

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ HUYỀN TRANG

**THAY ĐỔI NHẬN THỨC VỀ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH
CỦA NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG
SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ HUYỀN TRANG

**THAY ĐỔI NHẬN THỨC VỀ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH
CỦA NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG
SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: 60720501

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC: TIẾN SĨ NGÔ HUY HOÀNG

NAM ĐỊNH – 2017

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.

Mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.

2. Đánh giá sự thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định sau can thiệp giáo dục.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp giáo dục một nhóm có đánh giá trước sau được tiến hành trên 72 NB loét DDTT điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ 01/02/2017 đến 01/05/2017.

Kết quả: Sau can thiệp nhận thức của người bệnh về kiến thức chung, chế độ ăn, lối sống và cách sử dụng thuốc thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với $p < 0,01$. Cụ thể điểm về kiến thức chung là $2,87 \pm 1,34$ tăng lên $5,04 \pm 0,82$ sau can thiệp. Điểm về chế độ ăn là $8,90 \pm 1,08$ so với $5,91 \pm 1,49$ ở trước can thiệp. Điểm lối sống là $7,23 \pm 0,70$ so với $5,11 \pm 1,57$ ở trước can thiệp. Điểm sử dụng thuốc trong đánh giá lần 1 là $2,63 \pm 1,10$ và tăng lên $6,04 \pm 0,86$ trong đánh giá lần 2. Trước can thiệp chỉ có 1,4% NB có kiến thức tốt và tăng lên thành 80,6% sau can thiệp.

Kết luận: Người bệnh còn nhận thức hạn chế về phòng bệnh tái phát ở trước can thiệp nhưng đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Điều đó cho thấy vai trò quan trọng của việc tư vấn, giáo dục sức khỏe, củng cố kiến thức thường xuyên với việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn tốt nghiệp này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới:

Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau đại học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.

Các Thầy, Cô giáo trong Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã trực tiếp hướng dẫn, trang bị kiến thức cho tôi trong suốt quá trình học tập tại trường.

Ban Giám đốc và tập thể cán bộ, nhân viên Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định đã giúp đỡ, tạo mọi điều kiện cho tôi trong thời gian tiến hành thu thập số liệu tại bệnh viện.

Đặc biệt tôi xin tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới Thầy hướng dẫn - Người Thầy đã định hướng học tập, nghiên cứu và tận tình chỉ bảo để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân trọng biết ơn các Thầy, Cô trong Hội đồng đã đóng góp những ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thiện luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn các bạn đồng nghiệp và các đối tượng nghiên cứu đã nhiệt tình cộng tác để tôi có được số liệu cho nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn tới gia đình, bạn bè cùng tập thể lớp cao học khóa II đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn!

TÁC GIẢ LUẬN VĂN

Nguyễn Thị Huyền Trang

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của chính tôi. Các số liệu trong luận văn là trung thực và chưa từng được công bố trong các công trình nghiên cứu khác. Nếu sai sót tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

TÁC GIẢ LUẬN VĂN

Nguyễn Thị Huyền Trang

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

TÓM TẮT.....	i
LỜI CAM ĐOAN.....	ii
LỜI CẢM ƠN.....	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG BIỂU	v
DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ HÌNH VẼ.....	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Một số khái niệm cơ bản	4
1.2. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước.....	17
1.3. Khung lý thuyết.....	21
1.4. Tóm tắt địa bàn nghiên cứu	21
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu	23
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	24
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	25
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	27
2.7. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá.....	33
2.8. Phương pháp phân tích số liệu.....	33
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	33
2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	34
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	35
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	35
3.2. Nhận thức của người bệnh về phòng tái phát loét DDTT trước can thiệp.....	37
3.3. Thay đổi nhận thức của NB về phòng tái phát loét DDTT sau can thiệp.....	47

Chương 4: BÀN LUẬN.....	59
4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	59
4.2. Nhận thức về phòng bệnh tái phát của NB loét DDTT trước can thiệp.....	61
4.3. Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh sau can thiệp	70
4.4. Hạn chế của nghiên cứu.....	75
Chương 5: KẾT LUẬN.....	77
5.1. Thực trạng nhận thức phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017 trước can thiệp	77
5.2. Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017 sau can thiệp	77
KHUYẾN NGHỊ.....	78
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
Phụ lục 1: Bộ câu hỏi phỏng vấn	
Phụ lục 2: Nội dung giáo dục sức khỏe	
Phụ lục 3: Tài liệu phát tay cho đối tượng nghiên cứu	
Phụ lục 4: Phiếu đồng thuận	
Phụ lục 5: Danh sách người bệnh tham gia nghiên cứu	
Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ	
Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 1	
Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 2	
Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ	

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

ĐTNC:	Đối tượng nghiên cứu
GDSK:	Giáo dục sức khỏe
HP:	Helicobacter pylori
NB:	Người bệnh
NC:	Nghiên cứu
NSAID (Non steroidal anti inflammatory drug):	Thuốc giảm đau chống viêm không steroid
Loét DDTT:	Loét dạ dày tá tràng
SD:	Độ lệch chuẩn
SL:	Số lượng

Thư viện số MOJ

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu	28
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính	35
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nơi ở và nghề nghiệp	36
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh và số lần tái phát bệnh	36
Bảng 3.4. Nhận thức về nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ gây loét dạ dày tá tràng trước can thiệp	37
Bảng 3.5. Nhận thức về triệu chứng, biến chứng hay gặp nhất của bệnh trước can thIỆP	37
Bảng 3.6. Nhận thức về yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng trước can thiệp	38
Bảng 3.7. Nhận thức về sử dụng chất xơ, tần suất sử dụng trái cây của NB trước can thiệp	39
Bảng 3.8. Nhận thức về các loại rau NB nên sử dụng và tần suất sử dụng các gia vị trước can thiệp	39
Bảng 3.9. Nhận thức về sử dụng thức ăn giàu đạm và các loại thịt NB nên sử dụng trước can thiệp	40
Bảng 3.10. Nhận thức về thói quen uống nước và sử dụng tinh bột trước can thIỆP	41
Bảng 3.11. Nhận thức về nhiệt độ để thức ăn dễ tiêu hóa, hấp thu và ảnh hưởng của nồng độ thức ăn tới kích thích dạ dày trước can thiệp	41
Bảng 3.12. Nhận thức về các chất kích thích gây hại dạ dày, hoạt động sau khi ăn trước can thiệp	42
Bảng 3.13. Nhận thức về một số yếu tố gây hại dạ dày trước can thiệp	43
Bảng 3.14. Nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh trước can thiệp	43
Bảng 3.15. Nhận thức về sử dụng thuốc NSAID trước can thiệp	44
Bảng 3.16. Nhận thức về sử dụng một số thuốc NSAID trước can thiệp	45
Bảng 3.17. Điểm trung bình nhận thức về phòng tái phát bệnh trước can thiệp	45

Bảng 3.18. Thay đổi nhận thức về nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây loét DDTT	47
Bảng 3.19. Thay đổi nhận thức về triệu chứng, biến chứng hay gặp nhất của loét DDTT	47
Bảng 3.20. Thay đổi nhận thức về yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng.....	48
Bảng 3.21. Thay đổi nhận thức về sử dụng chất xơ và sử dụng trái cây của NB.	49
Bảng 3.22. Thay đổi nhận thức về các loại rau NB sử dụng, tần suất sử dụng gia vị .	49
Bảng 3.23. Thay đổi nhận thức về sử dụng thức ăn giàu đạm và các loại thịt NB nên sử dụng	50
Bảng 3.24. Thay đổi nhận thức về thói quen uống nước và sử dụng tinh bột.....	52
Bảng 3.25. Thay đổi nhận thức về nhiệt độ để thức ăn dễ tiêu hóa, hấp thu và ảnh hưởng của nồng độ thức ăn tới kích thích dạ dày	52
Bảng 3.26. Thay đổi nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh	53
Bảng 3.27. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh.....	54
Bảng 3.28. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc NSAID.....	55
Bảng 3.29. Thay đổi nhận thức về sử dụng một số thuốc NSAID	56
Bảng 3.30. Thay đổi điểm TB nhận thức về phòng tái phát bệnh sau can thiệp..	56
Bảng 3.35. Thay đổi điểm trung bình nhận thức chung về bệnh sau can thiệp....	57
Bảng 3.36. Thay đổi điểm trung bình nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh ...	57
Bảng 3.37. Thay đổi điểm TB nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh.....	57
Bảng 3.38. Thay đổi điểm TB nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh.	58

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ, HÌNH VẼ

Hình 1.1. Cấu tạo giải phẫu dạ dày	5
Hình 1.2: Loét dạ dày tá tràng	10
Hình 1.3: Các bước chính của quá trình hình thành ổ loét.....	13
Hình 2.1: Sơ đồ qui trình nghiên cứu.....	23
Biểu đồ 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ văn hóa	35
Biểu đồ 3.2: Nhận thức về vai trò của NB trong phòng bệnh tái phát.....	38
Biểu đồ 3.3: Nhận thức về cách sử dụng sữa trước can thiệp	40
Biểu đồ 3.4: Nhận thức về thói quen khi ăn của người bệnh trước can thiệp.....	42
Biểu đồ 3.5: Phân loại điểm nhận thức trước can thiệp	46
Biểu đồ 3.6: Thay đổi nhận thức về vai trò của NB trong phòng bệnh tái phát...48	48
Biểu đồ 3.7: Thay đổi nhận thức về cách sử dụng sữa.....	51
Biểu đồ 3.8: Thay đổi nhận thức về thói quen khi ăn của người bệnh	51
Biểu đồ 3.9: Phân loại điểm nhận thức trước và sau can thiệp.....	58

ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh phổ biến trong các bệnh đường tiêu hóa. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 4 triệu người bị ảnh hưởng bởi căn bệnh này [48]. Trong đó có 10% - 20% người bệnh đã gặp phải các biến chứng, đặc biệt thủng ổ loét (chiếm 2 - 14%) là biến chứng rất nguy hiểm [31],[22]. Biến chứng này đã đe dọa cuộc sống, thậm chí cướp đi tính mạng của người bệnh (tỷ lệ tử vong khoảng 10 - 40%) [46],[22]. Ở các nước đang phát triển ước tính tỷ lệ bệnh khoảng 10%, hàng năm tăng khoảng 0,2% [14]. Ở Việt Nam có khoảng 26% dân số bị viêm loét dạ dày tá tràng, chiếm 16% tổng số các ca phẫu thuật trong một năm và nó thường đứng đầu trong các bệnh ở đường tiêu hóa [14]. “Căn bệnh của xã hội hiện đại” đang ngày càng đe dọa và làm ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [14],[26].

Loét dạ dày - tá tràng nguy hiểm không phải bởi bệnh không thể chữa được hay tỉ lệ tử vong cao mà bởi bệnh rất dễ tái phát, rất dễ biến chứng [16]. Theo thống kê của Thư viện Y tế Quốc gia Mỹ thì tỷ lệ tái phát viêm loét dạ dày - tá tràng trong vòng 2 năm sau khi diệt vi khuẩn H.P là 3,02% nhưng sẽ tăng lên đến 83,9% đối với những người bệnh thường xuyên sử dụng rượu bia, các chất kích thích và thuốc chống viêm [16]. Theo nghiên cứu của Seo JH và cộng sự tại Hàn Quốc năm 2016 thì xác suất tích lũy 5 năm của tái phát loét dạ dày - tá tràng là 36,4% ở nhóm âm tính với H.pylori và 43,8% ở nhóm không được điều trị triệt để với H. pylori. Trong đó các yếu tố thuận lợi cho sự tái phát ở nhóm âm tính với H. pylori gồm có người lớn tuổi, nam giới và mắc bệnh thận mạn tính kèm theo [41]. Theo khảo sát của Bộ Y tế Việt Nam, trong phần lớn các trường hợp thì loét sẽ tự lành sẹo sau 2-3 tháng nhưng tỉ lệ tái phát bệnh trong 2 năm đầu tương đối cao chiếm trên 50% các trường hợp, tần suất tái phát trung bình là 2 - 3 năm và càng về sau càng giảm dần. Nếu người bệnh không được điều trị đúng thì các biến chứng có thể xảy ra như chảy máu, thủng, hẹp môn vị, ung thư hoá và thời gian loét kéo dài trên 10 năm [17].

