

tăng lên sau khi được thông khí nhân tạo tư thế nằm sấp (bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Jozwiak và cộng sự khi tiến hành TKNT tư thế nằm sấp trên 18 bệnh nhân thì thấy độ giãn nở phổi cũng có xu hướng tăng lên [2]. Nghiên cứu của Nakos cũng cho rằng TKNT tư thế nằm sấp làm tăng giãn nở phổi khi BN được nằm ngửa trở lại [3]. Điều này cho thấy tư thế nằm sấp tuy làm giảm giãn nở của lồng ngực phía xương ức nhưng do tăng huy động phế nang ở vùng phổi phía lưng đồng thời giảm đè ép của tim lên phổi cũng như đè ép của các tạng trong ổ bụng lên cơ hoành nên làm cho độ giãn nở của phổi không bị giảm đi mà còn có xu hướng tăng lên [1].

Áp lực cao nguyên đường thở (P_{plat}) cũng có xu hướng giảm đi nhưng không có ý nghĩa thống kê (bảng 1). Trước khi nằm sấp, các BN có áp lực cao nguyên khá cao $28,7 \pm 4,4$ cmH₂O nên khi áp lực cao nguyên không tăng lên hoặc giảm đi thì sẽ làm giảm nguy cơ chấn thương phổi do áp lực [6]. Nghiên cứu của Nakos cũng cho rằng TKNT tư thế nằm sấp làm giảm áp lực cao nguyên [3]. Áp lực cao nguyên được giữ ở mức ≤ 30 cmH₂O nhờ điều chỉnh Vt và thời gian thở vào [6] do đó những thay đổi thông số cài đặt có thể ảnh hưởng đến thông số này. Tuy nhiên các số liệu của chúng tôi cho thấy: Khi BN nằm sấp thì các thông số máy thở tiếp tục được duy trì như khi BN nằm ngửa sau đó được điều chỉnh theo đáp ứng của BN (bảng 3). Nhìn chung các thông số thể tích lưu thông, tần số thở, thời gian thở vào cũng không thay đổi nhiều khi BN nằm sấp. Chúng tôi điều chỉnh áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) và nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) theo hướng dẫn của ARDSNet [6]. PEEP có xu hướng giảm dần còn FiO_2 được giảm rõ ngay sau khi BN nằm sấp 1 giờ với $p < 0,01$. FiO_2 tiếp tục

được giảm đi ở các thời điểm tiếp theo và khi BN nằm ngửa trở lại (bảng 3).

V. KẾT LUẬN

- Độ giãn nở phổi có xu hướng tăng lên khi BN nằm sấp
- Áp lực cao nguyên giảm có xu hướng giảm đi khi BN nằm sấp
- Áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) có xu hướng giảm.
- FiO_2 giảm sau khi bệnh nhân nằm sấp 1 giờ với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guerin C (2014). "Prone Positioning in Acute Respiratory Distress Syndrome". *Eur Respir Rev* 2014; 23: 249-257 | DOI: 10.1183/09059180.00001114.
2. Jozwiak M, Teboul JL, Angual N, et al (2013). "Beneficial Hemodynamic Effects of Prone Positioning in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome". *Am J Respir Crit Care Med* Vol 188, Iss. 12, pp 1428-1433
3. Nakos G, Tsangaris I, Kostanti E, et al (2000). "Effect of the Prone Position on Patients with Hydrostatic Pulmonary Edema Compared with Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome and Pulmonary Fibrosis". *Am J Respir Crit Care Med* Vol 161, pp 360-368.
4. Piehl MA, Brown RS (1976). "Use of extreme position changes in acute respiratory failure". *Crit Care Med*, 4(1):13 - 14.
5. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. (2012) "Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition". *JAMA*, 307:2526 - 33.
6. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network (2000). "Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome". *NEJM*, vol 342, No 18, 1301-1308.
7. Ware LB, Mathay MA (2000). "The acute respiratory distress syndrome". *N Engl J Med*, Vol 342 No.18, 1334 - 1348.

