau khi tham gia phỏng vấn đối tượng nghiên cứu sẽ được giáo dục sức khỏe

2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

* Những sai số có thể xảy ra:

- Sai số nhớ lại: có thể xảy ra ở một số câu hỏi do NB không nhớ chính xác những việc xảy ra trong quá khứ

- Sai số ngẫu nhiên: do điều tra viên có thể giải thích chưa rõ câu hỏi hoặc do đối tượng nghiên cứu không hiểu rõ nội dung của câu hỏi.

- Sai số do quá trình nhập số liệu, xử lý số liệu vào phần mềm máy tính.

* Biện pháp khắc phục:

- Đối với nghiên cứu viên:

+ Phiếu phỏng vấn được thiết kế logic với ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu.

+ Tập huấn kỹ cho người thu thập số liệu, nghiên cứu viên sẽ trực tiếp giám sát và hỗ trợ điều tra viên khi cần thiết.

+ Kiểm tra lại ngay các phiếu sau khi kết thúc phỏng vấn.

+ Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kiểm tra số liệu trước khi phân tích.

+ Để tránh sai số trong quá trình nhập số liệu: nhập số liệu 2 lần độc lập sau đó so sánh với nhau tìm ra sự khác biệt và sửa chữa.

- Đối với người bệnh được phỏng vấn:

+ Giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của phỏng vấn để NB hiểu và hợp tác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

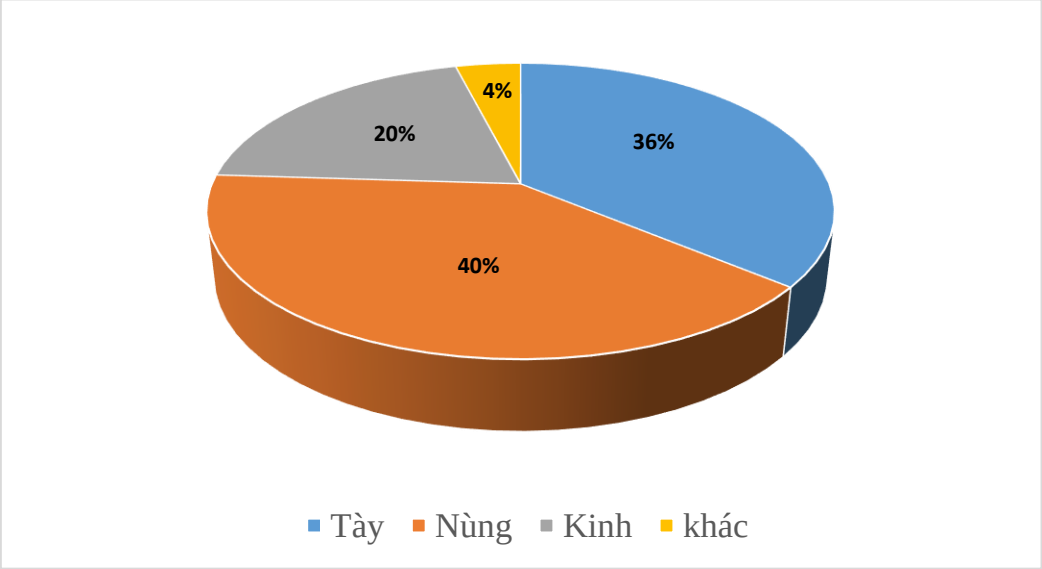
3.1.1. Tuổi, giới tính

Bảng 3.1. Tuổi và giới tính của ĐTNC

Giới / Nhóm Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 20	5	1,5	12	6,0	17	3,2
20 - 38	57	17,5	38	19,0	95	18,1
39 - 59	164	50,5	72	36,0	236	45,0
≥ 60	99	30,5	78	39,0	177	33,7
Tổng	325	61,9%	200	38,1%	525	100.0%

Nhận xét: Trong tổng số 525 đối tượng tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 61,9%, trong khi nữ giới chiếm 38,1%. Về độ tuổi, nhóm tuổi 39 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), tiếp đến là nhóm ≥ 60 tuổi (33,7%). Nhóm tuổi <20 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,2%.

3.1.2. Dân tộc



Biểu đồ 3.1. Dân tộc

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Nùng, chiếm tỷ lệ cao nhất với 40%, tiếp theo là dân tộc Tày với 36%. Dân tộc Kinh chiếm 20% và các dân tộc khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4%.

3.1.3. Nơi sống

Bảng 3.2. Nơi sống

Nơi sống	n	Tỷ lệ %
Thành thị	156	29,7%
Nông thôn	369	70,3%
Tổng	**525**	**100%**

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu sinh sống tại khu vực nông thôn, chiếm tỷ lệ 70,3%. Tỷ lệ đối tượng sống ở thành thị thấp hơn, chỉ chiếm 29,7%.

3.1.4. Trình độ học vấn và nghề nghiệp của ĐTNC

Bảng 3.3. Trình độ học vấn của ĐTNC

Đặc điểm chung của ĐTNC		n	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	≤ Trung học cơ sở	328	62,5
	Trung học phổ thông	143	27,2
	≥Trung cấp	54	10,3

Nhận xét: về trình độ học vấn, đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ từ Trung học cơ sở trở xuống, chiếm tỷ lệ 62,5%. Nhóm có trình độ Trung học phổ thông chiếm 27,2%. Nhóm có trình độ từ Trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 10,3%

Bảng 3.4. Nghề nghiệp của ĐTNC

Nghề nghiệp	n	Tỷ lệ %
Công chức/viên chức	58	11,0%
Công nhân	47	9,0%
Nông dân	363	69,1%
Khác	57	10,9%
Tổng	**525**	**100%**

Nhận xét: Nông dân là thành phần chiếm đa số trong cơ cấu nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ 69,1%. Tiếp theo là nhóm Công chức/viên chức chiếm 11,0%, nhóm nghề khác chiếm 10,9%. Công nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,0%

3.1.5.Thời gian mắc bệnh của ĐTNC

Bảng 3.5. Thời gian mắc bệnh của ĐTNC

Thời gian mắc bệnh	Tổng	
	n	%
< 1 năm	99	18,9
1 – 5 năm	230	43,8
> 5 năm	196	37,3
Tổng	525	100

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,8%. Tiếp đến là nhóm mắc bệnh trên 5 năm với 37,3%. Nhóm mới mắc bệnh dưới 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18,9%

3.2. Thực trạng kiến thức của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng.

3.2.1. Kiến thức của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng

Bảng 3.6. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân gây loét và yếu tố bảo vệ

Nguyên nhân và yếu tố bảo vệ		Số lượng	
		n	Tỷ lệ %
Nguyên nhân	Do vi khuẩn Helicobacter pylori	231	44,0
	Do stress, căng thẳng	75	14,3
	Do ăn uống	70	13,3
	Do bệnh lý: tiểu đường, xơ gan…	78	14,9
	Do sinh hoạt không điều độ	71	13,5
Yếu tố bảo vệ	Acid HCL, pepsin	303	57,7
	Yếu tố bên ngoài: thuốc, rượu…	277	52,8
	Yếu tố bên trong: dịch mật	290	55,2
	Sự tái tạo và toàn vẹn của tế bào dạ dày	217	41,3

Nhận xét: Về nguyên nhân gây bệnh, tỷ lệ đối tượng biết đến vi khuẩn Helicobacter pylori là cao nhất (44,0%), các nguyên nhân khác như stress, ăn uống, bệnh lý nền... được nhận biết với tỷ lệ thấp hơn (từ 13,3% đến 14,9%). Về yếu tố bảo vệ, đa số đối tượng cho biết là Acid HCL, pepsin (57,7%) và yếu tố bên trong như dịch mật (55,2%), trong khi Sự tái tạo và toàn vẹn của tế bào dạ dày chiếm 41,3%

Bảng 3.7. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây loét và tái phát

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
Làm việc căng thẳng	227	43,2
Uống nhiều bia rượu	241	45,9
Ăn chua, cay, nóng	245	46,7
Bệnh gan, thận	233	44,4

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nhận thức được các yếu tố nguy cơ như ăn chua cay nóng (46,7%), uống nhiều bia rượu (45,9%), bệnh gan thận (44,4%) và căng thẳng (43,2%) là khá đồng đều.

Bảng 3.8. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về triệu chứng, biến chứng hay gặp của bệnh

Nội dung		Số lượng	
		n	Tỷ lệ %
Triệu chứng	Gầy sút cân	280	53,3
	Đau bụng vùng thượng vị	232	44,2
	Buồn nôn, nôn	232	44,2
	Ợ hơi, ợ chua	233	44,4
Biến chứng	Thủng ổ loét	101	19,2
	Chảy máu tiêu hoá	258	49,1
	Ung thư hoá	83	15,8
	Hẹp môn vị	85	15,8

Nhận xét: Triệu chứng gầy sút cân được nhận biết nhiều nhất (53,3%), các triệu chứng khác như đau bụng, buồn nôn, ợ hơi có tỷ lệ nhận biết tương đương nhau (khoảng 44%). Về biến chứng, chảy máu tiêu hóa được biết đến nhiều nhất (49,1%), trong khi thủng ổ loét, ung thư hóa và hẹp môn vị có tỷ lệ nhận biết thấp hơn (dưới 20%)

Bảng 3.9. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chế độ ăn uống phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng

Nội dung		Số lượng	
		n	Tỷ lệ %
Chế độ ăn chất xơ	Giàu chất xơ	228	43,4
	Hạn chế chất xơ	99	18,9

	Không ăn chất xơ	104	19,8
	Không biết	94	17,9
Nên dùng thực phẩm giàu đạm	Sử dụng theo nhu cầu năng lượng	232	44,2
	Hạn chế sử dụng	98	18,7
	Sử dụng nhiều	86	16,4
	Không sử dụng	109	20,8
Sử dụng các loại thịt	Thịt nạc, cá được chế biến bằng cách luộc hấp	242	46,1
	Thịt quay rán, nướng, ướp muối	97	18,5
	Xúc xích, dăm bông, lạp sườn	95	18,1
	Xương băm nhỏ, sụn	91	17,3
Sử dụng gia vị	Hạn chế sử dụng	240	45,7
	Sử dụng thường xuyên	102	19,4
	Sử dụng theo nhu cầu	83	15,8
	Không biết	100	19,0
Thói quen dùng nước	Uống 1 cốc nước trước ăn 30 phút	234	44,6
	Ăn nhiều canh trong bữa ăn	102	19,4
	Uống nhiều nước sau khi ăn	93	17,7
	Không biết	96	18,3
Nên ăn như thế nào	Ăn chậm nhai kỹ, chia nhiều bữa nhỏ	249	47,4
	Ăn nhiều, ăn nhanh	91	17,3
	Ăn trước khi ngủ	87	16,6
	Vừa ăn vừa uống nước	98	18,7