Theo Viện Y học ứng dụng - Tổng hội Y học Việt Nam [16], loét dạ dày - tá tràng hay tái phát là bởi một số lí do sau: Trong quá trình điều trị, người bệnh phải dùng một đợt kháng sinh dài ngày nên rất mệt, đôi khi chỉ thấy các triệu chứng thuyên giảm đã ngừng thuốc. Vi khuẩn H.pylori chưa hoàn toàn bị tiêu diệt, ổ loét chưa hoàn toàn phục hồi nên sau một thời gian vi khuẩn này phát triển trở lại. Ổ loét cũ chưa kịp liền sẹo đã bị loét lại. Ngoài ra, việc kiêng khem trong ăn uống có thể khiến người bệnh cảm thấy mệt mỏi nên họ sẽ không thực hiện theo. Bên cạnh đó thì còn rất nhiều yếu tố làm tăng khả năng tái phát bệnh, chẳng hạn như phải làm việc trong môi trường căng thẳng, nhiều áp lực hay việc ăn uống thất thường, không đúng bữa, không nghỉ ngơi sau khi ăn và trong cuộc sống cũng có rất nhiều điều khiến người bệnh phải lo lắng, buồn rầu, tức giận, sợ hãi... Tất cả các yếu tố trên khiến cho nguy cơ tái phát bệnh tăng cao. Mặc dù chính người bệnh có vai trò rất quan trọng trong công tác phòng bệnh tái phát khi họ nhận thức đúng và đầy đủ về các biện pháp phòng tái phát bệnh nhưng tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về đánh giá nhận thức của người bệnh loét dạ dày tá tràng trong lĩnh vực này.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017”***.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.
2. Đánh giá sự thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định sau can thiệp giáo dục.

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm cơ bản

1.1.1. Dạ dày

Dạ dày là đoạn phình to nhất của ống tiêu hóa, nối giữa thực quản và tá tràng, nằm sát dưới vòm hoành trái. Phần lớn dạ dày nằm ở vùng hạ sườn trái, chỉ một phần ứng với vùng thượng vị và hạ sườn phải.

Dạ dày rất co giãn, dễ di động, có thể tích từ 2 đến 2,5 lít hoặc hơn nữa, do vậy nó không có hình dáng nhất định.

1.1.1.1. Cấu tạo giải phẫu của dạ dày [2]

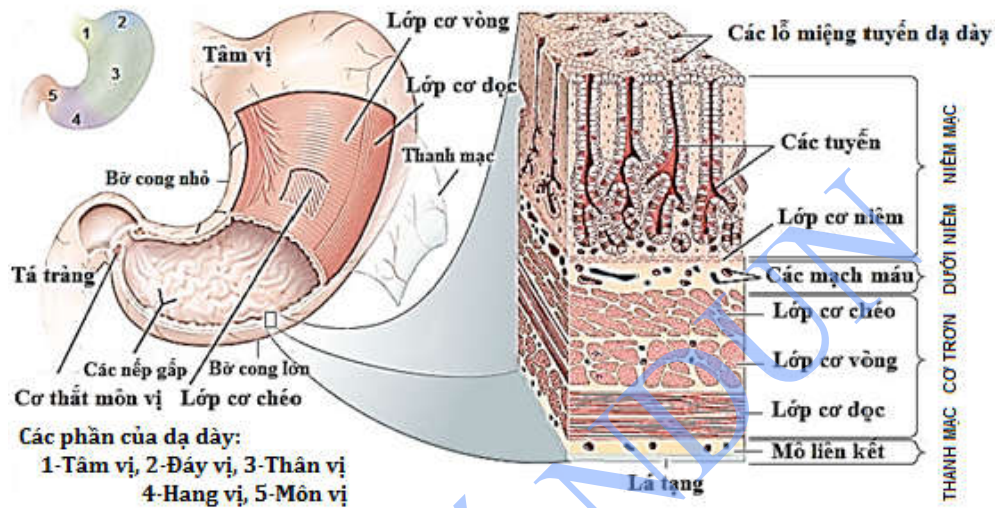
Kể từ trên xuống, dạ dày gồm các phần:

- Tâm vị nằm kế cận thực quản, bao gồm cả lỗ tâm vị. Lỗ này thông thực quản với dạ dày, không có van đóng kín mà chỉ có nếp niêm mạc.
- Đáy vị là phần phình to hình chòm cầu, thường chứa không khí.
- Thân vị nối tiếp phía dưới đáy vị. Giới hạn của nó ở phía trên là mặt phẳng ngang qua lỗ tâm vị, phía dưới là mặt phẳng qua khuyết góc của bờ cong nhỏ.
- Phần môn vị gồm hang môn vị tiếp nối với thân vị, ống môn vị thu hẹp lại giống cái phễu đổ vào lỗ môn vị.

Kể từ ngoài vào trong, thành dạ dày có bốn lớp:

- Lớp thanh mạc, thuộc lá tạng của phúc mạc và là sự liên tục của mạc nối nhỏ phủ hai mặt trước và sau của dạ dày.
- Lớp cơ trơn rất dày, kể từ ngoài vào trong gồm có lớp cơ dọc liên tục với các thớ cơ dọc của thực quản và tá tràng, lớp cơ vòng bao kín toàn bộ dạ dày và lớp cơ chéo chạy vòng quanh đáy vị và đi chéo xuống dưới về phía bờ cong lớn.
- Lớp dưới niêm mạc là tổ chức liên kết rất lỏng lẻo, có nhiều mạch máu.
- Lớp niêm mạc lót mặt trong của dạ dày. Mặt của niêm mạc có nhiều núp con. Trên mặt núp có nhiều hố dạ dày là chỗ đổ vào của 3-5 tuyến dạ dày. Các

tuyến vùng thân vị có tế bào chính tiết pepsinogen, tế bào viền tiết acid clohydric và yếu tố nội, tế bào tuyến bài tiết chất nhầy. Các tế bào biểu mô của niêm mạc vùng hang vị bài tiết gastrin. Riêng tuyến vùng môn vị chỉ tiết ra dịch kiềm.



Hình 1.1. Cấu tạo giải phẫu dạ dày

(Nguồn <http://www.edoctoronline.com/medical-atlas.asp>)

1.1.1.2. Hoạt động cơ học của dạ dày [2]

- Chứa đựng thức ăn

Dạ dày có chức năng chứa đựng thức ăn. Vùng thân dạ dày có khả năng đàn hồi rất lớn giúp chứa đựng chỗ thức ăn mới nuốt vào mà áp suất trong dạ dày không tăng lên, không cản trở cho việc nuốt tiếp thức ăn. Sau bữa ăn, toàn bộ thức ăn nằm ở vùng thân dạ dày và được xếp thành những vòng tròn đồng tâm. Phần ăn vào trước nằm ở xung quanh sát thành dạ dày, ngấm dịch vị, tan rã dần ra rồi được nhu động của dạ dày lôi dần xuống hang vị. Phần ăn vào sau nằm ở trung tâm khối thức ăn, chưa ngấm dịch vị, do đó men α -amylase của nước bọt tiếp tục tiêu hóa tinh bột chín ngay trong dạ dày.

- Sự đóng mở của tâm vị

Bình thường tâm vị đóng kín, khi thức ăn xuống sát ngay trên tâm vị sẽ kích thích gây ra phản xạ ruột làm tâm vị mở ra và thức ăn đi vào dạ dày. Thức ăn vừa vào sẽ kích thích dạ dày gây ra phản xạ ruột làm tâm vị đóng lại.

Khi thức ăn trong dạ dày quá acid, tâm vị rất dễ mở ra dù trong thực quản không có thức ăn, gây ra triệu chứng ợ hơi ợ chua ở một số người bệnh loét dạ dày.

Tâm vị cũng dễ mở ra khi áp suất trong dạ dày tăng lên quá cao do ăn quá nhiều hoặc do một số tác nhân kích thích tác động vào trung tâm nôn.

- Nhu động của dạ dày

Khi thức ăn đi vào dạ dày thì nhu động bắt đầu xuất hiện.

Nhu động của dạ dày có 2 tác dụng:

- + Nghiền nhỏ thức ăn và trộn đều thức ăn với dịch vị tạo thành nhũ trấp.
- + Đẩy phần nhũ trấp nằm ở xung quanh đi xuống hang vị và ép vào khối nhũ trấp này một áp suất lớn để làm mở môn vị, đẩy nhũ trấp đi xuống tá tràng.

Khi môi trường trong dạ dày quá acid, nhu động tăng lên mạnh, gây ra đau bụng ở một số người bệnh loét dạ dày.

- Sự đóng mở môn vị

Mỗi khi nhu động lan đến vùng hang thì nhũ trấp bị ép mạnh làm môn vị mở ra và một lượng nhỏ nhũ trấp được đẩy vào tá tràng. Nhũ trấp vừa đi vào sẽ kích thích tá tràng gây nên phản xạ ruột làm môn vị đóng lại.

Môn vị sẽ tiếp tục mở ra dưới tác dụng của 2 điều kiện:

- + Một nhu động mới lại lan đến vùng hang.
- + Nhũ trấp vừa mới vào tá tràng đã được kiềm hóa.

Sự đóng mở của môn vị có các tác dụng sau:

- + Đưa nhũ trấp vào tá tràng từng ít một để tiêu hóa và hấp thu triệt để hơn.
- + Giúp quá trình cung cấp vật chất cho cơ thể diễn ra liên tục đều đặn.

Khi cơ chế đóng mở môn vị mất đi thì nhũ trấp từ dạ dày xuống tá tràng ồ ạt, kích thích tá tràng rất mạnh gây ra hội chứng tràn ngập (dumping syndrome).

1.1.1.3. Hoạt động bài tiết của dạ dày [2]

Dịch tiêu hóa của dạ dày được gọi là dịch vị. Dịch vị tinh khiết là một chất lỏng trong suốt, không màu, pH=2-3. Các thành phần chức năng của dịch vị gồm:

- Nhóm các enzyme tiêu hóa có pepsin, lipase, gelatinase.

- Nhóm các chất vô cơ: HCl, các ion Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , H^+ , Cl^- , HPO_4^{2-} , SO_4^{2-} .
- Yếu tố nội là một mucoprotein do tế bào bì vùng đáy vị bài tiết.
- Nhóm các chất nhầy có thành phần là glycoprotein gồm fucose, galactose, acetylglucosamin kết hợp với bicarbonate tạo thành lớp màng dày tới 1-1,5 mm gắn với niêm mạc dạ dày tá tràng bởi tổ chức keo protein.

Tác dụng của dịch vị

- Tác dụng của nhóm men tiêu hóa:

+ Pepsin hoạt động tốt nhất trong môi trường có pH từ 1,6 đến 3,2. Nó thủy phân các liên kết peptid giữa các acid có nhân thơm với một acid amin khác. Khi pH của môi trường cao hơn 5 thì pepsin không hoạt động. Trong giới hạn dao động rộng của pH ở dạ dày luôn có các loại pepsin thích hợp hoạt động giúp cho quá trình thủy phân protid trong dạ dày diễn ra liên tục.

+ Gelatinase tiêu hóa các phần tử proteoglycan có trong thịt.

+ Lipase dịch vị cắt các liên kết ester giữa glycerol và acid béo của những lipid đã nhũ tương hóa (lipid của trứng, sữa) thành acid béo và monoglycerid.

+ Men đông sữa hoạt động trong môi trường acid có pH tối thuận là 4. Với sự có mặt của ion Ca^{++} , nó kết hợp với caseinogen thành caseinat calci kết tủa.

- Tác dụng của nhóm các chất vô cơ

Dịch vị chứa nhiều chất vô cơ nhưng quan trọng nhất là HCl. Tác dụng chủ yếu của HCl là:

+ Tạo pH cần thiết để hoạt hóa Pepsinogen.

+ Tạo pH tối thuận cho pepsin hoạt động.

+ Sát khuẩn: Tiêu diệt các vi khuẩn có trong thức ăn.

- Tác dụng của nhóm các chất nhầy

Các chất nhầy gồm nhiều phân tử glycoprotein và mucopolysarid. Các chất nhầy tạo thành một màng dai, kiềm, bao phủ toàn bộ niêm mạc dạ dày để bảo vệ niêm mạc và thành dạ dày khỏi tác dụng ăn mòn và tiêu hóa của HCl và pepsin. Bình thường sự bài tiết chất nhầy và HCl, pepsin tương đương với nhau,

nên dịch vị có thể tiêu hóa thức ăn nhưng lại không thể tự tiêu hóa bản thân dạ dày. Khi bài tiết chất nhầy giảm sút, niêm mạc dạ dày dễ bị ăn mòn, gây hội chứng viêm loét dạ dày. Chất nhầy còn có tác dụng bôi trơn giúp thức ăn được vận chuyển dễ dàng.

- Tác dụng của yếu tố nội

Yếu tố nội do tế bào viền bài tiết, đó là mucoprotein. Yếu tố nội có vai trò quan trọng trong sự hấp thu B₁₂ ở hồi tràng.

Điều hòa bài tiết dịch vị

Dịch vị được bài tiết do 2 cơ chế điều hòa: thần kinh và thể dịch.

- Cơ chế thần kinh:

Có 2 hệ thống thần kinh tham gia điều hòa bài tiết dịch vị:

+ Thần kinh nội tại:

Là các đám rối Meissner nằm ngay dưới niêm mạc dạ dày, đám rối này làm bài tiết dịch vị dưới tác dụng kích thích của thức ăn trong dạ dày hoặc từ những kích thích của thần kinh trung ương.