GLÔCÔM THỨ PHÁT DO CHẤN THƯƠNG NHÂN CẦU

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tăng nhãn áp do chấn thương. Dùng

phương pháp quan sát mô tả lâm sàng có can thiệp 45 mắt tăng nhãn áp do chấn thương đã được điều trị và theo dõi trong 2 năm (2004-2006). Kết quả như sau: nam nhiều hơn nữ (8:2), lứa tuổi bị nhiều nhất là 21-60 tuổi (62,2%), nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn trong sinh hoạt (73,4%). Chấn thương đụng đập có 40 mắt (88,9%), và chấn thương xuyên nhãn cầu (11,1%). Nhóm chấn thương đụng đập được chia thành những nhóm theo hình thái lâm sàng: nhóm tăng nhãn áp thoáng qua (11,1%), nhóm tăng nhãn áp do XHTP(6,7%), nhóm tăng nhãn áp do lệch thể

* Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2017

Ngày duyệt bài: 18.01.2017

thủy tinh (33,3%), nhóm tăng nhãn áp do lùi góc tiền phòng (37,3%). Kết quả điều trị theo từng nhóm khác nhau, nhóm tăng nhãn áp thoáng qua và nhóm tăng nhãn áp do XHTP có kết quả điều trị tốt nhất. Kết luận rút ra là: Tăng nhãn áp sau chấn thương là một loại glôcôm thứ phát có cơ chế bệnh sinh rất phức tạp. Điều trị tùy theo cơ chế bệnh sinh và bệnh cần phải được theo dõi lâu dài.

Từ khóa: tăng nhãn áp do chấn thương, glôcôm thứ phát

SUMMARY

SECONDARY GLAUCOMA DUE TO THE OCULAR TRAUMA

The research aims the evaluation on clinical characteristics and treatment results of high intraocular pressure due to trauma. Using the method of clinical intervention describe observation on 45 high IOP eyes due to trauma followed and treated for 2 years (2004 to 2006). The results of the research as follows: the male has the number higher than female (8:2), the majority are 21 to 60 years of age (62.2%), the trauma in living activities occupied the highest rate (73.3%). The blunt trauma consist of 40 eyes (88.9%), penetrating ocular trauma (11.1%). The group of penetrating ocular trauma were divided into the different subgroups based on clinical morphology: temporary high intraocular pressure (11.1%), due to anterior chamber hyphema (37.3%), due to crystalline lens dislocation (33.3%), due to anterior chamber angle recession (37.3%). The outcomes of treatment were different from subgroups, the good prognosis belongs to subgroup of temporary and anterior chamber hyphema. Final conclusion: Increased intraocular pressure due to ocular trauma is a type of secondary glaucoma that having a complicated pathogenesis. The treatment methods depend on own pathogenesis and need to be a long time follow-up.

Keywords: high intraocular pressure due to trauma, secondary glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng nhãn áp sau chấn thương là một loại glôcôm thứ phát sau chấn thương. Bệnh này xuất hiện trong khoảng 5-10% ở những mắt bị thương [3]. Glôcôm thứ phát có thể xuất hiện dưới nhiều hình thái lâm sàng khác nhau và xuất hiện ở những giai đoạn khác nhau. Bệnh này có thể xuất hiện như glôcôm góc đóng cấp hoặc mãn tính hoặc glôcôm lùi góc (giống glôcôm góc mở). Chính vì sự đa dạng và phức tạp của bệnh càng gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

Ở mắt chấn thương đụng dập, do áp lực từ ngoài đột ngột tác động vào nhãn cầu làm cho trục trước sau của nhãn cầu ngắn lại, dây tổ chức nội nhãn ra xung quanh gây giãn căng xích đạo của nhãn cầu trong một khoảng thời gian rất ngắn, chính tác động này tạo ra lực xô rách các tổ chức nội nhãn như rách bờ đồng tử, đứt chân móng mắt, rách vùng bè trabeculum, bong thể mi, đứt dây treo thể thủy tinh, lệch thể thủy tinh

khởi vị trí của nó, rách và bong võng mạc chu biên, co kéo dịch kính nền. Tất cả những tổn thương này làm rối loạn cấu trúc nhãn cầu gây ra nguyên góc tiền phòng và nguyên đồng tử, nhãn áp tăng nhanh chóng sau chấn thương. Ở mắt có vết thương xuyên thủng nhãn cầu, vết thương làm thay đổi cấu trúc giải phẫu của nhãn cầu, gây xơ hoá và dính góc tiền phòng. Đồng thời do quá trình viêm mống mắt dai dẳng làm dính chân mống mắt vào vùng bè trabeculum và dính mống mắt vào mặt trước thể thủy tinh, hoặc mắt trước dịch kính, sẹo trắng giác mạc. Tất cả những tổn thương trên đều gây tăng nhãn áp.