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về chế độ ăn giàu chất xơ là 43,4%. Về sử dụng đạm, 44,2% biết sử dụng theo nhu cầu. Đáng chú ý, 46,1% biết nên chế biến thịt bằng cách luộc hấp và 47,4% biết nên ăn chậm nhai kỹ, chia

nhỏ bữa ăn. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể đối tượng chưa có kiến thức đúng hoặc không biết về chế độ ăn uống hợp lý

Bảng 3.10. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về cách xử lý khi mắc bệnh loét dạ dày – tá tràng

Nội dung		Số lượng	
		n	Tỷ lệ %
Đau dạ dày trở lại người bệnh làm gì	Đi khám lại	227	43,2
	Chỉ điều chỉnh chế độ ăn uống	114	21,7
	Uống thuốc bắc	99	18,9
	Uống thuốc theo đơn cũ	85	16,2
Thông báo cho nhân viên y tế khi điều trị bệnh khác	Rất cần thiết	232	44,2
	Cần thiết	101	19,2
	Ít cần thiết	98	18,7
	Không cần thiết	94	17,9

Nhận xét: Khi đau dạ dày trở lại, 43,2% đối tượng lựa chọn đi khám lại, trong khi vẫn còn 21,7% chỉ điều chỉnh ăn uống và 18,9% tự ý uống thuốc bắc. Về việc thông báo cho nhân viên y tế khi điều trị bệnh khác, 44,2% nhận thức được là rất cần thiết

Bảng 3.11. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về cách sử dụng thuốc NSAID

Nội dung		Số lượng	
		n	Tỷ lệ %
Tần suất sử dụng thuốc NSAID	Luôn luôn	102	19,4
	Thỉnh thoảng	99	18,9
	Hiếm khi	96	18,3
	Không sử dụng	228	43,4

Sử dụng thuốc NSAID có màng bao tan, PH8	Nhai nát viên thuốc	88	16,8
	Hoà tan thuốc với nước	90	17,1
	Bẻ đôi viên thuốc	106	20,2
	Uống nguyên viên thuốc	241	45,9
Sử dụng thuốc NSAID dạng viên nén trần	Uống vào bữa ăn, sau khi ăn	236	45,0
	Uống thuốc trước bữa ăn 15 phút	110	21,0
	Uống thuốc khi đói	95	18,1
	Không biết	84	16,0
Lượng nước khi uống thuốc NSAID	Uống thuốc với ngụm nước nhỏ	85	16,2
	Uống thuốc với khoảng 200-250ml nước	235	44,8
	Uống thuốc với càng ít nước càng tốt	99	18,9
	Không biết	106	20,2

Nhận xét: 43,4% đối tượng không sử dụng thuốc NSAID. Trong số những người sử dụng, tỷ lệ biết uống nguyên viên thuốc NSAID có màng bao tan là 45,9% và uống sau ăn đối với thuốc NSAID dạng viên nén trần là 45,0%, kiến thức về lượng nước khi uống thuốc NSAID với khoảng 200-250ml nước là 44,8%

Bảng 3.12. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về lối sống sinh hoạt ảnh hưởng đến phòng tái phát bệnh

Nội dung	Đúng		Sai	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không nên sử dụng các loại đồ uống có cồn, có ga và chứa chất kích thích	231	44,0	294	56,0
Cà phê không gây hại dạ dày	298	56,8	227	43,2
Người bệnh loét dạ dày - tá tràng có thể hút thuốc lá?	293	55,8	232	44,2
Người bệnh loét dạ dày - tá tràng có thể hoạt động trí óc trong khoảng thời gian 30 phút sau ăn?	241	45,9	284	54,1
Thực hiện hoạt động thể chất mạnh mẽ trong khoảng 30 phút sau khi ăn để giúp bạn tiêu hoá thức ăn dễ dàng hơn?	289	55,0	236	45,0
Trạng thái tinh thần căng thẳng làm tăng sản xuất acid dạ dày, khiến vết loét dạ dày tái phát	227	43,2	298	56,8
Nên ăn trước khi đi ngủ để không bị đói	294	56,0	231	44,0
Đề phòng tái phát loét dạ dày - tá tràng người bệnh nên chú ý giữ ấm vùng bụng	249	47,4	276	52,6
Ăn uống hợp vệ sinh, ăn thực phẩm nấu chín, luộc và rửa tay trước hoặc sau khi ăn có thể giúp ngăn ngừa tái phát loét dạ dày - tá tràng	229	43,6	296	56,4

Nhận xét: Kết quả Bảng 3.12 cho thấy kiến thức của đối tượng nghiên cứu về lối sống sinh hoạt còn nhiều hạn chế:

Về kiến thức đúng: Tỷ lệ người bệnh có hiểu biết đúng đều thấp (dưới 50%).

Trong đó, nhận thức về việc giữ ấm vùng bụng là cao nhất (47,4%), trong khi hiểu biết về hạn chế đồ uống kích thích, ăn uống hợp vệ sinh và ảnh hưởng của stress đều thấp (từ 43,2% - 44,0%).

Về kiến thức sai: Tỷ lệ người bệnh có quan niệm sai lầm chiếm đa số (trên 50%). Phần lớn người bệnh vẫn tin rằng cà phê không hại dạ dày (56,8%), nên ăn đêm (56,0%), có thể hút thuốc lá (55,8%) và vận động mạnh sau ăn (55,0%).

Bảng 3.13. Bảng tổng điểm kiến thức của ĐTNC phòng tái phát bệnh

Tổng điểm kiến thức	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Kiến thức đạt	139	26,5
Kiến thức không đạt	386	73,5
Tổng	**525**	**100**

Nhận xét: Đánh giá chung, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt yêu cầu về phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng còn thấp, chỉ chiếm 26,5%. Phần lớn đối tượng (73,5%) có kiến thức chưa đạt

3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa các nhóm tuổi về phòng tái phát bệnh

Nhóm tuổi	**Tổng điểm kiến thức**		**p**
	Không đạt	**Đạt**	
< 20	12 (70,6%)	5 (29,4%)	0,737
20 - 38	69 (72,6%)	26 (27,4%)	
39 - 59	179 (75,8%)	57 (24,2%)	
≥ 60	126 (71,2%)	51 (28,8%)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng tái phát bệnh ở các nhóm tuổi dao động từ 24,2% đến 29,4%, thấp nhất ở nhóm 39–59 tuổi (24,2%) và cao nhất ở nhóm <20 tuổi (29,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ

lệ kiến thức đạt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với giá trị p = 0,737(> 0,05). Điều này cho thấy tuổi không phải là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến mức độ kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng trong nghiên cứu này.

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa nghề nghiệp của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét DDTT

Nghề nghiệp	Tổng điểm kiến thức		p
	Không đạt	Đạt	
Công chức/viên chức	41 (70,7%)	17 (29,3%)	0,472
Công nhân	39 (83,0%)	8 (17,0%)	
Nông dân	264 (72,7%)	99 (27,3%)	
Khác	42 (73,7%)	15 (26,3%)	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.15 cho thấy, nhóm Công chức/Viên chức có tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất (29,3%), tiếp đến là nhóm Nông dân (27,3%). Nhóm Công nhân có tỷ lệ đạt thấp nhất (17,0%). Tuy nhiên, kiểm định Chi-bình phương cho thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (p = 0,472). Điều này cho thấy nghề nghiệp không phải là yếu tố chính ảnh hưởng đến kiến thức phòng bệnh trong nghiên cứu này

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa TĐHV của ĐTNC về phòng tái phát bệnh loét DDTT

Nghề nghiệp	Tổng điểm kiến thức		p
	Không đạt	Đạt	
≤ Trung học cơ sở	278 (84,8%)	50 (15,2%)	0,001
Trung học phổ thông	90 (62,9%)	53 (37,1%)	
≥Trung cấp	18 (33,3%)	36 (66,7%)	

Nhận xét: Có mối liên quan rõ rệt giữa trình độ học vấn và kiến thức phòng bệnh (p < 0,05). Cụ thể, nhóm có trình độ từ Trung cấp trở lên có tỷ lệ kiến thức

đạt cao vượt trội (66,7%) so với nhóm Trung học phổ thông (37,1%) và nhóm Trung học cơ sở trở xuống (15,2%)

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh của ĐTNC về phòng tái phát bệnh

Thời gian mắc bệnh	Tổng điểm kiến thức		p
	Không đạt	Đạt	
< 1 năm	77 (77,8%)	22 (22,2%)	0,506
1 – 5 năm	169 (73,5%)	61 (26,5)	
> 5 năm	140 (71,4%)	56 (28,6%)	

Nhận xét: Tỷ lệ kiến thức đạt có xu hướng tăng nhẹ theo thời gian mắc bệnh, cao nhất ở nhóm >5 năm (28,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đủ lớn để tạo ra ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa nơi sống của ĐTNC về phòng tái phát bệnh

Nơi sống	Tổng điểm kiến thức		p
	Không đạt	Đạt	
Thành thị	115 (73,7%)	41 (26,3%)	0,948
Nông thôn	271 (73,4%)	139 (26,5%)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng ở nhóm thành thị là 26,3%, gần tương đương với nhóm nông thôn là 26,5%. Tỷ lệ người bệnh không đạt kiến thức ở hai nhóm cũng khá tương đồng (73,7% và 73,4%). Giá trị p = 0,948 > 0,05, chứng tỏ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nơi sống và mức độ kiến thức phòng tái phát bệnh. Như vậy, nơi sống (thành thị hay nông thôn) không phải là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng trong nghiên cứu này.

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 525 người bệnh loét dạ dày – tá tràng điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025 cho thấy, nam giới chiếm 61,9% và nữ chiếm 38,1%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước, trong đó nam giới thường có tỷ lệ mắc và tái phát loét cao hơn do thói quen hút thuốc, uống rượu, căng thẳng trong công việc và chế độ ăn uống không điều độ. Theo Nguyễn Đình Quý & Phạm Thị Thu Hà [6], tỷ lệ nam giới mắc bệnh tại Bệnh viện Nghệ An là 60,2%, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Đức Quang [7] tại Bệnh viện 354 (59,8%). Trên thế giới, Søreide và cộng sự [2] cho rằng nam giới có nguy cơ mắc và tái phát loét cao hơn nữ 1,5 lần do yếu tố hành vi và ảnh hưởng hormon.

