

# CƠ CẤU VÀ PHÂN BỐ NHÂN LỰC DƯỢC TẠI CÁC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN HUYỆN TẠI VIỆT NAM

Đỗ Hữu Thành<sup>1</sup>, Bùi Tùng Hiệp<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng phân bố và cơ cấu nhân lực dược tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 6602 nhân lực dược tại 674 Bệnh viện đa khoa (BVĐK) công lập tuyến huyện đang công tác tính đến ngày 31/12/2019 tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. **Kết quả:** DS có trình độ đại học trở lên chiếm tỷ lệ thấp 15,3%, DTC chiếm tỷ lệ 75,6% và DT chiếm tỷ lệ 9,1%. Có sự mất cân đối về cơ cấu nhân lực dược giữa các khu vực thành thị và nông thôn và ngay trong một tỉnh cũng có sự mất cân đối. Đa số các khu vực trong cả nước, ngay cả những thành phố lớn trực thuộc trung ương tỷ lệ DS/DTC, DS/BS, DS/GB đều thấp. Phân bố DS công tác trong các BVĐK tuyến huyện cũng có sự bất hợp lý giữa các vùng miền, khu vực, trung bình cả nước chỉ có 1,5 DS/BV, nhiều nhất là khu vực ĐBSCL với 2,1DS/BV, thấp nhất là khu vực TN chỉ có 0,8DS/BV. **Kết luận:** DS có trình độ đại học trở lên chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu là dược trung cấp. Có sự mất cân đối về cơ cấu nhân lực dược giữa các khu vực thành thị và nông thôn. Tỷ lệ dược sĩ theo giường bệnh, bác sĩ và bệnh viện đều ở mức thấp.

**Từ khóa:** thực trạng, nhân lực dược, bệnh viện đa khoa huyện.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF DISTRIBUTION AND STRUCTURE OF PHARMACEUTICAL HUMAN RESOURCES IN DISTRICT GENERAL HOSPITALS IN VIETNAM

**Objective:** To assess the current situation of distribution and structure of pharmaceutical human resources in district general hospitals in Vietnam. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study on 6,602 pharmacy staff at 674 district public general hospitals working as of December 31<sup>st</sup>, 2019 in cities and provinces in Vietnam. **Results:** pharmacitists with a university degree or higher accounted for a low rate of 15.3%, immediate pharmacitists accounted for 75.6% and primary pharmacitists accounted for 9.1%. There was an imbalance in the structure of pharmaceutical human resources between urban and rural areas and even within a province. In most areas of the country, even in big cities directly under the central government, the

ratio of pharmacitists/immediate pharmacitists, pharmacitists/doctors, pharmacitists/hospital bed was low. The distribution of pharmacitists working in the district general hospitals was also unreasonable between regions and regions, the national average was only 1.5 pharmacitists/hospital, the most was in the Mekong Delta with 2.1 pharmacitists/hospital, and the lowest rate was in the central Highlands area had only 0.8 pharmacitists/hospital. **Conclusion:** The proportion of pharmacitists with university degree or higher accounted for a low percentage, mainly intermediate pharmacitists. There was an imbalance in the structure of pharmaceutical human resources between urban and rural areas. The proportion of pharmacitists by hospital bed, doctor and hospital was low. **Keywords:** current situation, pharmaceutical human resources, district general hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vai trò và trách nhiệm của đội ngũ nhân lực dược, đặc biệt là dược sĩ, không chỉ làm nhiệm vụ phân phát thuốc mà còn thực hiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, lấy bệnh nhân làm trung tâm như cung cấp thông tin thuốc, tư vấn và khuyến cáo phương pháp điều trị bằng thuốc, tức là dược sĩ cũng là những chuyên gia sức khỏe ban đầu. Hiện nay, nhân lực dược còn đang trong tình trạng thiếu cả về số lượng, chất lượng để công tác tại các bệnh viện, nhất là các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến huyện. Sự thiếu hụt NNL là một vấn đề quan trọng trong việc gắn bó lâu dài với công việc của nhân viên [1]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: "Đánh giá thực trạng phân bố và cơ cấu nhân lực dược tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện tại Việt Nam".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 6602 nhân lực dược tại 674 Bệnh viện đa khoa (BVĐK) công lập tuyến huyện đang công tác tính đến ngày 31/12/2019 tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô cắt ngang.