+ Thần kinh trung ương:

Là dây thần kinh số X. Nó làm bài tiết dịch vị dưới tác dụng kích thích của phản xạ không điều kiện và phản xạ có điều kiện. Vì vậy, trong nguyên tắc điều trị bệnh loét dạ dày, ta có thể dùng các phương pháp để ức chế tác dụng của dây X nhằm giảm bài tiết acid HCl và pepsin.

Cơ chế thể dịch:

Có nhiều yếu tố điều hòa bài tiết dịch vị qua cơ chế thể dịch:

+ Gastrin:

Là một hormon do tế bào G vùng hang dạ dày bài tiết dưới tác dụng kích thích của dây X hoặc các sản phẩm tiêu hóa protid trong dạ dày. Sau khi bài tiết, gastrin theo máu đến vùng thân dạ dày kích thích bài tiết HCl và pepsinogen.

+ Gastrin-like:

Là một hormon do niêm mạc tá tràng và tụy bài tiết, tác dụng tương tự gastrin.

+ Histamin:

Là một sản phẩm chuyển hóa từ histidin của tế bào niêm mạc dạ dày. Histamin kích thích các thụ thể H₂ của tế bào viền (H₂-receptor) làm tăng tiết HCl. Vì vậy, trong điều trị loét dạ dày, người ta sử dụng các loại thuốc ức chế H₂-receptor để làm giảm tác dụng tiết HCl của histamine.

+ Glucocorticoid:

Là hormon của vỏ thượng thận có tác dụng kích thích bài tiết HCl và pepsin đồng thời ức chế bài tiết chất nhầy. Vì vậy, những người căng thẳng thần kinh kéo dài thường bị loét dạ dày do có tình trạng tăng tiết glucocorticoid.

+ Prostaglandin E₂:

Là một hormon của tế bào niêm mạc dạ dày có tác dụng ức chế bài tiết HCl và pepsin, đồng thời kích thích bài tiết chất nhầy. Vì vậy, trong điều trị loét dạ dày, người ta sử dụng các thuốc dẫn xuất từ prostaglandin như cytotec hoặc các thuốc làm tăng bài tiết prostaglandin E₂ của dạ dày

Ngược lại, các tác nhân ức chế bài tiết prostaglandin sẽ gây ra loét dạ dày, đó là các thuốc giảm đau, chống viêm như: aspirin, voltaren, piroxicam, ibuprofen... Các thuốc này làm giảm tổng hợp prostaglandin là một tác nhân gây viêm nhưng cũng làm giảm tiết prostaglandin E₂ tại dạ dày gây ra loét dạ dày.

1.1.2. Tá tràng [3]

Tá tràng là phần đầu và ngắn nhất của ruột non. Nó cũng là phần cố định (trừ bóng tá tràng) vì nằm sau phúc mạc.

1.1.2.1. Vị trí và hình thể ngoài

Tá tràng dài khoảng 25cm, bắt đầu từ môn vị ở ngang sườn phải đốt sống thắt lưng I và tận cùng tại góc tá - hỗng tràng ở ngang sườn trái đốt sống thắt lưng II. Tá tràng là nơi ống mật và ống tụy đổ vào. Tá tràng uốn cong hình chữ C hướng sang trái và ôm quanh đầu tụy. Nó gồm 4 phần:

- Phần trên dài khoảng 5cm, nằm ngang dưới gan, 2/3 trên phần này phình to và di động gọi là hành tá tràng, còn 1/3 dưới cố định và dính vào thành bụng sau cùng với các phần còn lại.

- Phần xuống dài khoảng 8cm, chạy thẳng xuống dọc bờ phải đốt sống thắt lưng TL1 – TL3, dính chặt vào đầu tụy.

- Phần ngang dài khoảng 6cm, nằm ngay dưới đầu tụy.

- Phần lên dài khoảng 6 cm, chạy lên trên hơi chệch sang trái để tới góc tá hồng tràng.

1.1.2.2. Cấu tạo và hình thể trong

Cũng như cấu tạo của ống tiêu hoá, tá tràng gồm có 4 lớp:

- Lớp thanh mạc: là phúc mạc tạng bao bọc tá tràng.

- Lớp cơ: cơ dọc ở nông và cơ vòng ở sâu.

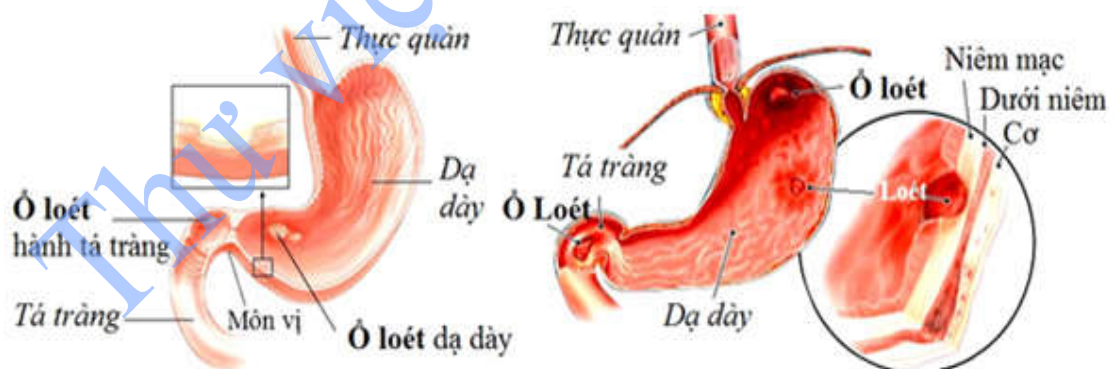
- Lớp dưới niêm mạc: chứa nhiều mạch máu và thần kinh.

- Lớp niêm mạc màu hồng mịn, có các nhung mao, các nếp ngang, nếp dọc và các tuyến tá tràng.

1.1.3. Bệnh loét dạ dày- tá tràng

1.1.3.1. Khái niệm [4]

Loét dạ dày tá tràng là một vùng tổn thương có giới hạn nhỏ, mất lớp niêm mạc dạ dày, hành tá tràng, có thể lan xuống dưới niêm, lớp cơ thậm chí đến lớp thanh mạc và có thể gây thủng thành dạ dày tá tràng.



Hình 1.2: Loét dạ dày tá tràng

(Nguồn <http://bacsinoitru.vn>)

1.1.3.2. Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng [1]

- Nhiễm trùng:

- + *Helicobacter pylori*

- + Herpes simplex virus – HSV.
- + Cytomegalo virus – CMV.
- + H. Heilmannii.
- + Các nhiễm trùng khác: lao...
- Do thuốc:
 - + NSAIDs và aspirin
 - + Corticosteroids (khi dùng chung với NSAIDs)
 - + Bisphotphonat
 - + Clopadogrel
 - + Potassium chlorid
 - + Điều trị hóa chất
- Loét do tự miễn
- Loét liên quan đến bệnh mạn tính hoặc suy đa tạng:
 - + Loét do stress
 - + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
 - + Xơ gan
 - + Suy thận
 - + Ghép tạng
- Các nguyên nhân khác:
 - + U bài tiết gastrin (Gastrinoma gây hội chứng Zollinger – Ellison)
 - + Tăng hoạt động của tế bào G ở hang vị
 - + Chiếu xạ
 - + Crohn, sarcoidosis

Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng nhưng thực tế lâm sàng cho thấy 3 nguyên nhân chính:

Loét do *Helicobacter pylori*: là nguyên nhân chủ yếu gây loét DDTT. 90% trường hợp loét dạ dày và 95% trường hợp loét tá tràng có sự hiện diện của HP.

Các thuốc kháng viêm giảm đau NSAID và aspirin: hiện là một trong những nhóm thuốc dùng hết sức phổ biến. Người bệnh sử dụng các thuốc này có thể bị loét cấp tính và thường là nhiều ổ.

Loét do stress: thường gặp ở người bệnh nằm cấp cứu như: bỏng, thở máy, viêm tụy cấp, suy gan... Những người bệnh này có tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa dao động từ 10 - 20% và những biến chứng này làm tăng thêm bệnh chính và làm tăng thêm tỷ lệ tử vong.

1.1.3.3. Cơ chế bệnh sinh [1]

Dạ dày luôn chịu tác động của 2 nhóm yếu tố:

- Nhóm yếu tố gây loét:

+ Acid HCl, pepsin.

+ Các yếu tố bên ngoài: Thuốc, rượu, HP...

+ Các yếu tố bên trong: dịch mật, lysolecithin.

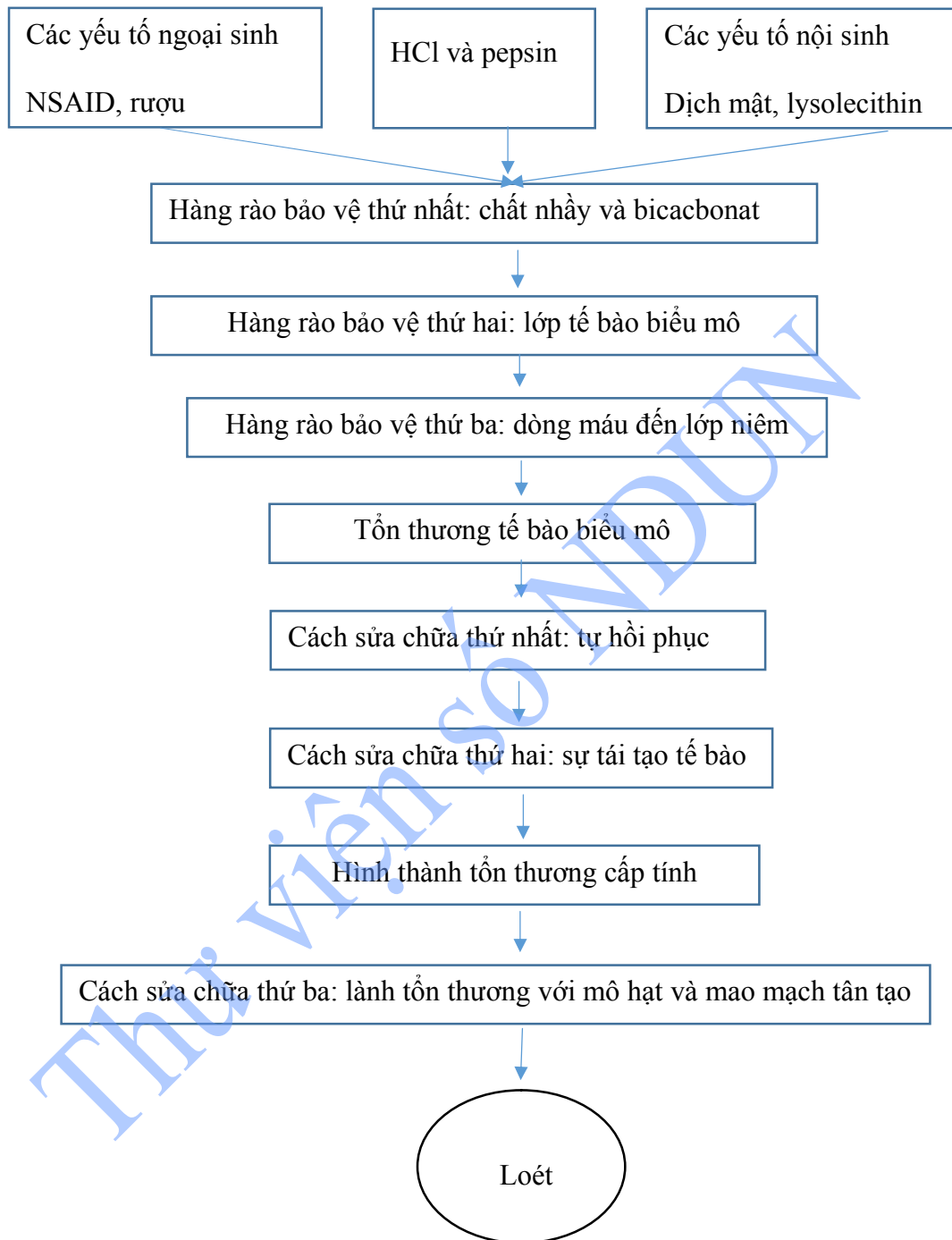
- Nhóm yếu tố bảo vệ tế bào:

+ Lớp chất nhầy và bicacbonat bao phủ trên bề mặt niêm mạc dạ dày còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ nhất.

+ Lớp tế bào biểu mô bề mặt còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ hai.

+ Dòng máu tưới cho lớp niêm mạc của dạ dày tá tràng còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ ba.

Trong trường hợp các yếu tố gây loét tăng lên hoặc các yếu tố bảo vệ yếu đi, hậu quả là lớp tế bào biểu mô bị tổn thương. Nếu quá trình phục hồi và tạo tế bào biểu mô không đủ để làm lành thì tổn thương cấp tính sẽ được hình thành và tiếp theo là sự xuất hiện của các ổ loét.