Về độ tuổi, nhóm 39–59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%), kế đến là nhóm ≥60 tuổi (33,7%), nhóm 20–38 tuổi chiếm 18,1%, và nhóm <20 tuổi chỉ 3,2%. Như vậy, phần lớn người bệnh thuộc nhóm trung niên và cao tuổi – những người có nguy cơ cao do quá trình lão hóa niêm mạc dạ dày, dùng thuốc giảm đau kéo dài và có bệnh lý nền. Đồng thời, nhóm tuổi lao động (20–59 tuổi) vẫn chiếm tới 63,1%, cho thấy bệnh đang ảnh hưởng đáng kể đến lực lượng lao động xã hội. Kết quả này tương đồng với Quách Duy Tân, Mai Bảo Hân [4], khi 64% bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng tại Việt Nam nằm trong độ tuổi 20–50, và gần giống với nghiên cứu quốc tế của Đào Hoàng Việt và cộng sự[10].

Về nơi sống, có 70,3% người bệnh sống tại khu vực nông thôn và chỉ 29,7% ở thành thị. Điều này phản ánh rõ đặc điểm địa lý – kinh tế của tỉnh miền núi Lạng Sơn, nơi đa số dân cư là người dân tộc thiểu số, sinh sống chủ yếu bằng nghề nông, có mức thu nhập và trình độ dân trí thấp. Theo Đào Hoàng Việt và cộng

sự[10], khu vực nông thôn Việt Nam có tỷ lệ mắc loét dạ dày – tá tràng cao hơn thành thị do hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, thiếu thông tin sức khỏe, ăn uống không khoa học và lạm dụng thuốc giảm đau.

Như vậy, kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy người bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Lạng Sơn chủ yếu là nam giới, trung niên, sống ở nông thôn, làm nghề nông và có trình độ học vấn thấp – đây là nhóm cần được ưu tiên trong các chương trình truyền thông – giáo dục sức khỏe và tư vấn điều dưỡng nhằm nâng cao kiến thức phòng tái phát bệnh.

Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu ở mức trung học cơ sở trở xuống (62,5%), nhóm trung học phổ thông chiếm 27,2% và từ trung cấp trở lên chỉ 10,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm, Tăng Ngọc Lệ Chi[8], khi nhóm học vấn thấp có tỷ lệ hiểu biết đúng về bệnh thấp hơn 2,8 lần so với nhóm có học vấn cao. Dân tộc chủ yếu trong nghiên cứu là Nùng (40%) và Tày (36%), điều này cho thấy yếu tố văn hóa và ngôn ngữ ảnh hưởng lớn đến hành vi chăm sóc sức khỏe. Theo Lê Lê Thị Thảo và cộng sự[19], người dân tộc thiểu số có khả năng tiếp cận thông tin y tế thấp hơn nhóm người Kinh do rào cản ngôn ngữ và điều kiện sống.

Như vậy, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người dân nông thôn, dân tộc thiểu số, học vấn thấp, làm nghề nông – nhóm dễ bị hạn chế trong tiếp cận thông tin y tế. Đây là thách thức lớn cho công tác điều dưỡng trong giáo dục sức khỏe và phòng tái phát bệnh.

4.2. Kiến thức về bệnh loét dạ dày – tá tràng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ hiểu biết của người bệnh về bệnh loét dạ dày – tá tràng còn hạn chế. Trong 525 người bệnh, chỉ 26,5% đạt kiến thức từ 18 điểm trở lên trên tổng 35 điểm, trong khi 73,5% không đạt. Mức độ hiểu biết đúng về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và yếu tố nguy cơ của bệnh còn thấp.

Về nguyên nhân gây bệnh, chỉ 44,0% người bệnh biết đến vai trò của vi khuẩn Helicobacter pylori, trong khi phần lớn vẫn cho rằng bệnh chủ yếu do ăn uống không điều độ, stress hoặc dùng thuốc. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đình Quý, & Phạm Thị Thu Hà [6] (41,8%) và Đặng Thị Minh Phương [21] (47,2%) tại Bệnh viện Trung ương Huế. Liou và cộng sự [9] cũng báo cáo chỉ 45% người bệnh châu Á hiểu rõ vai trò của H. pylori, cho thấy tình trạng nhận thức chưa cao ở cả khu vực. Sự thiếu hiểu biết về nguyên nhân chính khiến nhiều người bệnh chỉ chú trọng vào thay đổi ăn uống mà không tuân thủ phác đồ diệt khuẩn, làm tăng tỷ lệ tái phát.

Về triệu chứng, người bệnh nhận biết gầy sút cân (53,3%), đau thượng vị (44,2%), buồn nôn, ợ hơi (44,4%) là các biểu hiện của bệnh. Tuy nhiên, chỉ 49,1% biết chảy máu tiêu hóa là biến chứng nguy hiểm, và dưới 20% biết đến thủng ổ loét, ung thư hóa, hẹp môn vị. So với Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Đức Quang [7], tỷ lệ nhận biết triệu chứng tại Lạng Sơn thấp hơn (ở nghiên cứu tại Bệnh viện 354, 58,6% biết đau thượng vị). Ở cấp khu vực, Đào Hoàng Việt và cộng sự[10] ghi nhận chỉ 52% người bệnh nhận biết đúng các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh. Điều này phản ánh sự thiếu hụt thông tin về biến chứng nặng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân miền núi.

Về yếu tố nguy cơ và phòng ngừa, tỷ lệ nhận biết đúng về rượu bia, ăn cay nóng, stress và thuốc NSAID chỉ đạt 43–47%. Đỗ Thị Minh Phương và cộng sự[20] cho thấy 43% người bệnh tại Việt Nam biết NSAID gây loét, nhưng 32% vẫn tự ý sử dụng lại thuốc cũ. Kết quả nghiên cứu hiện tại cũng cho thấy 16,2% người bệnh có thói quen uống lại thuốc cũ khi đau trở lại. Như vậy, kiến thức về sử dụng thuốc còn hạn chế, tiềm ẩn nguy cơ tái phát cao.

Đặc biệt, 56,8% người bệnh tin rằng cà phê không hại dạ dày và 55,8% cho rằng hút thuốc không ảnh hưởng đến loét. So sánh với Liou và cộng sự [9], nhóm bệnh nhân được giáo dục y tế có tỷ lệ hiểu đúng về yếu tố lối sống cao hơn (trên

60%). Từ đó cho thấy vai trò quan trọng của truyền thông điều dưỡng trong chỉnh sửa nhận thức sai lầm.

Về chế độ ăn uống, chỉ 43,4% người bệnh biết nên ăn nhiều chất xơ, 46,1% biết nên dùng thực phẩm luộc, hấp, và 47,4% biết nên ăn chậm nhai kỹ, chia nhỏ bữa ăn. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Quách Duy Tân, Mai Bảo Hân [4] (45,3%) và Esther [22] (55,0%) tại Philippines. Sự khác biệt phản ánh khoảng cách về tiếp cận dinh dưỡng và tư vấn y tế giữa đô thị và miền núi. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh hiểu rõ mối liên quan giữa chế độ ăn, stress và tái phát bệnh.

Tổng thể, kiến thức của người bệnh về bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Lạng Sơn còn ở mức trung bình thấp. Họ có nhận thức cơ bản về triệu chứng và nguyên nhân phổ biến, nhưng thiếu hiểu biết sâu về cơ chế bệnh, yếu tố nguy cơ và phòng ngừa biến chứng. Điều này khẳng định sự cần thiết của các chương trình giáo dục sức khỏe định kỳ do điều dưỡng phụ trách, đặc biệt hướng tới nhóm người dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa.

4.3. Thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025

Chỉ 26,5% người bệnh đạt kiến thức phòng tái phát bệnh, trong khi 73,5% chưa đạt. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm và cộng sự [6] (42,7%) nhưng tương đương với kết quả quốc tế của Haruna [18] (28%). Người bệnh có hiểu biết đúng về nguyên nhân và triệu chứng nhưng thiếu kiến thức thực hành phòng tái phát.

Về kiến thức nguyên nhân, chỉ 44% biết H. pylori là nguyên nhân chủ yếu, 13–15% nhầm lẫn với bệnh lý nền hoặc thói quen sinh hoạt. Nhận thức đúng về stress và ăn uống đạt 13,3–14,9%. Những con số này chứng minh rằng thông tin y tế chưa được truyền tải đầy đủ đến cộng đồng miền núi. Liou và cộng sự [9] cho

rằng truyền thông y tế có thể giúp giảm 30–40% nguy cơ tái phát khi người bệnh hiểu đúng cơ chế bệnh.

Về yếu tố nguy cơ, các hành vi như uống rượu (45,9%), ăn cay (46,7%), stress (43,2%) được nhận biết tương đối đồng đều, nhưng tỷ lệ hiểu đúng về thuốc NSAID và caffeine còn thấp. Điều này đồng nhất với nghiên cứu của Đỗ Thị Minh Phương và cộng sự[20] khi chỉ 45% bệnh nhân hiểu đúng cách dùng thuốc giảm đau. Việc tự ý dùng thuốc và lạm dụng thuốc đông y là nguyên nhân khiến 18,9% người bệnh chọn "uống thuốc bắc" khi tái phát đau dạ dày.

Về chế độ ăn, 43,4% người bệnh hiểu đúng về chất xơ, 44,2% về protein, 46,1% biết nên ăn thực phẩm hấp luộc và 47,4% biết nên ăn chậm, chia nhỏ bữa. Tuy nhiên, khoảng 20% vẫn nghĩ nên ăn trước khi ngủ hoặc ăn nhanh. Theo Lê Lê Thị Thảo và cộng sự[19], giáo dục dinh dưỡng có thể cải thiện đáng kể hành vi ăn uống đúng, giúp giảm triệu chứng và phòng tái phát.

Về thói quen sinh hoạt, chỉ 44,0% biết cần tránh đồ uống có cồn, 43,6% biết ăn chín uống sôi, và 43,2% nhận thức đúng về ảnh hưởng của stress. Hơn 55% vẫn duy trì các thói quen sai lệch như uống cà phê, hút thuốc, ăn đêm hoặc vận động mạnh sau ăn. Điều này trùng khớp với Đào Hoàng Việt và cộng sự[10], khi nhận thấy người dân nông thôn Việt Nam thiếu kiến thức cơ bản về lối sống phòng bệnh. Như vậy, kiến thức phòng tái phát bệnh tại Lạng Sơn còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở nhóm người dân tộc thiểu số và học vấn thấp.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng tái phát bệnh dao động từ 24,2% đến 29,4% giữa các nhóm tuổi, trong đó nhóm <20 tuổi đạt cao nhất (29,4%), nhóm 39–59 tuổi đạt thấp nhất (24,2%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,737$), cho thấy tuổi không phải là

yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến kiến thức phòng tái phát bệnh trong nghiên cứu này.