**Nội dung nghiên cứu:** Khảo sát toàn bộ nhân lực dược gồm dược tá (DT), dược trung cấp (DTC), dược sĩ (DS) tại 674 BVĐK tuyến huyện trên toàn quốc, đồng thời đánh giá phân bố nhân lực dược theo các khu vực địa lý, tỉnh, thành phố và phân bố nhân lực dược theo cơ cấu

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế Thị xã Ninh Hòa

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hữu Thành

Email: khoaduocbvnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 18.12.2023

giường bệnh, nhân viên y tế tại các bệnh viện.

**Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Cơ cấu nhân lực dược;
- Phân bố nhân lực dược theo khu vực địa lý, thành phố trực thuộc trung ương;
- Phân bố nhân lực dược theo giường bệnh, bác sĩ tại các bệnh viện, khu vực địa lý, thành phố trực thuộc trung ương.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

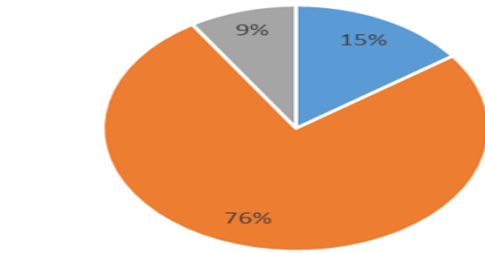
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Nhận xét:** Nhân lực dược đang làm việc tại khoa dược BVĐK tuyến huyện trong cả nước là 6.602 cán bộ. Trong đó, DS có 1.009 người chiếm tỷ lệ 15,3%; DTC có 4.993 người chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%; DT chiếm tỷ lệ thấp 9,1%. Nếu so sánh giữa DS và DTC thì tỷ số DS/DTC là 1/4,9.

**Bảng 1. Cơ cấu nhân lực dược BVĐK tuyến huyện theo khu vực**

Khu vực	Dược sĩ	Dược trung cấp	Dược tá	Tổng số	Dược sĩ/Dược trung cấp
	n (%)				
<b>KV1</b>	170 (18,0)	702 (74,5)	70 (7,4)	942 (100)	1/4,5
<b>KV2</b>	169 (15,4)	850 (77,7)	75 (6,9)	1094 (100)	1/5,0
<b>KV3</b>	227 (16,3)	1053 (75,6)	112 (8,0)	1392 (100)	1/4,6
<b>KV4</b>	45 (9,8)	238 (51,9)	176 (38,3)	459 (100)	1/5,5
<b>KV5</b>	140 (13,9)	774 (76,9)	92 (9,1)	1006 (100)	1/5,3
<b>KV6</b>	258 (15,1)	1376 (80,5)	75 (4,4)	1709 (100)	1/5,5
<b>Tổng</b>	1009 (15,3)	4993 (75,6)	600 (9,1)	6602 (100)	1/4,9

**Nhận xét:** Các BV khu vực ĐBSCL có nhiều DS nhất (258 DS), tiếp theo là các BV khu vực BTB&DHMT (227 DS) và thấp nhất là các BV khu vực TN (chỉ có 45 DS). Khu vực ĐBSH có tỷ lệ DS cao nhất (18,0%), tiếp theo là khu vực MN&TDPB (15,4%) và thấp nhất là khu vực TN (9,8%). Tỷ lệ DTC ở các BVĐK tuyến huyện cao nhất là khu vực ĐBSCL (80,5%), tiếp theo khu