Trong báo cáo này chúng tôi xin trình bày 45 trường hợp tăng nhãn áp sau chấn thương với những hình thái glôcôm thứ phát sau chấn thương khác nhau mà chúng tôi đã điều trị tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 2 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả có 45 mắt trên 45 bệnh nhân bị chấn thương nhãn cầu đã được điều trị tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 5/2004 đến 30/6/2006.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân được phát hiện có tăng nhãn áp sau chấn thương ở nhiều thời gian khác nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử đã được phát hiện, hoặc đã và đang điều trị glôcôm góc mở hoặc góc đóng, nay bị chấn thương vào mắt.

- Trẻ em đã được khám và điều trị glôcôm bẩm sinh này bị chấn thương.

- Bệnh nhân có bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải tại mắt không phải do chấn thương hoặc không có di chứng của chấn thương.

Phương pháp nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân sau khi bị chấn thương đụng dập nhãn cầu đều được khám hai mắt toàn diện và theo dõi nhãn áp hàng ngày trong thời gian nằm viện và sau khi xuất viện, theo dõi định kỳ sau 15 ngày, sau 1 tháng, sau 3 tháng, sau 6 tháng, hàng năm. Tất cả đều được soi góc tiền phòng sau 15 ngày kể từ khi bị chấn thương và được đo thị trường sau một tháng kể từ khi bị thương và đánh giá lại thị trường sau 6 tháng. Tình trạng địa thị được đánh giá ngay sau chấn thương và qua mỗi lần tái khám.

Tất cả được khám chi tiết chi tiết gồm: thị lực, nhãn áp (đo bằng nhãn áp kế Schiötz hoặc Goldman), khám sinh hiển vi đánh giá tình trạng tổn thương giác, củng mạc, tiền phòng, mống mắt, phàn xa đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc, soi góc tiền phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm về tuổi

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	< 6	7- 20	21-60	>60	Tổng số
Số bệnh nhân	1	14	28	2	45
Giá trị %	2,2	31,1	62,2	4,4	100,0
Giá trị % tích lũy	2,2	33,3	95,5	99,9	P<0,001

Lứa tuổi học sinh chiếm tỉ lệ khá cao tại nạn đuối nước vào lứa tuổi từ 7 đến 60 tuổi. Đây là thành phần quan trọng nhất trong xã hội nhưng cũng là thành phần hoạt động nhiều nhất trong môi trường có nguy cơ cao không có phương tiện bảo vệ.

Trong số nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 75 tuổi, tuổi trung bình là 30,24 tuổi \pm 16,33

Tỉ lệ tai nạn xảy ra cao nhất ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 60 tuổi (63%).

3.2 Đặc điểm bệnh nhân theo giới: Nam có 36 bệnh nhân chiếm 80%. Nữ có 9 bệnh nhân chiếm 20%. Tỉ lệ nam chiếm cao hơn nữ

3.3 Đặc điểm bệnh nhân theo nghề nghiệp: Chúng tôi chia làm 3 nhóm: lao động phổ thông có 19 bệnh nhân (42,2%), học sinh sinh viên có 16 bệnh nhân (35,6%) và lao động chuyên môn có 10 bệnh nhân (22,2%)

Trong số nghiên cứu tỉ lệ những người lao động phổ thông và học sinh chiếm tỉ lệ cao

3.4 Hoàn cảnh xảy ra chấn thương

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh xảy ra tai nạn

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn	Số bệnh nhân	Giá trị %
Tai nạn giao thông	4	8,9
Tai nạn sinh hoạt	33	73,4
Tai nạn công nghiệp	6	13,3
Tai nạn nông nghiệp	2	4,4
Tổng số	45	100,0