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đình Quý, & Phạm Thị Thu Hà [6] và Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Đức Quang [7], khi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa độ tuổi và kiến thức người bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Nghệ An và Bệnh viện 354. Theo các tác giả, yếu tố tuổi tác không quyết định mức độ hiểu biết, mà trình độ học vấn và khả năng tiếp cận thông tin y tế mới là yếu tố chủ đạo.

Tuy vậy, khi xem xét xu hướng, nhóm người cao tuổi (≥60) trong nghiên cứu có tỷ lệ kiến thức đạt 28,8%, cao hơn nhẹ so với nhóm trung niên (39–59 tuổi, 24,2%). Điều này có thể do người cao tuổi đã có kinh nghiệm điều trị lâu hơn, chú trọng tuân thủ điều trị và thay đổi thói quen sinh hoạt. Theo Haruna [18], kinh nghiệm bệnh tật và tiếp xúc lặp lại với nhân viên y tế giúp người bệnh lớn tuổi dần cải thiện kiến thức và hành vi chăm sóc sức khỏe. Ngược lại, nhóm người trong độ tuổi lao động (20–59 tuổi) – chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất – lại có mức kiến thức đạt thấp. Điều này được lý giải bởi nhóm tuổi này thường chịu nhiều áp lực công việc, ít thời gian tìm hiểu bệnh, dễ chủ quan trong điều trị và phòng tái phát [4], [10]. Liou và cộng sự [9] cho rằng, ở nhóm tuổi này, hành vi sức khỏe không ổn định và việc tuân thủ điều trị thấp hơn nhóm cao tuổi, do lối sống năng động và yếu tố kinh tế.

Một điểm đáng chú ý là nhóm người trẻ dưới 20 tuổi có tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất (29,4%), dù số lượng ít. Nguyên nhân có thể do nhóm này tiếp cận thông tin y tế hiện đại dễ dàng hơn qua Internet, mạng xã hội hoặc tư vấn học đường, dù ít kinh nghiệm bệnh tật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Esther [22] ở sinh viên Philippines, cho thấy nhóm trẻ có khả năng tiếp cận thông tin tốt hơn, nhưng thiếu kinh nghiệm áp dụng thực hành chăm sóc dài hạn.

Nhìn chung, kết quả hiện tại phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế [6], [7], [9], [10], khi cho thấy tuổi tác không phải là yếu tố quyết định

kiến thức phòng tái phát bệnh, mà trình độ học vấn, nghề nghiệp và sự hỗ trợ từ nhân viên y tế mới là yếu tố chính. Do đó, trong công tác điều dưỡng, các chương trình giáo dục sức khỏe nên thiết kế linh hoạt theo nhóm nghề nghiệp, học vấn và hành vi chăm sóc thay vì chỉ phân theo nhóm tuổi, nhằm đảm bảo hiệu quả truyền thông cao hơn.

Về mối liên quan giữa nghề nghiệp và kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng, kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng tái phát bệnh cao nhất ở nhóm công chức/viên chức (29,3%), tiếp theo là nhóm nông dân (27,3%), nhóm nghề khác (26,3%) và thấp nhất ở nhóm công nhân (17,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm nghề không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,472$). Điều này cho thấy nghề nghiệp không phải là yếu tố quyết định mức độ kiến thức trong nghiên cứu này, mặc dù nhóm có công việc ổn định, học vấn cao (như công chức, viên chức) có xu hướng đạt tỷ lệ cao hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Quý, & Phạm Thị Thu Hà [6] tại Nghệ An và Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Đức Quang [7] tại Bệnh viện 354, đều ghi nhận tỷ lệ kiến thức đạt ở nhóm viên chức cao hơn nhóm nông dân – công nhân, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Theo Haruna [18], nghề nghiệp thường ảnh hưởng gián tiếp đến kiến thức thông qua trình độ học vấn và khả năng tiếp cận thông tin y tế. Người lao động tự do hoặc công nhân thường ít thời gian tiếp xúc với nhân viên y tế, trong khi nhóm viên chức được hưởng lợi từ truyền thông sức khỏe và bảo hiểm y tế. Như vậy, dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả vẫn gợi ý rằng người làm nghề nông và công nhân là nhóm dễ thiếu hụt kiến thức, cần được điều dưỡng chú trọng trong hoạt động tư vấn – giáo dục sức khỏe.

Về mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng. Kết quả cho thấy trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức ($p = 0,001$). Cụ thể, tỷ lệ kiến thức đạt tăng rõ rệt theo trình độ học vấn: nhóm ≥ Trung cấp đạt 66,7%, nhóm Trung học phổ

thông đạt 37,1%, trong khi nhóm ≤ Trung học cơ sở chỉ đạt 15,2%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nguyễn Thị Cẩm, Tăng Ngọc Lệ Chi[8] khẳng định học vấn cao giúp người bệnh có khả năng tiếp nhận và xử lý thông tin y tế tốt hơn, dễ dàng hiểu và tuân thủ hướng dẫn điều trị. Đỗ Thị Minh Phương và cộng sự[20] cũng cho rằng trình độ học vấn là yếu tố dự báo mạnh nhất cho kiến thức về H. pylori và tuân thủ phác đồ điều trị. Theo Liou và cộng sự [9], nhóm người có học vấn thấp tại châu Á có nguy cơ hiểu sai về nguyên nhân bệnh, đặc biệt là nhầm lẫn giữa stress và nhiễm khuẩn H. pylori. Tại Việt Nam, Phạm và cộng sự [7] ghi nhận tỷ lệ kiến thức đạt ở nhóm học vấn từ trung học trở lên cao gấp hơn 2 lần so với nhóm tiểu học hoặc trung học cơ sở.

Kết quả của nghiên cứu hiện tại tiếp tục khẳng định rằng trình độ học vấn là yếu tố then chốt ảnh hưởng đến kiến thức phòng tái phát bệnh, và là đối tượng trọng tâm cần được điều dưỡng tập trung truyền thông – giáo dục sức khỏe.

Về mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng. Kết quả cho thấy tỷ lệ kiến thức đạt ở nhóm mắc bệnh >5 năm là 28,6%, cao hơn nhóm 1–5 năm (26,5%) và nhóm <1 năm (22,2%), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,506). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Phương [21] tại Bệnh viện Trung ương Huế, khi cho rằng thời gian mắc bệnh lâu hơn giúp người bệnh tăng cơ hội tiếp xúc với nhân viên y tế, từ đó có thể nâng cao kiến thức, nhưng mức độ cải thiện không nhiều nếu thiếu tư vấn cụ thể. Theo Haruna [18], việc lặp lại điều trị mà không có hỗ trợ giáo dục sức khỏe sẽ không làm thay đổi nhận thức của người bệnh. Điều này lý giải vì sao trong nghiên cứu này, dù người bệnh mắc bệnh lâu năm hơn, tỷ lệ đạt kiến thức vẫn thấp và không khác biệt có ý nghĩa. Do đó, thời gian mắc bệnh chỉ tác động tích lũy nếu có sự hỗ trợ tích cực của điều dưỡng trong giáo dục sức khỏe định kỳ, chứ không tự động làm tăng kiến thức của người bệnh.

Về mối liên quan giữa nơi sống và kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng. Kết quả cho thấy người sống ở thành thị có tỷ lệ kiến thức đạt 26,3%, gần tương đương với người sống ở nông thôn là 26,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,948). Kết quả này trái với giả thuyết ban đầu và cũng khác với một số nghiên cứu trước đây. Nguyễn Thị Cẩm, Tăng Ngọc Lệ Chi[8] cùng Đào Hoàng Việt và cộng sự[10] ghi nhận người bệnh sống ở thành thị có kiến thức và hành vi chăm sóc sức khỏe cao hơn nông thôn, do dễ tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại, sự tương đồng giữa hai nhóm có thể lý giải bởi hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn được triển khai tương đối đồng đều cho người bệnh khi nhập viện, giúp thu hẹp chênh lệch này. Mặt khác, yếu tố "nông thôn" trong bối cảnh Lạng Sơn chủ yếu thuộc khu vực bán đô thị, nơi người dân vẫn có khả năng tiếp cận thông tin qua điện thoại và mạng xã hội, điều này có thể làm giảm khác biệt giữa hai nhóm. Tương tự, Haruna [18] cũng cho rằng địa lý không còn là yếu tố mạnh ảnh hưởng đến kiến thức bệnh lý ở những vùng có độ phủ truyền thông y tế cao. Tuy nhiên, trong bối cảnh địa phương miền núi, điều dưỡng vẫn cần tăng cường truyền thông cộng đồng tại vùng sâu, vùng dân tộc thiểu số, nơi rào cản ngôn ngữ và văn hóa còn tồn tại.

CHƯƠNG 5

KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng của người bệnh còn hạn chế, chỉ có 26,5% người bệnh đạt yêu cầu (≥18/35 điểm), trong khi 73,5% không đạt.

Người bệnh có mức hiểu biết chưa đầy đủ về nguyên nhân gây bệnh, triệu chứng và biến chứng, cũng như chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt phòng tái phát. Tỷ lệ trả lời đúng về nguyên nhân do Helicobacter pylori chỉ đạt 44,0%; kiến thức đúng về chế độ ăn uống, sử dụng thuốc và các yếu tố nguy cơ đều dưới 50%.

Như vậy, có thể kết luận rằng mức độ hiểu biết của người bệnh về phòng tái phát loét dạ dày – tá tràng còn thấp và thiếu toàn diện, đặc biệt ở các nội dung liên quan đến chế độ dinh dưỡng, sử dụng thuốc và nhận biết yếu tố nguy cơ, cần được tăng cường thông qua hoạt động giáo dục sức khỏe và tư vấn của điều dưỡng.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng tái phát bệnh loét dạ dày – tá tràng

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong các yếu tố được xem xét gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và nơi sống, chỉ có trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức phòng tái phát bệnh ($p = 0,001$). Người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ kiến thức đạt càng lớn, trong khi các yếu tố khác như tuổi ($p = 0,737$), nghề nghiệp ($p = 0,472$), thời gian mắc bệnh ($p = 0,506$) và nơi sống ($p = 0,948$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Như vậy, trình độ học vấn là yếu tố chính ảnh hưởng đến kiến thức phòng tái phát bệnh, còn các yếu tố nhân khẩu – xã hội khác không có mối liên quan rõ rệt trong nghiên cứu này.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn

- Tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe cho người bệnh loét dạ dày – tá tràng, đặc biệt nhóm nam giới, trung niên, nông dân, học vấn thấp, sống ở nông thôn.