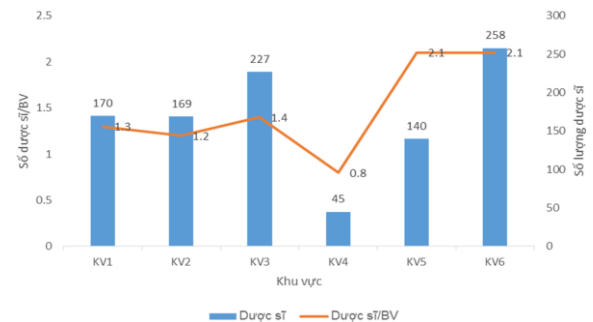
**Biểu đồ 1. Cơ cấu nhân lực dược BVĐK tuyến huyện toàn quốc**

vực MN&TDPB (77,7%) và thấp nhất là khu vực TN (51,9%). Trong các loại hình nhân lực dược, DT luôn chiếm tỷ lệ thấp nhất, dao động từ 4,4% (ĐBSCL) - 38,3% (TN). Tính trung bình cả nước, tỷ số DS/DTC tại các BVĐK tuyến huyện là 1/4,9; tỷ số này cao nhất là khu vực ĐBSH (1/4,1) và thấp nhất là khu vực TN (1/5,5).

**Bảng 2. Cơ cấu nhân lực dược BVĐK tuyến huyện ở các thành phố trực thuộc trung ương**

Khu vực	Dược sĩ	Dược trung cấp	Dược tá	Tổng số	Dược sĩ/Dược trung cấp
	n (%)				
<b>Hà Nội</b>	52 (18,3)	217 (76,4)	15 (5,3)	284 (100)	1/2,0
<b>Hải Phòng</b>	17 (13,7)	91 (73,4)	16 (12,9)	124 (100)	1/1,6
<b>Đà Nẵng</b>	8 (15,7)	42 (82,4)	1 (2,0)	51 (100)	1/3,3
<b>TPHCM</b>	66 (13,3)	371 (74,5)	61 (12,3)	498 (100)	1/3,1
<b>Cần Thơ</b>	28 (21,7)	94 (72,9)	7 (5,4)	129 (100)	1/1,7

**Nhận xét:** Cơ cấu nhân lực dược BVĐK tuyến huyện ở các thành phố lớn chủ yếu là DTC, dao động từ 72,9-82,4%, cao nhất là Đà Nẵng và thấp nhất là Cần Thơ. TPHCM có số lượng DS cao nhất trong các thành phố lớn (66DS) nhưng tỷ lệ DS lại thấp nhất (13,3%). DS tại các thành phố dao động từ 13,7%-18,3%, riêng Cần Thơ có tỷ lệ DS > 20%. TPHCM có nhiều DT nhất (61DT) và Đà Nẵng có ít DT nhất (1DT). Tỷ số DS/DTC cao nhất là Cần Thơ (1/3,4), tiếp đến Hà Nội 1/4,2, các thành phố còn lại tỷ số này < 1/5.



**Biểu đồ 2. Sự phân bố dược sĩ BVĐK tuyến huyện**

**Nhận xét:** các BV ở khu vực ĐBSCL có số lượng DS cao nhất (258 DS), chiếm tỷ lệ 25,6%; xếp thứ hai là các BV khu vực BTB&DHMT với 227 DS (chiếm tỷ lệ 22,5%); tiếp theo là các BV khu vực ĐBSH với 170 DS (chiếm tỷ lệ 16,8%); các BV khu vực MN &TDPB với 169DS (chiếm tỷ lệ 16,7%); các BV khu vực ĐNB với 140 DS

(chiếm tỷ lệ 13,9%); thấp nhất là các BV khu vực TN chỉ có 45DS (chiếm tỷ lệ 4,5%). Khu vực ĐNB và khu vực ĐBSCL có số DS/BV cao nhất (2,1DS/BV); tiếp theo là khu vực BTB&DHMT (1,4DS/BV); khu vực ĐBSH (1,3DS/BV); khu vực MN&TDPB (1,2 DS/BV) và thấp nhất là khu vực TN (0,8DS/BV).

**Bảng 3. Phân bố dược sĩ BVĐK tuyến huyện theo giường bệnh và bác sĩ**

Khu vực	Số BV	Giường bệnh (GB)	Bác sĩ (BS)	DS	DS/BS	DS/GB	DS/BV
<b>KV1</b>	126	18814	2960	170	1/17,4	1/110,7	1,3
<b>KV2</b>	138	15106	2162	169	1/12,8	1/89,4	1,2
<b>KV3</b>	166	24685	3630	227	1/16,0	1/108,7	1,4
<b>KV4</b>	54	5290	860	45	1/19,1	1/117,6	0,8
<b>KV5</b>	68	10739	1885	140	1/13,5	1/76,7	2,1
<b>KV6</b>	122	18635	3231	258	1/12,5	1/72,2	2,1
<b>Tổng</b>	674	93266	14728	1009	1/14,6	1/92,4	1,5