Hình 1.3: Các bước chính của quá trình hình thành ổ loét

Nguồn: *Bệnh học nội khoa (2012). NXB Y học, Hà Nội.*

1.1.3.4. Triệu chứng lâm sàng [1]

Thường có 2 thể:

Thể điển hình

Đau bụng chủ yếu ở vùng thượng vị là triệu chứng gần như hằng định của bệnh này. Đau có thể từ mức độ khó chịu, âm ỉ đến dữ dội. Tùy thuộc vào vị trí ổ loét mà tính chất đau có ít nhiều khác biệt:

- Loét hành tá tràng: thường xuất hiện lúc đói hoặc sau bữa ăn 2 – 3 giờ, đau trội lên về đêm, ăn vào hoặc sử dụng các thuốc trung hòa acid thì đỡ đau nhanh.

- Loét dạ dày: tùy vị trí ổ loét mà vị trí và hướng lan của tính chất đau có thể khác nhau. Thường đau sau ăn trong khoảng vài chục phút đến vài giờ. Đáp ứng với bữa ăn và các thuốc trung hòa acid cũng kém hơn loét hành tá tràng.

Đau âm ỉ, kéo dài hoặc thành cơn nhưng có tính chất chu kỳ trong ngày và trong năm thường đau vào mùa hoặc tháng nhất định, thí dụ: thường đau vào mùa rét hoặc nóng. Đau kéo dài trong vòng 1 – 3 tuần rồi tự nhiên hết đau. Càng về sau tính chất chu kỳ càng mất dần đi, cường độ đau mạnh hơn, thời gian mỗi đợt đau kéo dài hơn.

Các biểu hiện kèm theo: có thể nôn hoặc buồn nôn, cảm giác nóng rát, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau, gầy sút cân, đại tiện phân táo hoặc lỏng, 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.

1.1.3.5. Triệu chứng cận lâm sàng [1]

- Chụp dạ dày tá tràng có Barite, có thể thấy:

+ Hình ảnh ổ loét: là ổ đọng thuốc hình tròn, hình oval....

+ Sự thay đổi hình dạng vùng quanh ổ loét: biến dạng các nếp niêm mạc ở thân và phình vị dạ dày.

- Nội soi dạ dày tá tràng: được coi là phương pháp có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định loét.

Nội soi còn cung cấp thông tin: vị trí, số lượng, kích thước, tính chất ổ loét: cấp hay mạn tính, nông hay sâu, bờ đều hay không đều, đáy sạch hay có chất hoại tử và các tổn thương kèm theo như viêm, trợt.

- Test xác định H.P: có nhiều phương pháp:
- + Ure test hoặc nuôi cấy được làm từ mảnh sinh thiết.
- + Tìm kháng thể kháng H.P trong máu.
- + Tìm kháng nguyên của H.P trong phân.
- Thăm dò acid dịch vị của dạ dày
- + Hút dịch vị lúc đói để đánh giá về bài tiết, HCl và pepsin.
- + Dùng các nghiệm pháp kích thích như nghiệm pháp histamin.

1.1.3.6. Chẩn đoán [1]

Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Hình ảnh trên phim Xquang.
- Đặc điểm và những tổn thương trên nội soi.

Chẩn đoán phân biệt

- *Chứng chậm tiêu giống loét*: triệu chứng khá giống với loét dạ dày tá tràng nhưng nội soi không thấy có tổn thương.

- *Trào ngược dạ dày thực quản*: Loét dạ dày tá tràng có tính chất nổi bật là đau thượng vị, lan ra xung quanh hoặc phần sau. Trào ngược dạ dày thực quản có tính chất điển hình là cảm giác nóng rát vùng thượng vị, sau xương ức, lan lên ngực. Nội soi rất có giá trị chẩn đoán trong phân biệt.

- Ngoài ra có thể nhầm loét dạ dày tá tràng với viêm dạ dày cấp và mạn, ung thư dạ dày, sỏi túi mật và viêm tụy mạn.

1.1.3.7. Biến chứng [1]

Chảy máu tiêu hóa (hay gặp nhất): người bệnh nôn ra máu và/hoặc ỉa phân đen, tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.

Thủng ổ loét: người bệnh đột nhiên đau bụng dữ dội thượng vị, đau như dao đâm, khám thấy bụng cứng như gỗ, về sau các biểu hiện sốc xuất hiện.

Ung thư hóa (chỉ gặp ở loét dạ dày đơn thuần): người bệnh đau nhiều, không có tính chất chu kì, kèm theo có nôn, thể trạng gầy sút nhiều.

Hẹp môn vị: người bệnh ăn không tiêu, buồn nôn rồi nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày ăn trước có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men, khám bụng có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng óc ách lúc đói.

1.1.4. Truyền thông giáo dục sức khỏe

1.1.4.1. Khái niệm

Truyền thông giáo dục sức khỏe là nội dung đầu tiên trong tám nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu mà Hội nghị Alma - Am đã đề ra năm 1978 và cũng là nội dung đầu tiên trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu của Việt Nam, đó là: Giáo dục sức khỏe nhằm giúp cho mọi người có kiến thức tối thiểu và cơ bản nhất để họ có thể tự phòng bệnh cho mình, cho gia đình, người thân và cho xã hội; để họ có thể xử trí đúng khi bị ốm đau, bệnh tật và để họ thay đổi những cách nghĩ và nếp sống có hại cho sức khỏe.

1.1.4.2. Vai trò

- Truyền thông dễ dàng lôi cuốn sự lưu ý của quần chúng đối với các vấn đề sức khỏe một cách mau chóng.
- Truyền thông có thể đưa ra các ý kiến về sức khỏe hết sức hữu hiệu.
- Truyền thông có thể kích thích quần chúng, tạo ra những đáp ứng tình cảm để người nghe thay đổi nếp sống để có một sức khỏe tốt.
- Truyền thông có thể tác động lên dư luận, tạo ra các cơ hội để tranh luận cách thức duy trì sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật qua phương tiện liên lạc.
- Truyền thông có thể hợp tác với các nhà chuyên môn để tổ chức các buổi gặp gỡ giữa quần chúng với nhau hoặc giữa các nhà chuyên môn với quần chúng để trao đổi kiến thức bảo vệ sức khỏe.
- Giúp cải thiện sự gắn bó các quan hệ công cộng, giúp các tổ chức liên quan tới bảo vệ sức khỏe cùng sát cánh làm việc.
- Góp phần tranh đấu, cổ vũ các nhà lãnh đạo đưa ra các chính sách y tế, dung hòa các tranh luận.

1.2. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

1.2.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về loét dạ dày - tá tràng đã được tiến hành, có thể điểm lại một số đề tài như sau:

Nghiên cứu “*Effectiveness of life style education in peptic ulcer patient*” của Shahnooshi JF và Anita DS (2014) tiến hành trên 178 người bệnh loét dạ dày tá tràng được chọn ngẫu nhiên tại bệnh viện MVJ - Ấn Độ cho kết quả như sau: Sau can thiệp giáo dục, có sự thay đổi đáng kể trong việc sử dụng NSAID đặc biệt ở nhóm tuổi thanh niên (không bao giờ sử dụng NSAID tăng từ 3 lên 30 người bệnh). Chế độ ăn uống giàu chất xơ có thể làm giảm nguy cơ phát triển vết loét mới và tăng tốc độ chữa lành các vết loét đang tồn tại. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chỉ có 11 người bệnh luôn sử dụng trái cây và sau can thiệp giáo dục con số này đã tăng lên 99 người bệnh. Mặc dù hút thuốc lá làm tăng nguy cơ hình thành vết loét mới và làm chậm quá trình liền sẹo nhưng số lượng NB luôn hút thuốc lá trong nghiên cứu này còn cao (26,66%) và giảm xuống 18% sau khi được giáo dục. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh uống rượu giảm từ 71 xuống 44 và số lượng NB luôn tiêu thụ thức ăn cay đã giảm đáng kể từ 136 xuống 38 người [42].

Nghiên cứu “*Education of patients suffering from chronic gastric and duodenal ulcer disease*” của Maria Polocka - Molinska & et al (2016) trên 280 người bệnh bị viêm loét dạ dày tá tràng tại Ba Lan cho thấy có 47 người bệnh còn thiếu kiến thức về phòng bệnh tái phát chiếm 33,6%; 21,4% người bệnh thiếu kiến thức về lối sống và 33,7% người bệnh thiếu kiến thức về các nguyên tắc dinh dưỡng hợp lý với tình trạng bệnh. Trong nghiên cứu này có 65% NB cho rằng stress là nguyên nhân gây bệnh; 62,5% NB cho rằng do dinh dưỡng không hợp lý và chỉ có 13,75% cho rằng dùng thuốc chống viêm không steroid là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sau khi được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng, đa số người bệnh không thay đổi chế độ ăn uống hiện tại chiếm 57,5% và trong nhóm này nam giới chiếm 70% [32].

Nghiên cứu “*Prevalence of Peptic Ulcer Disease among the Patients with Abdominal Pain Attending the Department Of Medicine in Dhaka Medical College Hospital, Bangladesh*” của Dr. Rafi Abul Hasnath Siddique cho thấy tỷ lệ nam nữ lần lượt là 62,8% và 37,2%; 10,2% có trình độ tiểu học; 13,3% có trình độ trung học và 33,7% có trình độ phổ thông. Số người bệnh là nông dân chiếm 18,9%; 19,9% lao động tự do và 35,2% là cán bộ nhân viên. Phần lớn NB có thói quen hút thuốc chiếm 63,3%. Trong nghiên cứu này hầu hết thói quen ăn uống của người trả lời (46,4%) là thức ăn cay và có tới 87,2% NB có sử dụng NSAID. Người ta cũng thấy rằng đa số NB (92,9%) có cảm giác nóng rát ở vùng thượng vị và chỉ có 6,1% không xuất hiện [39].

Nghiên cứu của Santa M (2014) về chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng tại Brazil đã chỉ ra rằng phần lớn các người bệnh loét dạ dày - tá tràng có chế độ ăn nghèo chất xơ và chất chống oxy hóa. Trong khi đó, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến khích người bệnh loét dạ dày - tá tràng nên có chế độ ăn giàu chất xơ khoảng 20-30g/ngày, vì nó hoạt động như bộ đệm, làm giảm nồng độ của các axit mật trong dạ dày và giảm thời gian tiêu hóa. Người bệnh loét dạ dày - tá tràng do *H. pylori* được khuyến cáo sử dụng khoảng 500 mg vitamin C/ngày trong thời gian 3 tháng vì vitamin C có tác dụng quan trọng trong tiêu diệt vi khuẩn Hp. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đa số người bệnh loét dạ dày - tá tràng bị thiếu sắt. Bởi lẽ, sắt là điều cần thiết cho sự tăng trưởng của *H. pylori*. Do đó, người bệnh được khuyến cáo sử dụng 45 mg sắt hàng ngày và có thể được cung cấp qua chế độ ăn (các loại thịt chứa hàm lượng sắt cao). Trong nghiên cứu này thì tình trạng thiếu vitamin B12 là phổ biến ở người bệnh do việc sử dụng kéo dài các thuốc kháng acid, làm khó sinh khả dụng của vitamin này. Vitamin B12 có thể được tổng hợp bằng hệ vi sinh vật đường ruột ở đại tràng, nhưng không được hấp thu. Người bệnh loét dạ dày tá tràng được khuyến cáo sử dụng 2,4 mg vitamin B12/ngày và nó có nhiều trong thịt, trứng và sữa [40].

Nghiên cứu của Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al (2013) tại Bangalore Ấn Độ cho thấy tỉ lệ người có kiến thức về bệnh viêm dạ

dày phân bố như sau: 34% có kiến thức kém (có số điểm <40% tổng số điểm), 60% có kiến thức trung bình (có số điểm từ 40-60% tổng số điểm), 6% có kiến thức khá (có số điểm từ 61-80% tổng số điểm) và không có đối tượng nào có kiến thức tốt (có số điểm từ 81-100% tổng số điểm). Kiến thức về các yếu tố nguy cơ là $5,82 \pm 2,007$. Kiến thức về dấu hiệu và triệu chứng là $3,76 \pm 1,596$. Kiến thức về biến chứng của bệnh là $0,82 \pm 0,702$. Điểm kiến thức tổng thể về bệnh là $17,62 \pm 3,369$. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có mối liên quan giữa điểm kiến thức và giới tính ($\lambda^2 = 13,949$; $p = 0,000$), tôn giáo ($\lambda^2 = 5,154$; $p = 0,023$), trình độ học vấn ($\lambda^2 = 9,282$; $p = 0,010$). Tuy nhiên không có mối liên quan giữa điểm kiến thức với tuổi và sử dụng thường xuyên thuốc gây nghiện [38].