- Phát huy vai trò điều dưỡng trong tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn uống, sử dụng thuốc và phòng tái phát.

- Tổ chức các buổi tư vấn dinh dưỡng định kỳ, cung cấp tài liệu truyền thông ngắn gọn, dễ hiểu

2. Đối với Trường cao đẳng Lạng Sơn

- Tích hợp kiến thức dinh dưỡng và phòng tái phát loét dạ dày – tá tràng vào chương trình đào tạo điều dưỡng.

- Tăng cường kỹ năng tư vấn – truyền thông sức khỏe cho sinh viên qua học phần thực hành và hoạt động cộng đồng.

- Phối hợp với Bệnh viện trong các chương trình truyền thông – nghiên cứu điều dưỡng, góp phần nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc bệnh nhân tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Lanas, A., & Chan, F. K. L. (2017). Peptic ulcer disease. *The Lancet*, *390*(10094), 613–624.

[2]. Søreide, K., Thorsen, K., Harrison, E. M., & Bingener, J. (2015). Perforated peptic ulcer: Epidemiology and management. *The Lancet*, *386*(10000), 1288–1298. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00276-7

[3]. Yoon, H., Kim, S. G., Jung, H. C., & Song, I. S. (2013). High recurrence rate of idiopathic peptic ulcer in long-term follow-up. *Gut and Liver*, *7*(2), 175–181.

[4]. Quách Duy Tân, Mai Bảo Hân, Trần Minh Khôi, Đào Lê Vinh, & Trần Hoài Vũ (2023). VNAGE consensus on the management of *H. pylori* infection. *Frontiers in Medicine*, *9*, 1065045. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1065045

[5]. Yegen, B. C. (2018). Lifestyle and peptic ulcer disease. *Current Pharmaceutical Design*, *24*(18), 2034–2040.

[6]. Nguyễn Đình Quý, & Phạm Thị Thu Hà (2023). Thay đổi kiến thức của người bệnh loét dạ dày tá tràng chảy máu sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, *6*(01), 125–134.

[7]. Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Đức Quang, Nguyễn Bá Thọ, & Ngô Thị Hằng (2023). Kiến thức dự phòng tái phát của người bệnh loét dạ dày tá tràng chảy máu tại Bệnh viện Quân y 354. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, *6*(01), 115–124.

[8]. Nguyễn Thị Cẩm, Tăng Ngọc Lệ Chi, Lê Gia Khang Nguyên, & Nguyễn Văn Thọ (2023). *Helicobacter pylori* infection and peptic ulcer in Vietnam. *Healthcare*, *11*(11), 1658. https://doi.org/10.3390/healthcare11111658.

[9]. Liou, J. M., Malfertheiner, P., Lee, Y. C., Sheu, B. S., & Sugano, K. (2020). Taipei global consensus on *H. pylori* screening and prevention. *Gut*, *69*(12), 2093–2106.

[10]. Đào Hoàng Việt, Hoàng Lê Bình, Lê Nguyễn Ngọc Hạnh, & Trần Thị Thu Trang (2022). Gastrointestinal endoscopy and peptic ulcer during COVID-19 in Vietnam. *Frontiers in Public Health*, *10*, 876307. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.876307

[11]. Hoàng Thị Lệ & Ngô Huy Hoàng (2019). *Thay đổi kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2019*, tr. 14-19.

[12]. Nguyễn Văn Thái (2022). *Thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2022,* Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa 1, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, tr. 27.số thứ tự tiếp nối từ 13 đến 21)

[13]. Alzahrani, M. A., Alfageeh, K., Thabet, T., & Ali, N. (2020). Assessment of health-related knowledge among patients with peptic ulcer. *Middle East Journal of Family Medicine*, *18*(6).

[14]. Al Omari, S. M., Khalifeh, A. H., & Moman, R. (2025). Knowledge, attitudes, and practices related to *H. pylori* and gastric disease. *Infection and Drug Resistance*.

[15]. Issa, L. F. M., Alfaqih, M. H. H., & Aljuaid, W. M. (2022). Assessment of knowledge and practices regarding peptic ulcer risk factors. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, *6*(1), 178–183.

[16]. Wang, X., Wang, X., Wen, M., & Li, X. (2023). Natural product approaches in gastric ulcer prevention: A bibliometric analysis. *Journal of Future Foods*.

[17]. Al-Worafi, Y. M. (2024). *Peptic ulcer management in developing countries*. Springer.

[18]. Haruna, M. M. (2024). Factors contributing to peptic ulcer severity: Suggested nursing intervention protocol. *HIJNRP Journal of Nursing Research and Practice*.

[19]. Lê Lê Thị Thảo, Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Ngọc Ánh, & Nguyễn Yến Thị Hồng (2022). *H. pylori* eradication in children in Mekong Delta. *Children*, *9*(7), 1019. https://doi.org/10.3390/children9071019

[20]. Đỗ Thị Minh Phương, Trần Thị Hồng Thắm, & Nguyễn Văn Tuấn (2024). Efficacy of bismuth quadruple therapy in *H. pylori*-infected peptic ulcer. *Helicobacter*.

[21]. Đặng Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Ngọc Anh, & Phạm Thị Hằng (2021). Kiến thức và thực hành phòng bệnh loét dạ dày – tá tràng ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam*, *503*(2), 45–52.

[22]. Esther, O. A. (2025). *Assessment of knowledge on prevention and management of peptic ulcer among students* [Unpublished manuscript]. Thomas Adewumi University.

Phụ lục 1

PHIẾU NGHIÊN CỨU

Thực trạng kiến thức về phòng tái phát của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2025.

Mã số phiếu: ..... Số HSBA.....

A- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ SỐ
A1	Họ và tên	…….	
A2	Năm Sinh	…….	
A3	Dân tộc	Tày Nùng Kinh Khác	1 2 3 4
A4	Giới tính	Nam Nữ	1 2
A5	Nơi sinh sống	Thành thị Nông thôn	1 2
A6	Nghề nghiệp chính của ông (bà hiện nay)	Viên chức /công chức Công nhân Nông dân Khác	1 2 3 4
A7	Trình độ học vấn	≤ Trung học cơ sở (cấp 2) Phổ thông trung học (cấp 3) ≥ Trung cấp, cao đẳng, đại học	1 2 3
A8	Thời gian mắc bệnh	<1 năm 1-5 năm >5 năm	1 2 3

B- Kiến thức chung về loét dạ dày tá tràng

B1: Theo ông/bà nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng là gì? (chọn một đáp án)

A.Do vi khuẩn Helicobacter pylori B.Do stress

C.Do ăn uống D.Do bệnh lý: tiểu đường, xơ gan…

E. Do sinh hoạt không điều độ

B2: Theo ông/bà nhóm người nào sau đây có nguy cơ bị loét dạ dày tá tràng? (chọn nhiều đáp án)

A.Những người làm việc căng thẳng B.Những người uống rượu bia nhiều

C.Những người thích ăn chua,cay ,nồng. D.Những người mắc bệnh gan,thận

B3: Theo ông/bà, triệu chứng hay gặp nhất của loét dạ dày-tá tràng là gì? (chọn nhiều đáp án)

A.Gầy sút cân B.Đau bụng vùng thượng vị

C.Buồn nôn, nôn D.Ợ hơi, ợ chua

B4: Theo ông/bà, biến chứng hay gặp nhất của loét dạ dày tá tràng là gì?

A.Thủng ổ loét B.Chảy máu tiêu hóa

C.Ung thư hóa D.Hẹp môn vị

B5:Theo ông/bà yếu tố nào sau đây không thuộc nhóm yếu tố gây loét dạ dày tá tràng? (chọn nhiều đáp án)

A.Acid HCL, pepsin B.Yếu tố bên ngoài: thuốc, rượu,…

C.Yếu tố bên trong: dịch mật D.Sự tái tạo và toàn vẹn của tế bào dạ dày

C- Kiến thức của người bệnh về chế độ ăn, uống trong phòng tái phát bệnh

C1: Người bệnh loét dạ dày tá tràng có chế độ ăn chất xơ như thế nào? (chọn một đáp án)

A.Giàu chất xơ B.Hạn chế chất xơ

C.Không ăn chất xơ D.Không biết

C2: NB nên sử dụng thức ăn giàu đạm (thịt, cá ,trứng,…) như thế nào?

A.Không sử dụng B.Hạn chế sử dụng

C.Sử dụng theo nhu cầu dinh dưỡng D.Sử dụng nhiều

C3: NB loét DDTT nên sử dụng các loại thịt gì? (chọn một đáp án)

A.Thịt quay, rán, nướng, ướp muối. B.Xúc xích, dăm bông, lạp sườn

C.Xương băm nhỏ, sụn D.Thịt, cá nạc được chế biến bằng cách luộc,hấp

C4: NB nên sử dụng các loại gia vị chua, cay, nóng (chanh, ớt, gừng,...) như thế nào? (chọn một đáp án)

A.Sử dụng thường xuyên B.Hạn chế sử dụng

C.Sử dụng theo nhu cầu D.Không biết

C5: NB loét DDTT nên có thói quen dùng nước như thế nào ? (chọn một đáp án)

A.Uống một cốc nước trước ăn 30 phút B.Ăn nhiều canh trong bữa ăn

C.Uống nhiều nước sau khi ăn D.Không biết

C6: NB loét DDTT nên ăn như thế nào? (chọn một đáp án)

A.Ăn chậm nhai kỹ, chia nhiều bữa ăn B.Ăn nhiều, ăn nhanh

C.Ăn trước khi đi ngủ D.Vừa ăn vừa uống nước

C7: Theo ông bà, những thức uống nào gây ảnh hưởng tới bệnh loét dạ dày tá tràng? (Chọn nhiều đáp án)

A.Đồ uống có cồn(rượu, bia,…) B.Đồ uống có ga(nước ngọt có ga,…)

C.Đồ uống chứa chất kịch thích (chè đặc, cà phê,…) D.Khác

C8: NB loét dạ dày tá tràng không nên sử dựng các loại đồ uống có cồn, có ga và chứa chất kích thích? (chọn một đáp án)