**Nhận xét:** Khu vực ĐBSCL có nhiều DS nhất (258 DS, trung bình 2,1DS/BV), tiếp theo là khu vực BTB &DHMT (227DS, trung bình 1,4DS/BV), khu vực ĐBSH (170DS, trung bình 1,3 DS/BV), khu vực MN&TDPB (169 DS, trung bình 1,2 DS/BV), khu vực ĐNB (140DS, trung bình 2,1DS/BV) và khu vực TN có ít DS nhất (45 DS, trung bình 0,8 DS/BV). tỷ số DS/BS là 1/14,6, tỷ số DS/BS thay đổi giữa các vùng miền dao động từ 1/19,1 (TN)- 1/12,5 (ĐBSCL). Tỷ số DS/GB cao nhất là khu vực ĐBSCL (1/72,2) và thấp nhất

là khu vực TN (1/117,6).

Trung bình ở tuyến huyện của các thành phố lớn có 1-3,1DS/BV, trong đó cao nhất là Cần Thơ 3,1DS/BV, thấp nhất là Hải Phòng 1,0DS/BV và Đà Nẵng 1,1DS/BV. Tính trên GB, tại các BVĐK tuyến huyện, chỉ có ở TPHCM và Cần Thơ, 1DS phục vụ <100GB, đặc biệt ở Cần Thơ, 1DS phục vụ <50GB. Ở Hải Phòng, 1DS phục vụ đến 152GB. Tính theo số BS, Hải Phòng và Đà Nẵng có tỷ số DS/BS <1/20, cao nhất là Cần Thơ với 1DS/11,9BS.

**Bảng 4. Phân bố dược sĩ BVĐK tuyến huyện theo giường bệnh và bác sĩ ở các thành phố trực thuộc trung ương**

TP	Giường bệnh (GB)	Bác sĩ (BS)	Dược sĩ	DS/GB	DS/BS	DS/BV
<b>Hà Nội</b>	5240	913	52	1/100,8	1/17,6	2,5
<b>Hải Phòng</b>	2584	430	17	1/152,0	1/25,3	1,0
<b>Đà Nẵng</b>	1100	184	8	1/137,5	1/23,0	1,1
<b>TPHCM</b>	5422	1034	66	1/82,2	1/15,7	2,5
<b>Cần Thơ</b>	1301	334	28	1/46,5	1/11,9	3,1

**Nhận xét:** Tính theo số lượng BS, tỷ số DS/BS tại Cần Thơ là thấp nhất (1/11,9). Tính trên số GB, cao nhất là tại Hải Phòng, 1DS phải phục vụ 152,0GB. Tại TPHCM và Cần Thơ, 1DS phục vụ dưới 100GB. Theo số lượng bệnh viện, cao nhất là ở Cần Thơ thì có 3,1DS/BV, thấp nhất ở Hải Phòng 1,0DS/BV.

**Bảng 5. Phân bố dược sĩ tại các BVĐK tuyến huyện**

Khu vực	BV 0DS	BV 1DS	BV 2DS	BV ≥3DS	Tổng
	n (%)				
<b>KV1</b>	22 (17,5)	48 (38,1)	42 (33,3)	14 (11,1)	126
<b>KV2</b>	30 (21,7)	65 (47,1)	32 (23,2)	11 (8,0)	138
<b>KV3</b>	33 (19,9)	67 (40,4)	45 (27,1)	21 (12,6)	166
<b>KV4</b>	27 (50,0)	15 (27,8)	9 (16,7)	3 (5,5)	54
<b>KV5</b>	8 (11,8)	16 (23,5)	26 (38,2)	18 (26,5)	68
<b>KV6</b>	14 (11,5)	40 (32,8)	38 (31,1)	30 (24,6)	122
<b>Tổng</b>	134 (19,9)	251 (37,2)	192 (28,5)	97 (14,4)	674