Theo nghiên cứu của Musyoka K (2013) về các yếu tố liên quan đến loét dạ dày tá tràng trên 40 người bệnh ở quận Nairobi cho thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ chiếm 62,5%. NSAID, hút thuốc lá, uống rượu và nhiễm Hp là những yếu tố chính liên quan đến loét dạ dày - tá tràng. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có thói quen sử dụng NSAID là 75,5%, sử dụng thuốc lá là 40% và 70% có thói quen uống rượu. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có tới 75% người bệnh bị ảnh hưởng bởi thức ăn cay, nóng và 52,2% người bệnh bị nhiễm H.pylori [36].

Trong nghiên cứu của Naveen N và Avijeet M (2014) trên 80 người bệnh bị loét dạ dày tá tràng tại một bệnh viện của Ấn Độ thấy rằng đa số người bệnh bị loét tá tràng chiếm 91,63%. Về sự thay đổi trọng lượng có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Trong nhóm loét tá tràng có 76% không thay đổi trọng lượng, 2% tăng cân và 20,1% giảm cân; trong nhóm loét dạ dày có 57,2% không thay đổi trọng lượng và 42,8 % có sự giảm cân. Về lịch sử dùng thuốc thấy rằng 20% người bệnh loét tá tràng và 14,28% người bệnh loét dạ dày đã từng sử dụng NSAID. Tỷ lệ người bệnh có thói quen hút thuốc lá và uống rượu là khá cao chiếm trên 70% [37].

1.2.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Theo nghiên cứu “*khảo sát sự hiểu biết về chế độ ăn của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại khoa nội bệnh viện 199*” của Lê Minh Hồng (2013) cho thấy tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ chiếm 54,8%. Một phần do chế độ sinh hoạt của nam

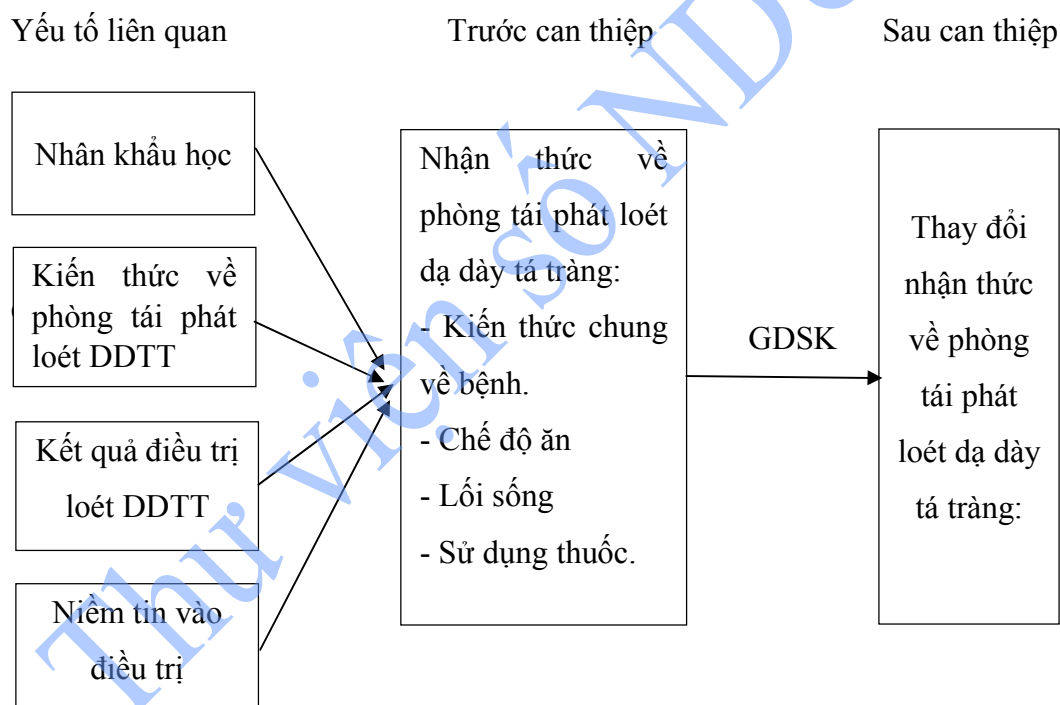
tiềm ẩn nhiều nguy cơ mắc bệnh hơn nữ như dùng nhiều chất kích thích với niêm mạc dạ dày (rượu, cà phê, thuốc lá) hoặc chịu nhiều stress trong cuộc sống. Thức ăn giàu đạm như thịt cá được xem là chất đệm tạm thời để trung hòa các chất tiết của dạ dày nhưng nó cũng kích thích sự tiết gastrin và pepsin. Sữa được sử dụng trong giai đoạn sớm của loét dạ dày và được xem là lớp áo khoác bảo vệ niêm mạc dạ dày nhưng không được khuyến khích sử dụng lâu dài. Người ta nhận thấy nếu chế độ ăn ít chất xơ sẽ làm cho vết loét lâu lành. Trong điều tra này các loại rau non luộc là lựa chọn hàng đầu với tỉ lệ 83,9%, sau đó là thịt cá với tỉ lệ 74,2%. Trên cơ sở hiểu biết của người bệnh thì tỉ lệ người bệnh không uống bia rượu chiếm 87,1%, với cà phê là 83,9%, với trà đặc là 80,6% và với nước uống có nhiều gas là 71% [7].

Phạm Thị Hạnh và cs khi tiến hành “*Khảo sát dịch tễ học, lâm sàng, tỉ lệ nhiễm Helicobacter pylori và hình ảnh nội soi bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa Hòa Thành, Tây Ninh năm 2011*” thấy rằng tỉ lệ nam mắc nhiều hơn nữ chiếm 59,61%, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 46 – 60 (chiếm 51,9%). Trong các yếu tố nguy cơ, chiếm tỉ lệ cao nhất là dùng NSAID (57,79%), tiếp theo là hút thuốc lá chiếm 38,46% và uống rượu chiếm 32,69%. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau thượng vị và đầy bụng. Đau nhiều ở nhóm tuổi 16-45 tuổi (76%). Triệu chứng rối loạn tiêu hóa xuất hiện nổi bật là đầy bụng (44,4-72%). Sụt cân thường gặp ở nhóm người bệnh lớn tuổi kèm với chán ăn chiếm 51,8% [10].

Đỗ Văn Dung và Chu Thị Trà Giang (2014) nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và nội soi của 228 người bệnh viêm loét dạ dày trên 60 tuổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy 9,8% người bệnh loét dạ dày có tiền sử hay dùng thuốc giảm đau; 7,3% hay dùng các chất kích thích cho dạ dày; 2,4% có tiền sử bệnh gan mạn. Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau thượng vị (88,6%), đầy bụng (60,1%), ợ hơi (46,1%), ăn kém (46,1%), cồn cào nóng rát thượng vị (39,5%), sút cân (28,9%), ợ chua (25,9%), buồn nôn (22,4%), nôn (14,5%), ỉa phân đen (11,7%), nôn máu (5,7%) [11].

Lê Chuyển và cs (2007) nghiên cứu cắt ngang mô tả tại cộng đồng phường Thủy Dương về tình hình sử dụng thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng cho kết quả: tỷ lệ người tự mua thuốc cao chiếm 59,09%; số người dùng thuốc theo đơn chiếm tỷ lệ thấp 40,9%; tỷ lệ người dùng thuốc tân dược chiếm ưu thế (76,51%), tỷ lệ người dùng thuốc nam thấp chiếm 3,78%; thời gian sử dụng thuốc trong 1 -2 tuần là cao nhất (58,32%); thấp nhất là >3 tuần với 12,87%. Từ đó, nhà nghiên cứu đưa ra khuyến cáo: cộng đồng phải tăng cường, nâng cao ý thức sử dụng thuốc an toàn và hợp lý, dùng thuốc theo đơn, đúng phác đồ điều trị [13].

1.3. Khung lý thuyết



1.4. Tóm tắt địa bàn nghiên cứu

Nam Định là tỉnh duyên hải ở phía nam đồng bằng Bắc Bộ. Nam Định tiếp giáp với tỉnh Thái Bình ở phía bắc, tỉnh Ninh Bình ở phía nam, tỉnh Hà Nam ở phía tây bắc và giáp biên (vịnh Bắc Bộ) ở phía đông. Diện tích khoảng 1.669 km² chia thành 10 đơn vị hành chính gồm 9 huyện và 1 thành phố loại 1 trực thuộc tỉnh, dân số là 1.833.500 người.

Nam Định có 8 bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh và 11 bệnh viện đa khoa huyện, thành phố. Trong đó, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định là bệnh viện loại 1, là đơn vị vệ tinh của Bệnh viện Bạch Mai, Việt Đức. Nằm trên diện tích 2,7 ha trong khu vực nội thành Nam Định, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định có quy mô hơn 700 giường bệnh với 07 phòng chức năng, 21 khoa lâm sàng, 09 khoa cận lâm sàng với tổng số hơn 700 y, bác sĩ và điều dưỡng viên. Hàng năm bệnh viện thực hiện hơn 6000 ca phẫu thuật bằng các kỹ thuật tiên tiến của tuyến trung ương. Theo quy hoạch tổng thể ngành Y tế Nam Định đến năm 2020 bệnh viện nâng cấp lên 1000 giường nhằm đảm bảo khám chữa bệnh cho nhân dân vùng nam đồng bằng sông Hồng.

Khoa Nội tiêu hóa của bệnh viện là nơi điều trị chính cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng. Theo thống kê của Phòng Kế hoạch - Tổng hợp từ 1/1/2016 đến 1/11/2016 có 255 người bệnh loét dạ dày - tá tràng được điều trị tại khoa. Như vậy trung bình mỗi tháng có khoảng 25 người bệnh loét dạ dày - tá tràng nằm điều trị tại khoa. Từ đó có thể thấy lượng người bệnh loét dạ dày - tá tràng trên địa bàn tỉnh Nam Định là tương đối lớn. Điều này đòi hỏi phải nâng cao nhận thức trong chăm sóc và phòng tái phát bệnh để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán là loét dạ dày - tá tràng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ 01/02/2017 đến 01/05/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán là loét dạ dày tá tràng (cả tái phát và tiên phát) với kết quả nội soi ống mềm có hình ảnh ổ loét ở dạ dày tá tràng [4].
- Những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh có khả năng giao tiếp.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đã từng tham gia một chương trình giáo dục sức khỏe có nội dung tương tự.

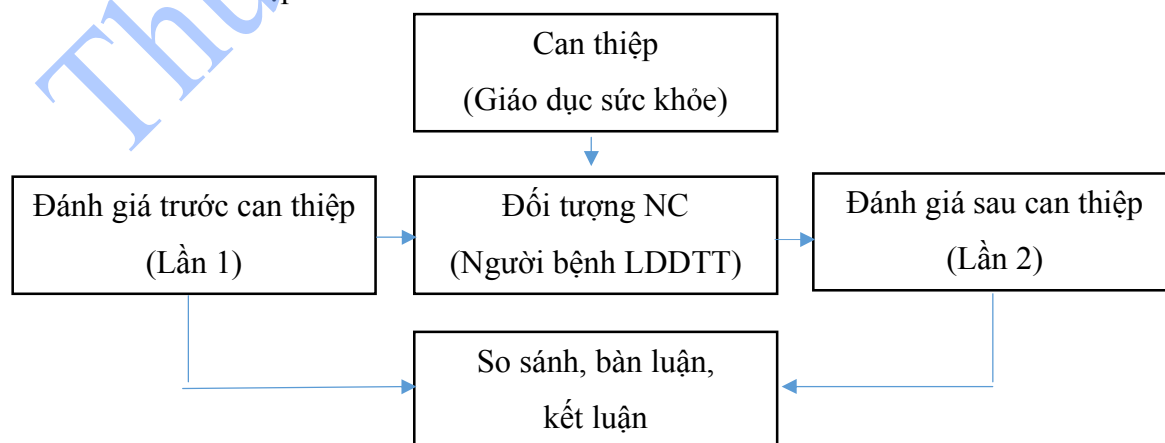
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 12/2016 đến tháng 09/2017

Địa điểm: Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trên một nhóm có đánh giá trước và sau can thiệp.



Hình 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

Quy trình can thiệp:

- Đánh giá thực trạng nhận thức của đối tượng nghiên cứu (đánh giá lần 1) bằng bộ câu hỏi phỏng vấn đã được xây dựng trước theo hướng dẫn phòng tái phát bệnh loét DDTT của Bộ Y Tế (2014) được thực hiện vào thời điểm sau khi người bệnh vào viện 1 ngày.

- Tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe cho từng đối tượng nghiên cứu vào thời điểm ngay sau đánh giá lần 1. Đối tượng nghiên cứu còn thiếu, yếu ở khâu nào về phòng tái phát bệnh sẽ được tư vấn trực tiếp và phát tờ rơi kèm theo (Phụ lục 3).