A.Đúng B.Sai

C9: Theo ông/bà, chỉ có rượu, bia, chè đặc mới gây hại cho dạ dày còn cà phê không gây hại cho dạ dày? (chọn một đáp án)

A.Đúng B.Sai

D- Kiến thức của người bệnh về cách tuân thủ sử dụng thuốc phòng tái phát loét dạ dày - tá tràng

D1: Theo ông/bà, khi người bệnh đang trong quá trình điều trị nhưng các triệu chứng đã hết thì người bệnh nên làm gì? (chọn 1 đáp án)

A.Thôi thuốc B.Tiếp tục dùng thuốc theo đơn

C.Dùng giảm liều D.Không biết

D2: Theo ông/bà khi bị đau dạ dày trở lại người bệnh nên làm gì? (chọn 1 đáp án)

A.Đi khám lại B.Chỉ điều chỉnh chế độ ăn uống

C.Uống thuốc bắc D.Uống thuốc theo đơn cũ

D3: Khi dùng thuốc để điều trị một bệnh nào đó không liên quan đến dạ dày, người bệnh có cần phải thông báo cho cán bộ y tế biết mình đã bị loét dạ dày tá tràng không? (chọn 1 đáp án)

A.Rất cần thiết B.Cần thiết

C.Ít càn thiết D.Không cần thiết

D4: Ông/bà nên sử dụng thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID) như Aspirin, Diclofenac, ... với tần suất như thế nào? (chọn 1 đáp án)

A.Luôn luôn B.Thỉnh thoảng

C.Hiếm khi D.Không sử dụng

D5: Theo ông/bà khi sử dụng một số thuốc giảm đau chống viêm (NSAID) có màng bao tan như viên Aspirin ph8, người bệnh cần uống như thế nào? (chọn 1 đáp án)

A.Nhai nát viên thuốc B.Hòa tan thuốc với nước

C.Bẻ đôi viên thuốc D.Uống nguyên viên thuốc

D6: Theo ông/bà khi sử dụng một số thuốc giảm đau chống viêm (NSAID) có dạng là bào chế là viên nén trần, người bệnh cần phải uống như thế nào? (chọn 1 đáp án)

A.Uống vào bữa ăn, sau khi ăn B.Uống thuốc trước bữa ăn 15 phút

C.Uống thuốc khi đói D.Không biết

D7: Theo ông/bà khi uống thuốc giảm đau chống viêm (NSAID), nên uống với bao nhiêu nước? (chọn 1 đáp án)

A.Uống thuốc với ngụm nhỏ nước B.Uống thuốc với khoảng 200-250 ml nước

C.Uống thuốc với càng ít nước càng tốt D.Không biết

E- Kiến thức của người bệnh về lối sống sinh hoạt ảnh hưởng đến phòng tái phát bệnh loét DDTT

Ông/bà hãy cho biết những câu sau đây là đúng hay sai bằng cách đánh dấu (x) vào cột tướng ứng với mỗi câu dưới đây:

Câu	Nội dung	Đúng	Sai
		1	2
E1	Người bệnh loét dạ dày tá tràng có thể hút thuốc lá		

E2	Người bệnh loét dạ dày tá tràng có thể hoạt động trí óc trong khoảng thời gian 30 phút sau ăn		
E3	Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên hoạt động thể lực mạnh trong khoản 30 phút sau ăn để dễ tiêu hóa thức ăn		
E4	Tinh thần căng thẳng, stress làm tăng sản sinh acid dạ dày khiến loét dạ dày tái phát		
E5	Người bệnh nên ăn trước khi đi ngủ để dạ dày không bị rỗng		
E6	Đề phòng tái phát loét người bệnh chú ý giữ ấm vùng bụng		
E7	Việc đảm bảo ăn uống vệ sinh, ăn chín uống sôi, rửa tay trước khi ăn giúp phòng tái phát bệnh loét DDTT		

Xin trân trọng cám ơn ông/bà đã trả lời câu hỏi./.

Phụ lục 2: THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC

Mỗi Câu trả lời đúng được 01 điểm, trả lời sai 0 điểm, tổng điểm là 35 điểm

Stt	Câu trả lời	Điểm
B1	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0
B2	Chọn A	1
	Chọn B	1
	Chọn C	1
	Chọn D	1
B3	Chọn A	0
	Chọn B	1
	Chọn C	1
	Chọn D	1
B4	Chọn A	0
	Chọn B	1
	Chọn C	0
	Chọn D	0
B5	Chọn A,B,C	0

Stt	Câu trả lời	Điểm
C6	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0
C7	Chọn A	1
	Chọn B	1
	Chọn C	1
	Chọn D	0
C8	Chọn A	1
	Chọn B	0
C9	Chọn A	0
	Chọn B	1
D1	Chọn B	1
	Chọn A,C,D	0
D2	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0
D3	Chọn A	1

Stt	Câu trả lời	Điểm
E2	Chọn 1	1
	Chọn 2	0
E3	Chọn 1	0
	Chọn 2	1
E4	Chọn 1	1
	Chọn 2	0
E5	Chọn 1	0
	Chọn 2	1
E6	Chọn 1	1
	Chọn 2	0
E7	Chọn 1	1
	Chọn 2	0

	Chọn D	1
C1	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0
C2	Chọn C	1
	Chọn A,B,D	0
C3	Chọn D	1
	Chọn A,B,C	0
C4	Chọn B	1
	Chọn A,C,D	0
C5	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0

	Chọn B,C,D	0
D4	Chọn A,B,C	0
	Chọn D	1
D5	Chọn A,B,C	0
	Chọn D	1
D6	Chọn A	1
	Chọn B,C,D	0
D7	Chọn B	1
	Chọn A,C,D	0
E1	Chọn 1	0
	Chọn 2	1

Phụ lục 2

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Stt	Mã hồ sơ BA	Họ và tên người bệnh	Tuổi/giới	
			Nam	Nữ
1	BA000766535	Hoàng Thị S		56
2	BA000767207	Bế Văn N	43	
3	BA000765862	Hoàng Thị S		52
4	BA000763259	Đặng Thị T		54
5	BA000770741	Nguyễn Hữu T	32	
6	BA000769963	Vi Văn Đ	47	
7	BA000771380	Mai Thị C		59
8	BA000772583	Hà Văn T	49	
9	BA000772059	Hoàng Thị H		42
10	BA000770995	Trần Thị H		79
11	BA000768989	La Văn V	55	
12	BA000768819	Hoàng Văn C	47	
13	BA000766216	Nguyễn Thanh N		58
14	BA000768946	Dương A M		59
15	BA000764935	Triệu Thị T		42
16	BA000769397	Nguyễn Văn H	70	
17	BA000772705	Trần Văn T	50	
18	BA000772584	La Thị H		72
19	BA000774760	Nguyễn Văn T	41	
20	BA000769867	Bùi Cửu L	39	
21	BA000775561	Nông Thị S		51
22	BA000774161	Lý Thị H		26
23	BA000774570	Vy Thanh T	24	
24	BA000777485	Đoàn Duy T	48	
25	BA000778429	Triệu Trần M	36	
26	BA000774287	Chu Thị L		82
27	BA000774234	Bế Minh H		29
28	BA000778222	Lăng Văn H	30	
29	BA000766650	Hoàng Văn T	41	
30	BA000766103	Nông Văn H	49	
31	BA000770958	Nguyễn Thị Q		38
32	BA000765325	Đàm Thị G		23
33	BA000768817	Cháu Phổng D	79	
34	BA000767189	Phạm Thị M		69
35	BA000770943	Nông Văn H	49	
36	BA000774709	Nguyễn Thị T		84
37	BA000775418	Ngô Viết X	63	

38	BA000764998	Triệu Thị L		43
39	BA000774617	Hoàng Văn Đ	53	
40	BA000776443	Vi Thị L		48
41	BA000774654	Linh Văn C	42	
42	BA000765038	Phạm Văn M	62	
43	BA000768060	Phạm Thị H		39
44	BA000772549	Tạ Thị T		58
45	BA000764907	Hoàng Văn T	57	
46	BA000779441	Triệu Sinh T	65	
47	BA000776279	Đường Văn M	33	
48	BA000765295	Lưu Văn B	63	
49	BA000784300	Vi Văn M	65	
50	BA000785758	Lê Tiến D	38	
51	BA000777413	Đặng Trần Q	65	
52	BA000784762	Đinh Văn K	50	
53	BA000776825	Lý Quốc Đ	38	
54	BA000781884	Lục Xuân V	81	
55	BA000788568	Hoàng Thị N		51
56	BA000777534	Đinh Minh T	40	
57	BA000773734	Hoàng Ngọc L	63	
58	BA000778148	Đặng Đình T	39	
59	BA000774650	Nông Văn N	44	
60	BA000778441	Phùng Thị D		63
61	BA000774719	Lương Kim D		21
62	BA000777430	Hoàng Thị Y		66
63	BA000778235	Lê Đức B	56	
64	BA000774427	Hoàng Minh C	45	
65	BA000783389	Nguyễn Văn H	78	
66	BA000778364	Hoàng Thị N		66
67	BA000775564	Hứa Văn K	39	
68	BA000776174	Hứa Thị N		65
69	BA000782348	Phan Công P	79	
70	BA000778340	Đào Thu H		42
71	BA000779165	Hoàng Văn L	53	
72	BA000781567	Hoàng Thị H		80
73	BA000778075	Vi Văn N	20	
74	BA000784181	Luân Văn T	43	
75	BA000786516	Hoàng Thị T		37
76	BA000781173	Nông Duy P	37	
77	BA000776269	Lương Văn X	52	
78	BA000785419	Hoàng Thị K		63
79	BA000791540	Vy Thùy M		32