**Nhận xét:** có tới 134 BV không có DS trong đó khu vực BTB&DHMT là nhiều nhất (33BV không có DS), tiếp theo khu vực MN&TDPB (30

BV) ngay cả khu vực ĐBSH cũng có tới 22BV không có DS. Khu vực TN là khu vực có tỷ lệ BV không có DS cao nhất cả nước (50%), các khu

vực còn lại tỷ lệ này dao động từ 11,5%-21,7%. BV có 01DS chiếm tỷ lệ cao nhất (37,2%) trong tổng số các BV. Bệnh viện có 02DS chiếm 28,5% và thấp nhất là BV có 03DS trở lên (14,4%). Tỷ lệ BV có 03DS trở lên thấp nhất là tại khu vực TN (5,5%) và khu vực MN&TDPB (8,0%).

#### IV. BÀN LUẬN

Khu vực có tỷ lệ DS cao nhất cả nước là khu vực Đồng bằng Sông Hồng (ĐBSH) và thấp nhất là khu vực TN. Tỷ lệ DS ở khu vực ĐBSH (18%) cao gần gấp đôi so với tỷ lệ DS của khu vực Tây Nguyên (TN) (9,8%). Các khu vực còn lại, tỷ lệ DS dao động từ 13,9% 16,3%. Cơ cấu nhân lực được BVĐK tuyển dụng mất cân đối giữa các khu vực trong cả nước. Khu vực ĐBSH có tỷ lệ DS cao nhất (18%), trong khi khu vực TN thấp nhất chỉ với 9,8%. Tính về số lượng DS, khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long (ĐBSCL) lại là khu vực có số lượng DS lớn nhất (258 DS). Khu vực TN có ít DS nhất nhưng lại dẫn đầu về tỷ lệ DT (38,3%).

Tỷ lệ DTC luôn chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các khu vực trong cả nước, tỷ lệ DTC cao nhất thuộc khu vực ĐBSCL (80,5%). Khu vực ĐBSH có tỷ lệ DS cao nhất nhưng tỷ lệ DTC lại thấp nhất cả nước (64,3%). Từ năm 2010 đến nay, nếu tính riêng về tỷ lệ DTC tại các BVĐK tuyển dụng, khu vực ĐBSH vẫn luôn là khu vực thấp nhất và khu vực ĐBSCL là khu vực cao nhất [2]. So với năm 2010, tỷ lệ DTC tuyển dụng đã giảm từ 78,8% xuống còn 75,6%, DS tăng từ 11,9% lên 15,3%. Tỷ lệ DS/DTC tăng từ 1/7 lên 1/4,9 [2]. Như vậy là đã có sự tăng tỷ lệ DS trong hệ thống BV, có thể nói đây là một dấu hiệu đáng mừng bởi theo báo cáo về thực trạng nhân lực ngành y tế của Bộ Y tế năm 2008 cho thấy “đang có sự dịch chuyển không thích hợp nhân lực được đại học trong toàn quốc, tăng đối với hệ thống tư nhân và không tăng hoặc giảm DSDH trong hệ thống nhà nước” [3]. Cũng theo một báo cáo năm 2010 cho thấy, với tình hình đào tạo chưa thể giải quyết được bài toán về cân đối nhân lực được giữa các vùng miền, giữa các lĩnh vực được, hiện còn nhiều lĩnh vực không thể lấy được DS chính quy về công tác.

Tỷ lệ DS/DTC là 1/4,9. Tuy nhiên, tỷ số này chưa đáp ứng được quy định của TT08 1/2-2,5 [4]. Tính theo khu vực, tỷ số DS/DTC dao động từ 1/5,5- 1/4,1. Như vậy, tất cả các khu vực tỷ số này đều thấp hơn yêu cầu. Tại các tỉnh phía nam (khu vực Đông Nam Bộ (ĐNB) và ĐBSCL), tỷ số DS/DTC là 1/5,5-1/5,3. Tỷ số này tính riêng trong lĩnh vực BV ở phía nam là khá thấp. Theo nhận định của GS. TS Đặng Văn Phước sơ bộ về

tình hình nhân lực y tế các tỉnh – thành phố phía nam cho thấy tỷ số DS/DTC trung bình của cả khu vực này năm 2008 đã đạt 1/4 [3]. Tại 5 thành phố lớn trực thuộc trung ương, tính riêng theo tỷ lệ DS, Cần Thơ dẫn đầu tuyển dụng với tỷ lệ 21,7%, TPHCM là thành phố có tỷ lệ DS thấp nhất. Tỷ lệ DTC ở các thành phố lớn đều cao, dao động từ 72,9%-82,4%. Cần Thơ có tỷ lệ DTC thấp nhất. Tỷ lệ DT giữa các thành phố chênh lệch khá lớn, Hải Phòng có 12,9% trong khi Đà Nẵng chỉ có 2%.