Tai nạn xảy ra trong sinh hoạt chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu này. Qua các kết quả trên cho thấy rằng tỉ lệ giữa nam và nữ 8:2

3.5 Phân loại chấn thương: Chấn thương đụng dập gây tăng nhãn áp có 40 mắt chiếm tỉ lệ 88,9% cao hơn vết thương xuyên thủng nhãn cầu chỉ có 11,1%

Bảng 3: Tăng nhãn áp theo hình thái lâm sàng

Hình thái lâm sàng	Số bệnh nhân	Giá trị %
Tăng nhãn áp thoáng qua	5	11,1
Tăng nhãn áp do XHTP	3	6,7
Tăng nhãn áp liên quan đến thể thủy tinh	15	33,3
Tăng nhãn áp liên quan đến lõi góc tiền phòng	17	37,8
Tăng nhãn áp sau VTXNC	5	11,1
Tổng số	45	100,0

Hình thái lâm sàng lõi góc tiền phòng và sa lệch thể thủy tinh chiếm nhiều nhất

3.6 Tình trạng nhãn áp: Chỉ có 1 mắt có tăng nhãn áp nhẹ, còn lại số đo nhãn áp cao đáng kể. Nhãn áp từ 25 đến 40 mmHg chiếm đa số với 37 mắt (82%). Nhãn áp cao nhất là 60mmHg và nhãn áp thấp nhất là 24mmHg, nhãn áp trung bình là 32,82 \pm 8,1

3.7 Kết quả điều trị

Bảng 4: So sánh chỉ số nhãn áp trước và sau điều trị

Nhóm bệnh	Nhãn áp trước điều trị		Phương pháp điều trị	Nhãn áp sau điều trị	
	Từ thấp nhất - cao nhất	Trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn		Từ thấp đến cao	Trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn
Tăng nhãn áp thoáng qua	25 \rightarrow 37	30 \pm 5,09	Thuốc	15 \rightarrow 19	16,2 \pm 1,64
Tăng nhãn áp do XHTP	34 \rightarrow 49	39,67 \pm 8,14	Rửa mắt tiền phòng	13 \rightarrow 17	15,3 \pm 2,08
Tăng nhãn áp do lệch thể thủy tinh	25 \rightarrow 60	36,6 \pm 10,6	thuốc và phẫu thuật	16 \rightarrow 30	18,2 \pm 3,8
Tăng nhãn áp	25 \rightarrow 43	29,6 \pm 5,6	thuốc và phẫu	16 \rightarrow 25	20,2 \pm 3

đo lùi góc tiền phòng			thuật lỗ dò		
Tăng nhãn áp sau VTXNC	24 → 39	31 ± 6	Phẫu thuật lỗ dò	15 → 16	15,8 ± 0,4

Mỗi một nhóm hình thái lâm sàng có một mức độ tăng nhãn áp khác nhau. Đối với nhóm tăng nhãn áp thoáng qua chỉ cần điều trị nội khoa, cá hình thái khác phải dùng nhiều biện pháp can thiệp phẫu thuật

Bảng 5: So sánh kết quả thị lực của 45 bệnh nhân.

Thị Lực	Trước điều trị	Tỉ lệ %	Sau điều trị	Tỉ lệ %
ST(-)	0	0	0	0
ST(+)-< 0,02	19	42	3	7
0,02-<0,05	2	4	7	15,5
0,05-<0,1	4	9	6	13,3
0,1<0,3	8	18	2	4,4
0,3-<0,6	5	11	4	8,8
0,6-<0,8	0	0	12	26,6
0,8-1,0	7	16	11	24,4

Bảng 7 nhằm so sánh kết quả thị lực ở lần khám cuối cùng. Thị lực sau điều trị có cải thiện hơn nhưng chủ yếu là nhóm bệnh nhân tăng nhãn áp thoáng qua, và nhóm xuất huyết tiền phòng, tiếp theo là nhóm lùi góc, nhóm có thị lực tăng chậm nhất là nhóm tăng nhãn áp do lệch thể thủy tinh.