80	BA000781844	Hoàng Thị T		46
81	BA000773041	Triệu Văn T	69	
82	BA000784708	Lăng Văn H	44	
83	BA000781268	Vi Văn T	90	
84	BA000781496	Liễu Văn T	35	
85	BA000788092	Hải Văn K	63	
86	BA000780518	Dương Ngọc T		17
87	BA000785556	Bùi Thị T		70
88	BA000780517	Linh Thị L		32
89	BA000785786	Trần Anh T	71	
90	BA000781765	Hoàng Văn H	64	
91	BA000785768	Lý Văn C	46	
92	BA000776561	Hoàng Thị V		55
93	BA000778402	Nông Ký H	76	
94	BA000781923	Lương Xuân L	42	
95	BA000785709	Chu Thị X		49
96	BA000782083	Hoàng Thị N		28
97	BA000783555	Vy Văn N	54	
98	BA000784292	Đỗ Thảo M		17
99	BA000778601	Nguyễn Thị H		59
100	BA000782659	Tô Văn D	71	
101	BA000785582	Nông Thế N	26	
102	BA000782880	Vy Thị M		33
103	BA000780813	Vi Thị B		53
104	BA000774578	Lý Thị N		57
105	BA000787029	Đinh Văn K	48	
106	BA000783587	Dương Thị M		57
107	BA000780484	Vũ Thu H		17
108	BA000785685	Phan Thúy D		17
109	BA000785526	Triệu Xuân H	64	
110	BA000784672	Nguyễn Việt H	35	
111	BA000781843	Trần Thị N		71
112	BA000780937	Linh Thanh T	36	
113	BA000782438	Thành Văn T	71	
114	BA000781785	Đàm Thị N		89
115	BA000774510	Nông Thị L		88
116	BA000785395	Trần Huy T	40	
117	BA000772682	Hứa Văn S	35	
118	BA000780995	Chu Văn H	49	
119	BA000778672	Chu Thị H		69
120	BA000785403	Nguyễn Thị P		53
121	BA000786138	Nông Thị N		76

122	BA000782100	Nguyễn Trà M		19
123	BA000780397	Dương Thị Y		82
124	BA000795193	Hoàng Kim D		24
125	BA000781994	Lâm Thị T		63
126	BA000796126	Tô Văn L	36	
127	BA000796891	Vy Thị S		55
128	BA000786265	Vi Văn T	57	
129	BA000791257	Đinh Thị C		70
130	BA000777626	Hoàng Văn L	49	
131	BA000781174	Lành Văn T	59	
132	BA000782200	Vy Văn L	54	
133	BA000796766	Âu Văn T	29	
134	BA000795966	Hoàng Thị T		53
135	BA000795148	Lý Thị V		45
136	BA000779700	Lý Viết T	76	
137	BA000779420	Đinh Văn H	29	
138	BA000786380	Vy Văn H	44	
139	BA000792271	Nông Văn H	65	
140	BA000786478	Triệu Văn L	66	
141	BA000798931	Nguyễn Quang T	45	
142	BA000790200	Lã Duy K	39	
143	BA000778328	Triệu Văn T	43	
144	BA000796049	Hoàng Thị P		63
145	BA000788430	Nông Quốc T	31	
146	BA000784130	Vy Thành G	85	
147	BA000792224	Nguyễn Ngọc L		30
148	BA000786260	Hoàng Thị H		46
149	BA000790768	Vi Văn H	51	
150	BA000802019	Hoàng Thị S		91
151	BA000782066	Hà Thanh H	67	
152	BA000796094	Hoàng Thị B		68
153	BA000793783	Bùi Quang T	53	
154	BA000788632	Trương Thị B		52
155	BA000783542	Đàm Văn H	41	
156	BA000801482	Lý Văn S	49	
157	BA000804015	Đàm Thị S		59
158	BA000792578	Phạm Văn T	79	
159	BA000804827	La Văn H	44	
160	BA000795624	Vi Văn H	45	
161	BA000797906	Dương Đức H	52	
162	BA000795715	Nguyễn Thu L		37
163	BA000799633	Triệu Văn G	48	

164	BA000788608	Hoàng Thị D		83
165	BA000792413	Lương Văn N	45	
166	BA000782107	Nông Thuý P		65
167	BA000784437	Nông Ích T	72	
168	BA000802788	Chu Văn Ả	35	
169	BA000797932	Mông Văn N	50	
170	BA000784092	Hoàng Thị T		31
171	BA000789638	Nông Minh H		38
172	BA000788861	Hoàng Thanh L	74	
173	BA000777197	Tăng Văn T	56	
174	BA000793269	Hoàng Thị K		66
175	BA000786700	Hoàng Kim T	55	
176	BA000795968	Trần Văn K	60	
177	BA000788089	Phùng Thị T		69
178	BA000786812	Phùng Văn M	51	
179	BA000791301	Sầm Văn T	59	
180	BA000790536	Lý Văn C	41	
181	BA000793817	Vi Văn Ớ	54	
182	BA000803340	Vi Thị N		85
183	BA000791315	Hoàng Cường M	94	
184	BA000785788	Ngô Việt C	44	
185	BA000791525	Lê Thị M		56
186	BA000803014	Nông Văn P	64	
187	BA000794085	Hoàng Thị L		66
188	BA000792265	Đinh Minh T	42	
189	BA000796110	Lục Thị D		37
190	BA000793802	Hoàng Dương V	37	
191	BA000788140	Hoàng Văn C	38	
192	BA000788151	Lăng Văn K	46	
193	BA000788431	Lục Yến N		49
194	BA000790854	Bế Văn T	67	
195	BA000801631	Hoàng Thị T		37
196	BA000790850	Bế Văn Q	34	
197	BA000790194	Nông Thị Đ		91
198	BA000802902	Lê Thúy B		67
199	BA000804294	Hứa Văn T	49	
200	BA000790204	La Văn T	50	
201	BA000798332	Hoàng Văn M	41	
202	BA000787030	Phan Quốc M	16	
203	BA000798506	Phương Thị N		64
204	BA000798862	Nông Văn T	62	
205	BA000788910	Bùi Ngọc N	52	

206	BA000794652	Phan Văn T	41	
207	BA000788162	Hứa Trung N	33	
208	BA000792189	Hoàng Thị V		69
209	BA000789759	Hoàng Thị B		63
210	BA000789898	Hoàng Hoàng H	72	
211	BA000799757	Hà Quang T	54	
212	BA000793154	Mạc Thị H		80
213	BA000785566	Đỗ Quỳnh M		18
214	BA000785427	Phùng Kiều V		21
215	BA000786716	Chu Thanh H	57	
216	BA000786211	Nguyễn Thị S		78
217	BA000785772	Lăng Văn T	31	
218	BA000806557	Chu Thị D		45
219	BA000785024	Nông Thị T		65
220	BA000798699	Triệu Thị L		34
221	BA000790858	Lô Minh T	39	
222	BA000790829	Hoàng Xuân M	47	
223	BA000785224	Lành Cao Đ	70	
224	BA000784077	Hà Tuấn A	42	
225	BA000801425	Lục Hoa B		76
226	BA000800615	Triệu Sinh T	52	
227	BA000785646	Nông Văn P	64	
228	BA000787031	La Khí T	37	
229	BA000801633	Lộc Văn T	27	
230	BA000799781	Hoàng Văn V	55	
231	BA000792256	Phùng Thị D		49
232	BA000794613	Lương Thị Đ		84
233	BA000782644	Chu Văn L	63	
234	BA000794465	Nông Văn T	41	
235	BA000798653	Lương Văn B	52	
236	BA000799731	Hoàng Thị B		37
237	BA000799770	Vi Văn Đ	29	
238	BA000795162	Nguyễn Thị T		48
239	BA000798026	Lâm Văn Đ	77	
240	BA000799816	Vi Văn H	43	
241	BA000795197	Hứa Thị M		68
242	BA000797485	Hoàng Thị H		56
243	BA000800562	Vi Xuân Q	28	
244	BA000797564	Vy Thị H		59
245	BA000797853	Lành Văn H	49	
246	BA000799797	Vi Văn P	60	
247	BA000792520	Ma Văn D	67	

248	BA000797027	Lý Thị T		83
249	BA000786967	Hoàng Văn H	46	
250	BA000795263	Nguyễn Thị L		47
251	BA000797824	Hoàng Thị T		80
252	BA000789610	Lành Văn T	36	
253	BA000809784	Hà Thanh H		37
254	BA000804086	Chu Văn B	61	
255	BA000803777	Vũ Thị L		78
256	BA000807696	Trần Tuấn A	30	
257	BA000790857	Hoàng Thị Y		43
258	BA000804639	Hoàng Xuân L	49	
259	BA000798761	Hoàng Văn H	40	
260	BA000808934	Nông Văn L	38	
261	BA000809580	Nguyễn Thị Ư		42
262	BA000807033	Ngô Thanh C		74
263	BA000807357	Nông Văn L	82	
264	BA000806302	Nông Thị T		39
265	BA000806853	Lành Văn S	58	
266	BA000805665	Nguyễn Đức T	82	
267	BA000805518	Tô Thị T		58
268	BA000802915	Hoàng Thị T		67
269	BA000817846	Hoàng Văn T	41	
270	BA000807686	Linh Văn C	78	
271	BA000817068	Công Văn P	49	
272	BA000813133	Triệu Thị Y		38
273	BA000821948	Nông Thế N	49	
274	BA000811827	Hoàng Văn T	46	
275	BA000816440	Hoàng Thu H		17
276	BA000810539	Hoàng Văn D	48	
277	BA000816188	Nông Văn N	61	
278	BA000822984	Nguyễn Việt H	35	
279	BA000812746	Triệu Thị M		26
280	BA000813123	Hoàng Thị T		59
281	BA000806203	Vi Văn T	80	
282	BA000814066	Trần Ngọc T		31
283	BA000815827	Tô Văn H	37	
284	BA000813708	Vi Văn N	20	
285	BA000815143	Lã Thị H		45
286	BA000815877	Chu Văn Đ	50	
287	BA000816410	Âu Yến N		25
288	BA000802895	Hoàng Văn T	41	
289	BA000809722	Lương Văn P	67	

290	BA000808169	Phương Thị L		68
291	BA000817692	Lành Văn C	50	
292	BA000811515	Vi Văn L	43	
293	BA000814811	Hoàng Văn L	35	
294	BA000817940	Nguyễn Thị T		77
295	BA000815892	Hoàng Văn T	50	
296	BA000816489	Sầm Văn Â	67	
297	BA000821610	Đinh Bá T	46	
298	BA000814072	Wu Phương P	40	
299	BA000816382	Nguyễn Thị T		48
300	BA000819417	Triệu Văn N	63	
301	BA000826948	Triệu Văn G	51	
302	BA000829517	Vi Văn Q	39	
303	BA000826949	Hoàng Văn T	40	
304	BA000813359	Nguyễn Ngọc T	49	
305	BA000816417	Lộc Duy S	79	
306	BA000813337	Phan Văn T	39	
307	BA000833390	Nông Thị T		33
308	BA000814283	Triệu Tiến M	67	
309	BA000823204	Lý Văn T	70	
310	BA000809786	Lộc Thu H		47
311	BA000806247	Hoàng Văn S	44	
312	BA000819721	Hoàng Văn Q	32	
313	BA000833193	Hoàng Thị T		73
314	BA000821096	Vũ Thị H		46
315	BA000821052	Đinh Thị D		49
316	BA000816374	Nguyễn Thị T		75
317	BA000812000	Vy Thị N		77
318	BA000831698	Hoàng Ngọc Á	49	
319	BA000813010	Lê Văn G	39	
320	BA000815329	Lý Văn L	61	
321	BA000814028	Bế Thị T		83
322	BA000822287	Hoàng Xuân S	74	
323	BA000811787	Nguyễn Ngọc T	34	
324	BA000826967	Âu Văn L	56	
325	BA000802864	Vi Văn T	32	
326	BA000816404	Hoàng Văn T	55	
327	BA000807356	Tô Thanh T	57	
328	BA000826803	Lăng Thị P		52
329	BA000815621	Lục Thị D		37
330	BA000814792	Vy Văn H	39	
331	BA000802778	Nguyễn Thị T		48