- Đánh giá lại nhận thức của đối tượng nghiên cứu (đánh giá lần 2) bằng bộ câu hỏi phỏng vấn giống lần 1 nhằm so sánh sự thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của ĐTNC trước và sau can thiệp, được tiến hành trước khi người bệnh ra viện 1 ngày.

Nội dung can thiệp:

Giáo dục sức khỏe cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng kiến thức về phòng tái phát bệnh (phụ lục 2) theo hướng dẫn của Bộ Y Tế (2014) bao gồm các nội dung sau:

- Nhận thức chung về bệnh
- Chế độ ăn uống.
- Lối sống
- Chế độ sử dụng thuốc

Nhóm nghiên cứu gồm:

Học viên và 5 điều dưỡng của Khoa Nội tiêu hóa. Nhóm nghiên cứu cùng nhau thống nhất về cách thức lấy số liệu và nội dung can thiệp giáo dục sức khỏe trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu**2.4.1. Cỡ mẫu**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{[z_{(1-\alpha)}\sqrt{p_0(1-p_0)} + z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1)}]^2}{(p_0 - p_1)^2}$$

Trong đó:

- n là số người bệnh tham gia nghiên cứu
- $Z_{(1-\alpha)}$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α . Với lực mẫu 90% ($\beta = 0,1$), mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 0,05$), tương đương với $Z_{(1-\alpha)} = 1,65$ và $Z_{(1-\beta)} = 1,29$.

- p_0 là tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt trước can thiệp. Theo nghiên cứu của Maria Polocka - Molinska & et al tại Ba Lan năm 2016 tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt trước can thiệp chiếm 66,4% [32]. Do đó lấy $p_0 = 0,664$.

- p_1 là tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt sau can thiệp. Ước tính nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt sau can thiệp chiếm khoảng 82%. Do đó lấy $p_1 = 0,82$.

Thay vào công thức trên có $n = 67$.

2.4.2. Chọn mẫu cho nghiên cứu

Chọn mẫu toàn bộ. Theo số liệu thống kê của Phòng Kế hoạch - Tổng hợp ước tính mỗi tháng có khoảng 25 người bệnh loét dạ dày tá tràng nằm điều trị tại khoa. Để loại trừ trường hợp người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc trong đánh giá lần 2 nên chúng tôi chọn toàn bộ người bệnh loét dạ dày tá tràng nằm điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ 01/02/2017 đến 01/05/2017. Trong khoảng thời gian này có 76 NB nằm điều trị nội trú tại khoa nhưng chỉ có 72 NB đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu như sau:

- Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn với nội dung giống nhau cho 2 lần đánh giá: trước và sau can thiệp.

- Các bước thu thập số liệu

- + Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Đánh giá nhận thức của đối tượng nghiên cứu vào thời điểm sau khi người bệnh nhập viện 01 ngày (trước giáo dục sức khỏe) bằng bộ câu hỏi phỏng vấn.

+ Bước 4: Can thiệp giáo dục sức khỏe ngay sau đánh giá lần 1 bằng cách cung cấp nội dung kiến thức về phòng tái phát bệnh cho từng ĐTNC

+ Bước 5: Đánh giá lại kiến thức của đối tượng nghiên cứu vào thời điểm trước khi người bệnh ra viện 1 ngày bằng bộ câu hỏi phỏng vấn chuẩn bị trước giống lần 1.

- Chúng tôi tiến hành phỏng vấn và can thiệp giáo dục sức khỏe cho từng người bệnh ngay tại khoa phòng nơi người bệnh nằm điều trị. Dựa vào câu trả lời của NB trong phỏng vấn lần thứ nhất, chúng tôi sẽ thấy được những điểm còn yếu, thiếu của họ để tư vấn trực tiếp và phát tờ rơi kèm theo vào thời điểm ngay sau khi vừa phỏng vấn lần thứ nhất xong. Thời gian để tiến hành 1 lần phỏng vấn khoảng 15'/người và thời gian can thiệp GDSK khoảng 30'/người. Như vậy tổng thời gian cho phỏng vấn lần 1 và GDSK là 45'/người. Số lượng NB vào viện mỗi ngày là khác nhau. Có những ngày chỉ có 1 NB vào viện nhưng có những ngày có tới 7 NB vào viện. Do đó nhóm nghiên cứu của chúng tôi cần phải có 6 người để đảm bảo thu thập số liệu và can thiệp GDSK đúng thời điểm đã đặt ra.

Phiếu điều tra sử dụng trong nghiên cứu này được xây dựng dựa theo “*Hướng dẫn phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng*” của Bộ Y tế năm 2014. Phiếu điều tra bao gồm 5 phần:

- Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

Gồm 8 câu hỏi nhằm mục đích tìm hiểu các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu (họ tên, tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, thời gian bị loét dạ dày tá tràng, số lần tái phát bệnh). Các thông tin này giúp phân loại đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp...

- Phần 2: Nhận thức chung về bệnh loét dạ dày tá tràng

Phần này gồm 6 câu hỏi liên quan đến nguyên nhân gây bệnh, triệu chứng, biến chứng... của loét dạ dày tá tràng. Đối tượng nghiên cứu sẽ đưa ra ý kiến của mình về các quan điểm đó. Sau đó chúng tôi đánh giá bằng cách cho điểm theo từng câu hỏi để tìm điểm trung bình nhận thức.

- Phần 3: Nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh

Phần này gồm 12 câu hỏi liên quan đến những loại thực phẩm mà người bệnh loét dạ dày tá tràng nên, không nên sử dụng; những hành động mà người bệnh nên, không nên làm khi ăn và những chú ý khi chế biến thức ăn cho NB. Đối tượng nghiên cứu sẽ đưa ra ý kiến của mình về các quan điểm đó. Sau đó chúng tôi đánh giá bằng cách cho điểm theo từng câu hỏi để tìm điểm trung bình nhận thức.

- Phần 4: Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh

Phần này gồm 8 câu hỏi liên quan đến việc thay đổi lối sống phòng tái phát bệnh loét dạ dày - tá tràng. Các đối tượng nghiên cứu sẽ đưa ra ý kiến của mình là đúng, sai, từ đó tính ra điểm trung bình nhận thức.

- Phần 5: Nhận thức về cách sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh.

Phần này có 7 câu hỏi liên quan đến những điều người bệnh loét dạ dày - tá tràng cần chú ý khi sử dụng thuốc. Đối tượng nghiên cứu sẽ đưa ra ý kiến của mình về các quan điểm đó, từ đó tính ra điểm trung bình nhận thức.

2.6. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu gồm: Tuổi, giới tính, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, địa chỉ, thời gian bị loét dạ dày tá tràng, số lần tái phát.

- Nhận thức về phòng tái phát bệnh loét dạ dày tá tràng gồm:

- + Nhận thức chung về loét dạ dày tá tràng
- + Nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh loét dạ dày tá tràng
- + Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh.
- + Nhận thức về cách sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh.

Bảng 2.1. Biên số nghiên cứu

STT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
1	Tuổi	Tính theo năm dương lịch	Rời rạc	Bộ câu hỏi phỏng vấn
2	Giới	Là giới tính của ĐTNC Gồm: Nam, nữ	Nhị phân	Bộ câu hỏi phỏng vấn
3	Nghề nghiệp	Là công việc chính đang làm hoặc mang lại thu nhập chủ yếu cho bản thân người bệnh	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
4	TĐHV	Là cấp học cao nhất của đối tượng.	Thứ hạng	Bộ câu hỏi phỏng vấn
5	Nơi ở	Nơi hiện tại đang sinh sống	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
6	Thời gian mắc bệnh	Tính từ thời điểm được chẩn đoán lần đầu tiên đến thời điểm hiện tại	Rời rạc	Bộ câu hỏi phỏng vấn
7	Số lần tái phát bệnh	Số lần tái phát bệnh tính đến thời điểm hiện tại.	Rời rạc	Bộ câu hỏi phỏng vấn
NHẬN THỨC CHUNG VỀ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG				
8	Nguyên nhân chủ yếu gây loét DDTT	Loét do Helicobacter pylori: là nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng. 90% trường hợp loét dạ dày và 95% trường hợp loét tá tràng có sự hiện diện của HP.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
9	Triệu	+ Đau bụng vùng thượng vị	Định	Bộ câu hỏi

	chứng của loét DDTT	+ Các biểu hiện kèm theo: có thể nôn hoặc buồn nôn, cảm giác nóng rát, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau, gầy sút cân, đại tiện phân táo hoặc lỏng.	đanh	phỏng vấn
10	Biến chứng hay gặp nhất của loét DDTT	Chảy máu tiêu hóa(hay gặp nhất): người bệnh nôn ra máu và/hoặc ỉa phân đen, tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
11	Yếu tố bảo vệ	Lớp chất nhầy và bicacbonat bao phủ trên bề mặt niêm mạc dạ dày còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ nhất.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
NHẬN THỨC VỀ CHẾ ĐỘ ĂN PHÒNG TÁI PHÁT LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG				
12	Chế độ ăn chất xơ	Tổ chức WHO khuyến khích người bệnh loét dạ dày - tá tràng nên có chế độ ăn giàu chất xơ khoảng 20-30g/ngày, vì nó hoạt động như bộ đệm, làm giảm nồng độ của các axit mật trong dạ dày và giảm thời gian tiêu hóa.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
13	Các loại thực phẩm nên dùng	+ Thực phẩm giàu đạm (thịt, cá nạc nên chế biến luộc, hấp, om thì dễ hấp thu). + Rau củ dùng rau non luộc. + Thực phẩm ít mùi vị như tinh bột (cơm nát, bánh mì, các loại khoai củ,	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn

		<p>cháo).</p> <p>+ Các thức ăn có tác dụng bọc, hút, thấm niêm mạc: cơm nếp, bánh chưng, bánh mỳ..</p>		
14	Những thực phẩm không nên dùng	<p>+ Tránh các loại thức ăn gây cọ xát làm tổn thương niêm mạc: rau già nhiều xơ...</p> <p>+ Kiêng ăn quá nhiều gia vị chua, cay, nóng; các loại thịt quay, thịt muối.</p> <p>+ Các loại thịt nguội chế biến sẵn: Dăm bong, lạp xường, xúc xích.</p> <p>+ Thực phẩm ngậm muối.</p> <p>+ Những thức ăn cứng, dai gây cọ sát niêm mạc dạ dày như: Thịt nhiều gân, sụn, xương băm nhỏ.</p>	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
15	Những điều chú ý khi ăn	<p>Khi ăn cần ăn chậm nhai kỹ, tránh ăn vội nhai dỗi, tránh vừa ăn vừa tập trung những việc khác như đọc sách, báo khi ăn...</p>	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
16	Nhiệt độ thích hợp để tiêu hóa thức ăn	<p>Nhiệt độ thức ăn cũng ảnh hưởng đến kích thích dạ dày. Thức ăn lạnh quá làm co bóp mạnh cơ dạ dày, thức ăn nóng quá lại làm cho niêm mạc xung huyết và co bóp mạnh hơn. Do vậy nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa và hấp thu là 40-50⁰C.</p>	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
17	Ảnh hưởng giữa	<p>Nồng độ thức ăn cũng ảnh hưởng tới tiêu hóa: Nếu ăn đặc quá thì dịch vị rất khó thấm vào giữa khối thức ăn,</p>	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn

	nồng độ thức ăn tới tiêu hóa	nhưng nếu ăn lỏng và nhiều nước quá thì dịch vị sẽ bị pha loãng làm giảm khả năng tiêu hóa.		
NHẬN THỨC VỀ LỐI SỐNG PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH				
18	Ảnh hưởng của các chất kích thích tới dạ dày	Tránh các chất kích thích. Hút thuốc làm niêm mạc tăng nhạy cảm, giảm những yếu tố bảo vệ niêm mạc hoặc tạo môi trường thuận lợi hơn với nhiễm H. pylori. Thuốc lá làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo do ức chế yếu tố tăng trưởng niêm mạc dạ dày tá tràng	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
19	Hành động không nên làm sau ăn	Không nên hoạt động trí óc hay hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
20	Ảnh hưởng của stress tới dạ dày	Căng thẳng, stress, áp lực chính là nguyên nhân làm tăng sản sinh axit dạ dày và tiêu hóa chậm.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
21	Giữ ấm vùng bụng	Chú ý giữ ấm vùng bụng: vùng bụng sau khi bị lạnh sẽ khiến chức năng dạ dày kém đi.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
22	Đảm bảo vệ sinh ăn uống	Cần đảm bảo ăn uống vệ sinh, rửa tay sạch trước khi ăn, ăn chín uống sôi nhằm hạn chế vi khuẩn xâm nhập gây bệnh.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn

NHẬN THỨC VỀ SỬ DỤNG THUỐC PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH				
23	Sử dụng thuốc điều trị loét DDTT	Tiếp tục dùng đúng và đủ các thuốc điều trị củng cố theo đơn, không tự ý thôi thuốc hoặc lạm dụng thuốc.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
24	Thông báo cho cán bộ y tế	Khi phải dùng thuốc để điều trị một bệnh nào đó không liên quan đến dạ dày phải thông báo cho cán bộ y tế biết mình đã bị loét DDTT.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
25	Cách uống NSAID có màng bao tan	Một số thuốc NSAID đã được bào chế đặc biệt bằng cách tạo màng bao tan ở ruột để ngăn không cho hoạt chất kích ứng dạ dày cần phải uống nguyên viên thuốc. Tuyệt đối không được nhai, bẻ cắt đôi viên thuốc.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
26	Cách uống NSAID dạng viên nén trần	Đối với các NSAID có dạng bào chế là viên nén trần (tức là không có màng bao đặc biệt) phải uống thuốc vào bữa ăn hoặc sau khi ăn (lúc no) để giảm kích ứng dạ dày	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn
27	Lượng nước uống thuốc nhóm NSAID	Trong mọi trường hợp khác cần lưu ý là uống thuốc nhóm NSAID với càng nhiều nước càng tốt. Lượng nước uống kèm viên thuốc từ 200-250ml, tức là phải uống với một cốc nước to.	Định danh	Bộ câu hỏi phỏng vấn

2.7. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

- Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu điều tra với mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Phiếu điều tra gồm 33 câu hỏi và tổng điểm tối đa là 33 điểm.