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới: Rõ ràng tỉ lệ giữa nam và nữ 8:2, có lẽ do nam giới thường hoạt động trong môi trường có nguy cơ cao. Tai nạn xảy ra trong sinh hoạt hằng ngày, trong chơi thể thao, trong các trò chơi nguy hiểm của các em học sinh nam.

2. Tỉ lệ tăng nhãn áp: Theo tác giả Christopher[2] nguy cơ phát triển glôcôm sau vết thương xuyên thủng nhãn cầu là 2,67%. Còn theo tác giả John F. Salmon[1] thì nguy cơ phát triển glaucoma sau chấn thương đụng dập là 5,5%. Mặc dù hai tác giả có những công trình nghiên cứu khác nhau về tăng nhãn áp sau chấn thương nhưng những tỉ lệ của hai tác giả đưa ra cũng cho thấy tỉ lệ nguy cơ tăng nhãn áp sau chấn thương đụng dập nhãn cầu cao hơn vết thương xuyên nhãn cầu.

3. Tăng nhãn áp theo hình thái lâm sàng: Hình thái lùi góc tiền phòng và lệch thể thủy tinh là có tỉ lệ tăng nhãn áp cao nhất. Góc tiền phòng lùi về phía sau làm nghẽn phần lớn đường thoát thủy dịch qua vùng bè và có bề đồng tử. Hình thái này cũng rất khó điều trị vì màng bồ đào trước đã biến dạng và thường kèm theo sự bong hắc mạc.

Hình thái lệch thể thủy tinh hầu như tất cả đều tăng nhãn áp. Lý giải điều này bằng cơ chế cơ học: phần dịch kính lấp đầy khoang thể thủy tinh làm bít kín hết đường thoát thủy dịch từ sau ra trước.

4. Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị thị lực đều khôi phục. Nhóm thị lực 0,3 trước điều trị chỉ có 12 mắt. Sau điều trị tăng lên 23 mắt. Nhãn áp được điều chỉnh trong hầu hết các trường hợp.

V. KẾT LUẬN

- Tăng nhãn áp sau chấn thương nhãn cầu là một trong những nguyên nhân gây mù một mắt chiếm tỉ lệ cao trong lứa tuổi học sinh và người đang ở tuổi lao động.

- Vấn đề kiểm soát nhãn áp sau chấn thương khi có tăng nhãn áp, cần ưu tiên hàng đầu cho điều trị bằng thuốc và cuối cùng là phẫu thuật.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp do chấn thương đụng dập có lùi góc tiền phòng điều trị lâu dài giống như bệnh glaucoma góc mở nguyên phát. Phẫu thuật lỗ dò có áp mitomicin C có hiệu quả tốt nhất trong điều trị những trường hợp không kiểm soát được bằng thuốc.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp tạm thời có lùi góc tiền phòng cần được xếp vào nhóm có nguy cơ cao và theo dõi suốt đời.

- Nhóm bệnh tăng nhãn áp sau vết thương xuyên nhãn cầu nên được điều trị giống như bệnh glaucoma góc đóng thứ phát.

KIẾN NGHỊ

- Nhóm bệnh này cần được quan tâm theo dõi của thầy thuốc rất lâu dài và có hệ thống.

- Tuyên truyền rộng rãi trong học sinh và nhân dân về nguy cơ chấn thương mắt có thể xảy ra bất ngờ trong sinh hoạt hằng ngày, và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng sau chấn thương đặc biệt là biến chứng tăng nhãn áp sau chấn thương, bệnh có thể xuất hiện sau 20 đến 30 năm sau khi bị chấn thương vào mắt.