ĐBSCL có tỷ lệ DS lớn nhất cả nước (25,6%). Số DS/BV có sự chênh lệch lớn giữa các khu vực trong cả nước, ở BVĐK tuyển dụng dao động từ 0,6-2, như vậy, tỷ lệ này ở tuyển dụng chỉ bằng 1/4- 1/6 tuyển tỉnh. Theo báo cáo của Bộ Y tế, DS cũng như các loại hình CBYT khác, tập trung ở tuyển tỉnh nhiều hơn tuyển huyện [5]. Hầu hết số DS/BV ở BVĐK tuyển dụng trên cả nước >1, riêng khu vực TN với 0,8 DS/BV cho thấy nhiều BVĐK tuyển dụng thuộc khu vực không có DS.

Trung bình ở BVĐK tuyển tỉnh cả nước 1 DS phục vụ 92,4 GB, cao hơn so với quy định của TT08. Tỷ số DS/GB dao động từ 1/117,6 (khu vực TN) - 1/72,2 (khu vực ĐBSCL). Tại tuyển dụng, tỷ số DS/BS dao động từ 1/19,1-1/12,5, như vậy so với TT08, vẫn còn 3/6 khu vực tỷ số này thấp hơn so với quy định. Tại các BVĐK tuyển dụng, có 2/5 thành phố trực thuộc trung ương đạt tỷ số DS/BS theo quy định là Cần Thơ và TPHCM. Tại tuyển dụng, Cần Thơ là thành phố duy nhất tỷ số DS/GB thấp hơn 1/71, cao nhất là Hải Phòng, 1 DS phải phục vụ tới 152 GB. Trong tổng số 674 BVĐK tuyển dụng toàn quốc vẫn còn xấp xỉ 20% số BV không có DS. 100% khu vực đều có BV không có DS, riêng khu vực TN, có tới 50% số BVĐK tuyển dụng của khu vực không có DS. Đây là con số khá lớn và thực trạng này đáng báo động về nhân lực được cho ngành y tế. Các BV còn lại đa số cũng chỉ có 1DS, chiếm tới 37,2% tổng số BV, BV có hơn 3DS chiếm tỷ lệ khá nhỏ (14,4%). Số BV có hơn DS tập trung nhiều nhất ở khu vực ĐNB (26,5%) và ĐBSCL (24,6%), còn khu vực miền núi như Miền núi và Trung du phía Bắc (MNTDPB) và TN, số BV này rất ít. Như vậy, có sự chênh lệch khá lớn về tỷ lệ DS tại BVĐK tuyển dụng giữa các khu vực trong cả nước.

#### V. KẾT LUẬN

DS có trình độ đại học trở lên chiếm tỷ lệ thấp 15,3%, DTC chiếm tỷ lệ 75,6% và DT chiếm tỷ lệ 9,1%. Có sự mất cân đối về cơ cấu nhân lực được giữa các khu vực thành thị và

nông thôn và ngay trong một tỉnh cũng có sự mất cân đối. Đa số các khu vực trong cả nước, ngay cả những thành phố lớn trực thuộc trung ương tỷ lệ DS/DTC, DS/BS, DS/GB đều thấp.