- Áp dụng phân loại nhận thức trong nghiên cứu của Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al (2013) tại Bangalore Ấn Độ, phân loại nhận thức của người bệnh gồm 4 mức: kém, trung bình, khá và tốt [38]

+ Nhận thức kém khi có số điểm < 40% tổng số điểm (tương đương trả lời đúng < 13 câu hỏi).

+ Nhận thức trung bình khi có số điểm từ 40 – 60% tổng số điểm (tương đương trả lời đúng 13 – 20 câu hỏi).

+ Nhận thức khá khi có số điểm từ 61 – 80% tổng số điểm (tương đương trả lời đúng 21 – 26 câu hỏi).

+ Nhận thức tốt khi có số điểm từ 81 – 100% tổng số điểm (tương đương trả lời đúng 27 – 33 câu hỏi).

- Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp giáo dục so với trước can thiệp dựa trên sự cải thiện điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$) và sự chênh lệch về tỷ lệ trả lời đúng đối với mỗi nội dung đánh giá.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

- Nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

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

- Tính các giá trị phần trăm, giá trị trung bình trước và sau can thiệp, t-test được dùng để so sánh các giá trị trung bình, λ^2 để so sánh 2 tỷ lệ.

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu này tiến hành thu thập số liệu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định sau khi được sự đồng ý và cho phép của Ban giám đốc bệnh viện.

- Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định nhất trí thông qua.

- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu và đối tượng tự nguyện hợp tác tham gia vào nghiên cứu.

- Tất cả các thông tin thu được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho các mục đích khác.

- Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật.

- Mục đích của nghiên cứu nhằm góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng nói riêng và cộng đồng nói chung.

2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

Do sự hạn chế về trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu nên có thể gặp tình trạng sai số thông tin. Chúng tôi khắc phục sai số này bằng cách:

- Thiết kế phiếu điều tra với các câu hỏi dễ hiểu, sử dụng từ ngữ đơn giản, rõ ràng, có hướng dẫn chi tiết về cách điền phiếu.

- Tiến hành điều tra thử trên 10 đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn để xác định tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ, đồng thời nhận phản hồi của đối tượng nghiên cứu, từ đó điều chỉnh bộ công cụ cho phù hợp.

- Kiểm tra kỹ các phiếu để đảm bảo đủ thông tin trước khi nhập vào phần mềm.

- Tập huấn kỹ điều tra viên về cách thức lấy số liệu và nội dung can thiệp giáo dục sức khỏe trước khi tiến hành nghiên cứu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tiến hành phân tích số liệu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính

Giới tính Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 20	2	2,8	0	0	2	2,8
20 - 39	5	6,9	4	5,6	9	12,5
40 - 59	17	23,6	10	13,9	27	37,5
≥ 60	17	23,6	17	23,6	34	47,2
Tổng	41	56,9	31	43,1	72	100

Từ bảng 3.1 cho thấy có 41 đối tượng nghiên cứu là nam chiếm tỷ lệ 56,9% và 31 ĐTNCL là nữ chiếm tỷ lệ 43,1%. Trong nhóm nam, NB trong độ tuổi từ 40 - 59 và ≥ 60 chiếm tỷ lệ bằng nhau với 23,6%, thấp nhất là nhóm < 20 tuổi chiếm 2,8%. Trong nhóm nữ, chiếm tỷ lệ cao nhất là trong độ tuổi ≥ 60 (23,6%) và không có đối tượng nào < 20 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ văn hóa

NB có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất với 29,2%; thấp nhất là nhóm có trình độ từ trung cấp trở lên chiếm 19,4%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nơi ở và nghề nghiệp

Đặc điểm chung của ĐTNC		Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Nơi ở	Thành thị	27	37,5
	Nông thôn	45	62,5
Nghề nghiệp	Viên chức	13	18,1
	Công nhân	15	20,8
	Nông dân	24	33,3
	Khác	20	27,8

Số NB sống ở khu vực nông thôn chiếm 62,5%. Số NB là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), NB là công nhân chiếm 20,8% và chiếm tỉ lệ thấp nhất là viên chức với 18,1%.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh và số lần tái phát bệnh

Thời gian / Số lần TP	<1 năm		1-5 năm		>5 năm		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
0 lần	7	9,7	4	5,6	0	0	11	15,3
1 lần	0	0	19	26,3	7	9,7	26	36,1
≥ 2 lần	0	0	4	5,6	31	43,1	35	48,6
Tổng	7	9,7	27	37,5	38	52,8	72	100

ĐTNC có thời gian mắc bệnh >5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (52,8%) và thấp nhất là đối tượng có thời gian mắc bệnh <1 năm chiếm 9,7%. Trong nhóm mắc bệnh <1 năm thì các đối tượng đều chưa bị tái phát bệnh lần nào. Trong nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm, chủ yếu các đối tượng đã bị tái phát bệnh 1 lần chiếm 26,3%. Với nhóm có thời gian mắc bệnh >5 năm, đa số NB bị tái phát ≥ 2 lần và chỉ có 15,3% NB chưa bị tái phát bệnh lần nào.

3.2. Nhận thức của người bệnh về phòng tái phát LDDTT trước can thiệp

3.2.1. Nhận thức chung về loét dạ dày tá tràng trước can thiệp

Bảng 3.4. Nhận thức về nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ gây loét dạ dày tá tràng trước can thiệp (n = 72)

Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân chủ yếu	Do vi khuẩn <i>Helicobacter pylori</i>	25	34,7
	Do stress	9	12,5
	Do ăn uống	28	38,9
	Do di truyền	10	13,9
Các yếu tố nguy cơ	Làm việc căng thẳng	3	4,2
	Uống nhiều bia rượu	8	11,1
	Ăn chua, cay, nóng	21	29,2
	Cả 3 ý trên	40	55,5

Có 38,9% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây loét DDTT là do ăn uống và 34,7% cho rằng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori*. Có 29,2% NB cho rằng những người hay ăn chua, cay, nóng là nhóm có nguy cơ bị loét DDTT và có 55,5% NB trả lời đầy đủ về các yếu tố nguy cơ.

Bảng 3.5. Nhận thức về triệu chứng, biến chứng hay gặp nhất của bệnh trước can thiệp (n = 72)

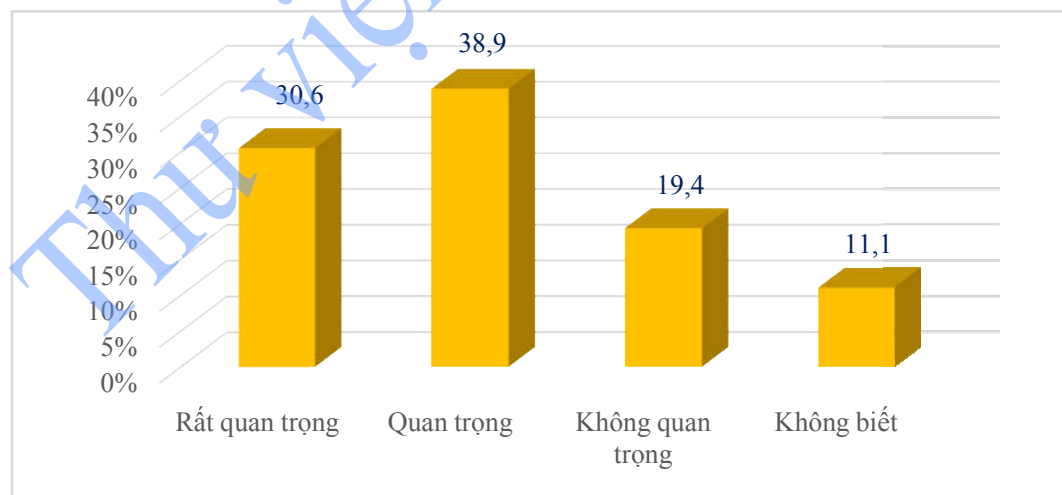
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng	Gây sút cân	5	6,9
	Đau bụng vùng thượng vị	20	27,8
	Rối loạn tiêu hóa	15	20,8
	Cả 3 ý trên	32	44,5
Biến chứng hay gặp nhất	Thủng ổ loét	24	33,3
	Chảy máu tiêu hóa	22	30,6
	Ung thư hóa	19	26,4
	Hẹp môn vị	7	9,7

Từ bảng trên cho thấy số NB trả lời đầy đủ về các triệu chứng của bệnh là 44,5% và có 27,8% NB trả lời triệu chứng của loét DDTT chỉ có đau bụng vùng thượng vị. Số NB cho rằng thủng ổ loét là biến chứng hay gặp nhất của loét DDTT chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,3% và thấp nhất là số NB lựa chọn biến chứng hẹp môn vị với 9,7%.

Bảng 3.6. Nhận thức về yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng trước can thiệp (n = 72)

Yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Acid HCl, pepsin.	1	1,4
Các yếu tố bên ngoài	2	2,8
Các yếu tố bên trong: dịch mật	31	43,0
Lớp chất nhầy	38	52,8

Số NB trả lời acid HCl, pepsin là yếu tố bảo vệ dạ dày chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,4% và số NB trả lời yếu tố bảo vệ là lớp chất nhầy chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%. Có 43,0% NB cho rằng các yếu tố bên trong như dịch mật là yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng.



Biểu đồ 3.2. Nhận thức về vai trò của NB trong phòng bệnh tái phát (n=72)

Có 30,6% và 38,9% đối tượng cho rằng bản thân NB có vai trò rất quan trọng và quan trọng trong công tác phòng bệnh tái phát.

3.2.2. Nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh trước can thiệp

Bảng 3.7. Nhận thức về sử dụng chất xơ, tần suất sử dụng trái cây của NB trước can thiệp (n = 72)

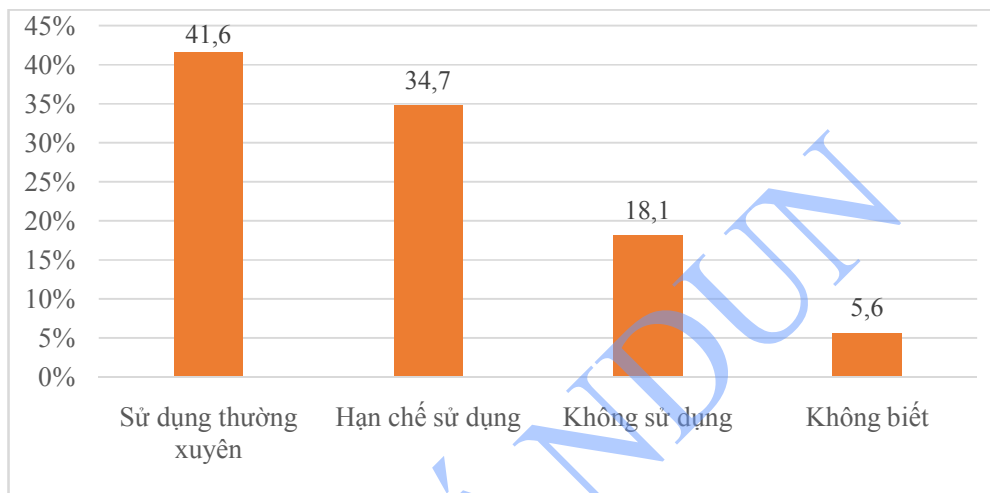
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn	Giàu chất xơ	29	40,3
	Hạn chế chất xơ	30	41,6
	Không ăn chất xơ	4	5,6
	Không biết	9	12,5
Tần suất sử dụng trái cây	Luôn luôn	17	23,6
	Thỉnh thoảng	32	44,4
	Hiếm khi	21	29,2
	Không bao giờ	2	2,8

Số NB lựa chọn chế độ ăn hạn chế chất xơ chiếm tỉ lệ cao nhất là 41,6%; có 40,3% lựa chọn chế độ ăn giàu chất xơ và có tới 5,6% cho rằng không nên ăn chất xơ. Số NB luôn luôn ăn trái cây chiếm 23,6%; có 29,2% NB hiếm khi ăn trái cây và 2,8% NB không bao giờ ăn trái cây.