- Thuốc điều trị nhỏ tại mắt nên được bắt đầu bằng nhóm beta blocker hoặc nhóm alpha

agonists. Nhóm thuốc CAI (Carbonate Andraza Inhibitors) nhỏ tại mắt hoặc dùng toàn thân có tác dụng phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andre Mermoud, John F. Salmon, Clive Straker, Anthony D N Murray (1993), "Post-traumatic angle recession glaucoma: a risk factor for bleb failure after trabeculectomy" Br J of Ophthalmology
2. Christopher A. Girkin, Gerald MCGwin, Robert morris, Ferenc Kuhn (2005), "Glaucoma following penetrating ocular trauma", Ophthalmol

3. Joseph Anthony J. Tumbocorn, Mark A. latina (2002), "Angle recession glaucoma", Br J Ophthalmol
4. R Stanie and R Stanie (2001), "Traumatic glaucoma", Coll. Antropol.
5. Sihota R, Sood NN, Agarwal HC (1995), "traumatic glaucoma", Acta Ophthalmol Scand
6. Schlote T. (2004), "Surgical management of secondary angle closure glaucoma after trauma", Springerlink
7. Takeo Fukuchi, Kazuo Iwata, Shoichi Sawaguchi, Toru Nakayama, Joji Watanabe (1993), "Nd: YAG laser trabeculectomy (YLT) for glaucoma with traumatic angle recession", Graefes Archive for clinical and experimental ophthalmology.

TÌNH HÌNH HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN Ở HAI KHỐI SINH VIÊN Y2K44 VÀ Y3K43 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

Đặng Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Văn Tiến¹,
Đỗ Văn Dung², Ngô Mạnh Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình hoạt động hiến máu tình nguyện và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động hiến máu tình nguyện ở sinh viên hai khối Y2K44 và Y3K43 Trường Đại học Y Dược Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sinh viên đã từng hiến máu ở năm 2 là 43,4% thấp hơn năm 3 (51,6%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tập tục, tôn giáo là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất gây cản trở việc hiến máu của cả sinh viên năm 2 (26,3%) và sinh viên năm 3 (77,2%). Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi hiến máu: dân tộc, khối và tham gia CLB hiến máu.

Từ khóa: Hiến máu tình nguyện, yếu tố ảnh hưởng, sinh viên, Thái Bình.

SUMMARY

VOLUNTEER BLOOD DONOR SITUATION AND SOME FACTORS AFFECTING VOLUNTARY BLOOD DONATION ACTIVITIES IN TWO BLOCKS STUDENTS Y3K43 AND Y2K44 IN THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: Describing the situation of voluntary blood donation activities and some factors affecting voluntary blood donation activities in two blocks students in two blocks students Y3K43 and Y2K44 in Thai Binh university of medicine and pharmacy.

Method: Epidemiological methods described via surveys, horizontal coins. **Results:** The percentage of students used to give blood in year 2 is 43.4% lower than in 3 (51.6%) had statistically significant at $p < 0.05$. Mores, religion is the cause accounted for the highest proportion obstruct the blood donors of all students in 2 (26.3%) and third-year students (77.2%). There are three factors that affect the behavior of blood donation: ethnicity, block and join the club.

Keywords: Volunteer blood donation, factors of influence, students, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu là loại thuốc điều trị đặc biệt quý và chưa có chất thay thế. Trong những năm gần đây nhu cầu máu ngày càng tăng do phương tiện kỹ thuật hiện đại nên việc chẩn đoán bệnh, sớm hơn, một phần nữa là do tai nạn giao thông ngày càng gia tăng.

Tại Thái Bình, Trường Đại học Y Dược là một trường tiên phong trong phong trào vận động hiến máu tình nguyện nhắc lại nhiều lần, đây được coi là nguồn máu sạch để cung cấp cho người bệnh. Hàng ngày phong trào hiến máu tại trường càng đi lên với năm 2013 là 1385 đơn vị chiếm 17,98%, năm 2014 là 1423 chiếm 17,55%, năm 2015 là 1574 chiếm 21,15% tổng số lượng máu hiến tình nguyện của tỉnh Thái Bình. Sinh viên trường Đại học Y Dược Thái Bình luôn là tấm gương đi đầu trong công tác truyền truyền, vận động hiến máu cũng như hiến máu tình nguyện của tỉnh. Tuy nhiên sinh viên đến từ các địa bàn khác nhau và các tập tục, kiến thức khác nhau, mới chỉ có khoảng 20% sinh viên của trường tham gia hiến máu, còn lực lượng lớn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

³Viện Học tập học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2017

Ngày duyệt bài: 25.01.2017