Phân bố DS công tác trong các BVĐK tuyến huyện cũng có sự bất hợp lý giữa các vùng miền, khu vực, trung bình cả nước chỉ có 1,5 DS/BV, nhiều nhất là khu vực ĐBSCL với 2,1 DS/BV, thấp nhất là khu vực TN chỉ có 0,8 DS/BV.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kate Anne Walker, Marie Pirotta** (2007). What keeps Melbourne GPs satisfied in their jobs? *Australian Family Physician*, 36: 2-5.
2. **Nguyễn Thanh Bình, Trần Bá Kiên** (2012). Thực trạng phân bố nhân lực dược bệnh viện huyện hiện nay. *Tạp chí dược học*, 438: 6-9.
3. **Bộ Y tế** (2008). Hội nghị tăng cường chất lượng đào tạo nguồn nhân lực y tế.
4. **Bộ Nội vụ Bộ Y tế** (2007). Thông tư liên tịch số 08/2007/BYT - BNV về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước.
5. **Bộ Y tế** (2009). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009.

# KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ ĐÔNG

Phạm Thị Uyên<sup>1</sup>, Ngô Quỳnh Hoa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát mật độ xương và một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của các bệnh nhân được đo mật độ xương tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 bệnh nhân (Từ 40-90 tuổi) đo mật độ xương tại Khoa Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông từ tháng 10/2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình  $66,19 \pm 9,35$  tuổi, trong đó tỉ lệ nữ/nam là 4. Nhóm nghề nghiệp lao động chân tay chiếm tỉ lệ cao nhất (61,69%), mật độ xương trung bình tại cột sống thắt lưng là  $-1,64 \pm 1,53$ ; tại cổ xương đùi là  $-1,39 \pm 1,06$ . Tỷ lệ loãng xương cao nhất ở nhóm có thể trạng gầy, chiếm 75%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến mật độ xương là tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, tiền sử viêm khớp dạng thấp, sử dụng corticoid, tập luyện thể dục. **Từ khóa:** Mật độ xương, loãng xương, yếu tố nguy cơ.

## SUMMARY

### SURVEY ON BONE DENSITY AND FACTORS RELATED TO OSTEOPOROSIS AT HADONG TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

**Objectives:** To examine bone density and factors associated with bone densities based on the patients measured in the Hadong Hospital of Traditional Medicine. **Subjects and methods:** Descriptive study on 201 patients (aged 40 to 90) measuring bone density at the Laboratory and Diagnostic Imaging Department at Hadong Hospital of Traditional Medicine from October, 2022 to March, 2023. **Results and conclusion:** The average age was  $66.19 \pm 9.35$ , of which the ratio of women to

men was 4. The manual labor occupational group accopational group accounts for the highest proportion (61,69%), the average bone density in the lumbar spine is  $-1,64 \pm 1,53$ ; in the femur is  $-1,39 \pm 1,06$ . The highest rate of osteoporosis in the group of patients with a lean body condition, accounting for 75%. The factors that influence bone density are age, height, weight, BMI, a history of low arthritis, glucocorticosteroid use, do exercise. **Keywords:** bone density, osteoporosis, risk factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đang ngày càng trở nên phổ biến cùng với sự già hóa của dân số thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), loãng xương là một bệnh lý của xương, được đặc trưng bởi sự thay đổi sức mạnh của xương. Loãng xương là nguyên nhân gây gãy xương thường gặp ở người cao tuổi, gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống và là nguyên nhân gia tăng tỉ lệ tử vong.<sup>3</sup>

Có khoảng 40% phụ nữ da trắng sau mãn kinh bị ảnh hưởng bởi loãng xương và với dân số có tuổi thọ ngày càng cao, con số này dự kiến sẽ tăng lên một cách đều đặn trong tương lai gần.<sup>8</sup> Ước tính cho thấy, đến năm 2025, số ca gãy xương hàng năm và chi phí dự kiến sẽ tăng 50%, vượt qua con số 3 triệu ca và tiêu tốn 25 tỷ USD.<sup>7</sup> Tại Việt Nam, số bệnh nhân loãng xương ước tính là 2,8 triệu người, chiếm 30% phụ nữ trên 50 tuổi.<sup>6</sup>

Từ nhiều năm trước đây, các khuyến cáo thực hành lâm sàng thường chỉ quan tâm tới mật độ xương. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng gãy xương không chỉ xảy ra trên bệnh nhân loãng xương mà còn xảy ra ở người có mật độ xương bình thường. Điều này có nghĩa là bên cạnh mật độ xương,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quỳnh Hoa

Email: ngoquynhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023