332	BA000833355	Phùng Văn T	62	
333	BA000810347	Phương Thị T		60
334	BA000812426	Nịnh Văn T	50	
335	BA000827001	Tô Thị C		66
336	BA000829435	Nguyễn Thành A	18	
337	BA000821834	Nguyễn Đức M	17	
338	BA000825884	Đinh Văn D	75	
339	BA000828958	Hoàng Văn T	41	
340	BA000833341	Trần Thị N		76
341	BA000797605	Hoàng Minh T	52	
342	BA000821155	Hà Thị P		39
343	BA000820094	Hoàng Văn T	51	
344	BA000813226	Mùi Văn L	60	
345	BA000813377	Vi Văn H	51	
346	BA000816508	Hoàng Viết Q	62	
347	BA000814254	Lương Văn H	38	
348	BA000803402	Nông Văn Đ	55	
349	BA000813181	Mông Văn Y	64	
350	BA000813846	Ma Văn T	58	
351	BA000806335	Nguyễn Đình L	67	
352	BA000807059	Hoàng Thị H		30
353	BA000806846	Hoàng Hồng Q	46	
354	BA000803326	Nguyễn Văn D	52	
355	BA000810319	Nông Văn H	47	
356	BA000821794	La Xuân C	35	
357	BA000802925	Chu Đức S	78	
358	BA000804069	La Văn H	53	
359	BA000813204	Lành Văn D	63	
360	BA000830247	Hoàng Văn N	80	
361	BA000830446	Hoàng Văn S	77	
362	BA000825520	Đinh Văn T	45	
363	BA000809744	Triệu Thị P		63
364	BA000809732	Vi Văn L	52	
365	BA000833820	Nông Thanh V	33	
366	BA000812965	Hoàng Văn T	71	
367	BA000833466	Đặng Văn X	46	
368	BA000810255	Dương Đức H	52	
369	BA000821472	Nông Thành C	70	
370	BA000801247	Hoàng Văn M	50	
371	BA000830097	Hoàng Văn C	41	
372	BA000826764	Hoàng Thị C		55
373	BA000829432	Tô Văn T	44	

374	BA000824755	Nông Văn Đ	38	
375	BA000815084	Chu Văn S	54	
376	BA000803528	Nông Văn T	41	
377	BA000833447	Nông Văn Â	82	
378	BA000823899	Lục Thị S		70
379	BA000811100	Chu Đình N	28	
380	BA000833383	Đặng Văn H	36	
381	BA000816491	Lương Xuân B	48	
382	BA000814067	Hoàng Thị P		58
383	BA000832300	Hoàng Văn Đ	67	
384	BA000828923	Nguyễn Kim Q	32	
385	BA000830147	Hoàng Văn B	52	
386	BA000833477	Hoàng Thị C		51
387	BA000830442	Hà Thị T		50
388	BA000832589	Hứa Văn P	62	
389	BA000831219	Lương Thị K		54
390	BA000833761	Hoàng Việt K	18	
391	BA000831425	Hà Thị Đ		65
392	BA000831019	Triệu Văn T	33	
393	BA000830319	Trần Thị N		78
394	BA000838867	Lăng Văn H	42	
395	BA000838100	Lê Yến T		29
396	BA000831483	Hứa Văn T	49	
397	BA000839748	Hoàng Thị M		30
398	BA000839776	Đào Thu T		40
399	BA000836397	Đồng Văn G	60	
400	BA000837487	Vũ Thị K		60
401	BA000827741	Nguyễn Thị P		62
402	BA000838157	Hoàng Thị T		25
403	BA000823433	Nông Thị T		58
404	BA000835944	Dương Thị S		32
405	BA000836160	Trịnh Thanh B		39
406	BA000832130	Hoàng Văn C	77	
407	BA000830275	Minh Thị M		60
408	BA000832099	Nguyễn Thị V		66
409	BA000831748	Vũ Thị T		60
410	BA000833172	Vũ Văn P	58	
411	BA000823255	Lý Thị K		75
412	BA000827772	Jin Jin D	51	
413	BA000827385	Phùng Thị T		65
414	BA000833497	Hoàng Thị T		47
415	BA000828339	Mông Thanh N	85	

416	BA000833510	Hoàng Văn D	42	
417	BA000835050	Vi Văn H	59	
418	BA000835757	Hoàng Thị P		67
419	BA000826894	Nông Đức H	38	
420	BA000823166	Âu Văn L	56	
421	BA000822964	Nguyễn Thị S		78
422	BA000838795	Hoàng Chằn P	63	
423	BA000838855	Vi Thị T		34
424	BA000802890	Hoàng Thị H		56
425	BA000834959	Hoàng Văn L	48	
426	BA000826905	Tô Văn T	60	
427	BA000823396	Đoàn Thị N		69
428	BA000837053	Phan Văn T	39	
429	BA000831035	Triệu Văn D	43	
430	BA000833506	Nông Văn Đ	43	
431	BA000818195	Lương Thúy B		78
432	BA000823328	Chu Quốc H	44	
433	BA000835142	Phạm Đình Đ	64	
434	BA000835787	Lê Thị B		67
435	BA000835928	Lý Viết V	65	
436	BA000809789	Ngô Văn M	35	
437	BA000840727	Hoàng Văn T	61	
438	BA000837814	Vi Văn K	65	
439	BA000841256	Lý Mai L		17
440	BA000839730	Tô Văn L	65	
441	BA000840349	Hà Thị D		45
442	BA000841333	Hoàng Kim H	50	
443	BA000840530	Cù Thị H		60
444	BA000841960	Nông Văn D	51	
445	BA000836402	Đặng Hồng Q	77	
446	BA000758990	Lý Văn L	49	
447	BA000758823	Liễu Văn T	48	
448	BA000757009	Dương Thị T		37
449	BA000757374	Chuông Thị D		48
450	BA000758835	Triệu Văn K	44	
451	BA000755545	Hoàng Văn T	45	
452	BA000759981	Vi Văn T	36	
453	BA000759013	Lăng Văn P	36	
454	BA000761703	Phạm Đăng T	41	
455	BA000760882	Lương Đình P	54	
456	BA000761100	Đỗ Thị T		48
457	BA000758952	Hoàng Ngọc L	63	

458	BA000758608	Phan Công P	79	
459	BA000760464	Lô Bằng Y	70	
460	BA000760530	Đào Thị Q		58
461	BA000761409	Vy Văn T	65	
462	BA000763353	Trần Văn D	65	
463	BA000757315	Đinh Khánh P		30
464	BA000761121	Dương Văn V	44	
465	BA000761711	Lành Văn N	53	
466	BA000761721	Hà Thị U		17
467	BA000762812	Bùi Thị M		48
468	BA000761867	Hoàng Văn Đ	47	
469	BA000761845	Lý Mai S	74	
470	BA000761403	Hoàng Văn T	64	
471	BA000758790	Lăng Thị S		69
472	BA000759376	Hà Vĩnh C	31	
473	BA000759808	La Thanh L	83	
474	BA000763998	Đinh Văn H	49	
475	BA000765534	Nông Văn L	42	
476	BA000765949	Vũ Thành L	61	
477	BA000766586	Chu Văn P	47	
478	BA000767211	Triệu Văn K	46	
479	BA000768893	Hoàng Đình V	16	
480	BA000769654	Bế Thị P		41
481	BA000765044	Trần Văn C	51	
482	BA000764238	Lý Thị S		65
483	BA000764988	Phùng Văn D	39	
484	BA000762809	Ma Bích D		17
485	BA000759662	Hoàng Văn H	50	
486	BA000763549	Lăng Văn T	36	
487	BA000764128	Nông Minh T	32	
488	BA000766933	Triệu Văn L	66	
489	BA000765105	Hoàng Hương D		51
490	BA000761399	Hoàng Hoàng N	69	
491	BA000763368	Hoàng Văn B	71	
492	BA000762881	Hoàng Tiến T	30	
493	BA000768961	Lành Văn T	59	
494	BA000773091	Hoàng Văn H	40	
495	BA000762171	Phùng Văn T	57	
496	BA000770956	Phạm Văn C	37	
497	BA000772277	Chu Văn Đ	66	
498	BA000762006	Nguyễn Ngọc T	34	
499	BA000774420	Hoàng Minh L	41	

500	BA000774315	Hà Thanh H	67	
501	BA000770954	Chu Lan A		29
502	BA000772269	Hứa Văn B	44	
503	BA000771395	Trịnh Thị M		76
504	BA000773431	Nguyễn Văn H	56	
505	BA000774683	Nguyễn Thị K		50
506	BA000762581	Nông Thanh N	63	
507	BA000766587	Mạc Linh C		20
508	BA000768762	Trần Văn T	46	
509	BA000769023	Chu Văn N	63	
510	BA000845180	Lành Văn B	65	
511	BA000843461	Đoàn Thị Y		63
512	BA000844214	Dương Trùng T	54	
513	BA000801206	Bùi Thị P		53
514	BA000843506	Lưu Viết T	62	
515	BA000846557	Bùi Thị H		64
516	BA000845506	Lục Thị H		65
517	BA000842872	Đinh Quang D	31	
518	BA000797889	Ngọc Thị L		61
519	BA000846859	Lục Kim H		41
520	BA000845461	Lăng Thị H		56
521	BA000843372	Hoàng Văn L	49	
522	BA000846750	Nguyễn Khánh C		33
523	BA000845493	Hoàng Phương T		16
524	BA000845431	Lê Thị T		17
525	BA000846553	Vi Thị K		50

Xác nhận của phòng kế hoạch tổng hợp BVĐK tỉnh Lạng Sơn

(đã ký)

Người lập danh sánh



Vương Văn Thắng