Bảng 3.8. Nhận thức về các loại rau NB nên sử dụng và tần suất sử dụng các gia vị trước can thiệp (n = 72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Các loại rau nên sử dụng	Măng khô	3	4,2
	Rau lá non các loại	53	73,6
	Các loại rau già nhiều xơ	15	20,8
	Không ăn rau	1	1,4
Tần suất sử dụng các gia vị chua, cay, nóng	Sử dụng thường xuyên	1	1,4
	Sử dụng theo nhu cầu	16	22,2
	Hạn chế sử dụng	54	75
	Không biết	1	1,4

Số NB lựa chọn các loại rau lá non chiếm 73,6% và 20,8% NB lựa chọn các loại rau già nhiều xơ. Có 16 NB cho rằng có thể sử dụng các gia vị chua, cay, nóng theo nhu cầu của bản thân chiếm 22,2% và 75% NB lựa chọn việc hạn chế sử dụng các gia vị này.



Biểu đồ 3.3. Nhận thức về cách sử dụng sữa trước can thiệp (n=72)

Có 30 NB sử dụng sữa thường xuyên chiếm 41,7%; 25 NB hạn chế sử dụng chiếm 34,7% và 13 NB không sử dụng chiếm 18,1%.

Bảng 3.9. Nhận thức về sử dụng thức ăn giàu đạm và các loại thịt NB nên sử dụng trước can thiệp (n=72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ sử dụng	Không sử dụng	6	8,3
	Hạn chế sử dụng	27	37,5
	Sử dụng theo nhu cầu năng lượng	21	29,2
	Sử dụng nhiều	18	25
Các loại thịt nên sử dụng	Thịt quay, rán, nướng.	7	9,7
	Thịt ướp muối.	22	30,5
	Xúc xích, dăm bông, Lạp sườn	4	5,6
	Xương băm nhỏ, sụn, thịt nhiều gân	1	1,4
	Thịt, cá nạc được chế biến luộc, hấp.	38	52,8

Có 37,5% NB cho rằng nên ăn hạn chế chất đạm; 25% NB cho rằng nên sử dụng nhiều chất đạm và có 8,3% cho rằng không nên ăn chất đạm. Khi được hỏi về các loại thịt NB nên sử dụng có 30,6% NB lựa chọn thịt ướp muối và 52,8% lựa chọn thịt cá nạc được chế biến bằng cách luộc, hấp.

Bảng 3.10. Nhận thức về thói quen uống nước và sử dụng tinh bột trước can thiệp (n=72)

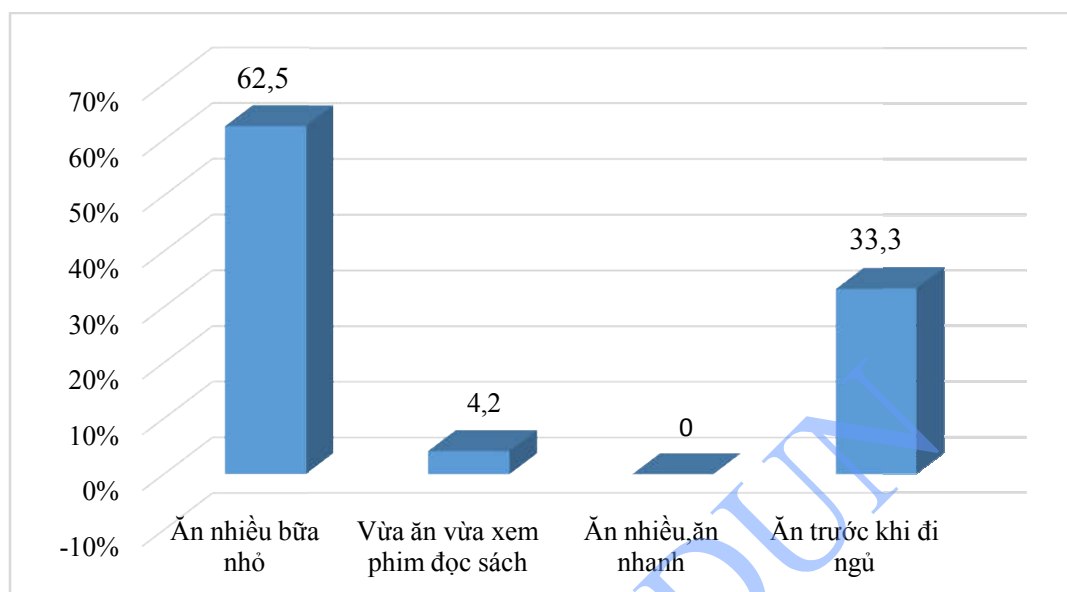
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thói quen uống nước	Uống 1 cốc nước trước bữa ăn 30'	40	55,5
	Vừa ăn vừa uống	3	4,2
	Ăn nhiều canh trong bữa cơm	18	25
	Uống nhiều nước sau khi ăn xong	11	15,3
Sử dụng tinh bột	Trả lời đúng	43	59,7
	Trả lời sai	29	40,3

Có 55,5% NB cho rằng nên uống một cốc nước trước bữa ăn 30 phút và 25% NB cho rằng nên ăn nhiều canh trong bữa cơm. Có 29 NB cho rằng không nên ăn cơm nếp bánh chưng chiếm 40,3%.

Bảng 3.11. Nhận thức về nhiệt độ để thức ăn dễ tiêu hóa, hấp thu và ảnh hưởng của nồng độ thức ăn tới kích thích dạ dày trước can thiệp (n=72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiệt độ	10 ⁰ C - 20 ⁰ C	5	6,9
	20 ⁰ C - 30 ⁰ C	18	25
	40 ⁰ C - 50 ⁰ C	42	58,4
	50 ⁰ C - 60 ⁰ C	7	9,7
Quan hệ	Có ảnh hưởng	54	75
	Không ảnh hưởng	18	25

Có 25% NB cho rằng nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa hấp thu là 20⁰C - 30⁰C và 58,4% NB chọn nhiệt độ 40⁰C - 50⁰C. Có 25% NB cho rằng nồng độ thức ăn không ảnh hưởng đến tiêu hóa ở dạ dày.



Biểu đồ 3.4. Nhận thức về thói quen khi ăn của người bệnh trước can thiệp (n=72)

Có 33,3% NB cho rằng nên ăn trước khi đi ngủ; 4,2% đối tượng cho rằng NB nên vừa ăn vừa xem phim, đọc sách và 62,5% cho rằng người bệnh loét DDTT nên ăn ít một, chia nhiều bữa nhỏ.

3.2.3. Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh trước can thiệp

Bảng 3.12. Nhận thức về các chất kích thích gây hại dạ dày, hoạt động sau khi ăn trước can thiệp (n=72)

Lối sống	Nhận thức		Đúng		Sai	
	SL	%	SL	%	SL	%
Cà phê không gây hại cho dạ dày.	27	37,5	45	62,5		
NB có thể hút thuốc lá.	31	43,1	41	56,9		
NB có thể hoạt động trí óc trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn.	34	47,2	38	52,8		
NB nên hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn	19	26,4	53	73,6		

Có 37,5% NB cho rằng cà phê không gây hại cho dạ dày; 43,1% cho rằng NB có thể hút thuốc lá; 47,2% lựa chọn hoạt động trí óc và 26,4% lựa chọn hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn.

Bảng 3.13. Nhận thức về một số yếu tố gây hại dạ dày trước can thiệp (n=72)

Lối sống	Nhận thức	Đúng		Sai	
		SL	%	SL	%
	Tinh thần căng thẳng làm tăng sản sinh acid dạ dày khiến bệnh tái phát.	43	59,7	29	40,3
	NB nên ăn trước khi đi ngủ để dạ dày không bị rỗng.	39	54,2	33	45,8
	Để phòng bệnh tái phát, NB cần giữ ấm vùng bụng.	57	79,2	15	20,8
	Việc đảm bảo ăn uống vệ sinh giúp phòng tránh bệnh tái phát.	58	80,6	14	19,4

Có 40,3% NB cho rằng tinh thần căng thẳng không làm tăng sản sinh acid dạ dày; 54,2% NB lựa chọn việc ăn trước khi đi ngủ; 20,8% và 19,4% NB cho rằng việc giữ ấm vùng bụng và đảm bảo vệ sinh ăn uống không có vai trò trong phòng bệnh tái phát.

3.2.4. Nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh trước can thiệp

Bảng 3.14. Nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh trước can thiệp (n=72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hành động khi các triệu chứng đã hết	Thôi thuốc	15	20,8
	Tiếp tục dùng thuốc theo đơn	19	26,4
	Dùng giảm liều	36	50
	Không biết	2	2,8
Hành động khi bị đau dạ dày trở lại	Đi khám lại	15	20,8
	Không cần uống thuốc mà sẽ điều chỉnh chế độ ăn	22	30,6
	Uống thuốc bác	20	27,8
	Uống thuốc theo đơn cũ	15	20,8
Thông báo cho cán bộ y tế	Rất cần thiết	14	19,5
	Cần thiết	27	37,5
	Ít cần thiết	15	20,8
	Không cần thiết	16	22,2

Có 50% NB cho rằng nên dùng giảm liều khi các triệu chứng đã hết; 20,8% NB lựa chọn thôi thuốc và 26,4% NB trả lời tiếp tục dùng thuốc theo đơn.

Có 30,6% NB cho rằng khi bị đau dạ dày trở lại sẽ không phải dùng thuốc mà chỉ cần thay đổi chế độ ăn uống. Số NB lựa chọn việc uống thuốc theo đơn cũ và đi khám lại chiếm tỷ lệ bằng nhau với 20,8%.

Có 19,5% và 37,5% NB cho rằng việc thông báo cho cán bộ y tế biết mình bị đau dạ dày khi phải dùng thuốc để điều trị các bệnh khác không liên quan đến dạ dày là rất cần thiết và cần thiết. Có 20,8% NB cho rằng hành động thông báo cho cán bộ y tế trong trường hợp đó là ít cần thiết và 22,2% NB cho rằng việc làm đó là không cần thiết.

Bảng 3.15. Nhận thức về sử dụng thuốc NSAID trước can thiệp (n=72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tần suất sử dụng NSAID	Luôn luôn	17	23,6
	Thỉnh thoảng	28	38,9
	Hiếm khi	20	27,8
	Chưa bao giờ	7	9,7
Cách uống thuốc NSAID	Uống với 1 ngụm nước nhỏ	21	29,2
	Uống với 200-250ml nước	43	59,7
	Uống với càng ít nước càng tốt	2	2,8
	Không biết	6	8,3

Có 9,7% NB chưa bao giờ sử dụng NSAID; 23,6% NB luôn luôn sử dụng và 38,9% NB thỉnh thoảng sử dụng NSAID.

Có 29,2% NB uống thuốc NSAID với một ngụm nước nhỏ; 59,7% NB uống thuốc NSAID với khoảng 200-250ml nước và 8,3% NB không biết uống thuốc NSAID với lượng nước như thế nào là đúng.

Bảng 3.16. Nhận thức về sử dụng một số thuốc NSAID trước can thiệp (n=72)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cách uống thuốc NSAID màng bao tan ở ruột	Nhai nát viên thuốc	20	27,8
	Cho viên thuốc vào một ly nước chờ viên thuốc rã hết rồi uống	23	31,9
	Bẻ đôi viên thuốc	16	22,2
	Uống nguyên viên thuốc	13	18,1
Cách uống thuốc NSAID viên nén trần	Uống vào bữa ăn, sau khi ăn	32	44,4
	Uống thuốc trước bữa ăn 15'	20	27,8
	Uống thuốc khi đói	12	16,7
	Không biết	8	11,1

Số NB cho rằng khi uống thuốc NSAID có màng bao tan nên cho viên thuốc vào một ly nước chờ viên thuốc rã hết rồi uống chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,9% và thấp nhất là số NB lựa chọn việc uống nguyên viên thuốc với 18,1%.

Có 27,8% NB cho rằng nên uống thuốc NSAID dạng viên nén trần vào thời điểm trước bữa ăn 15 phút; 16,7% cho rằng nên uống thuốc lúc đói và 11,1% NB không biết thời điểm nên uống thuốc NSAID dạng viên nén trần.

3.2.5. Điểm trung bình nhận thức của người bệnh trước can thiệp

Bảng 3.17. Điểm trung bình nhận thức về phòng tái phát bệnh trước can thiệp (n=72)

Thông số	Nhận thức chung	Nhận thức về bệnh	Nhận thức về chế độ ăn	Nhận thức về lối sống	Nhận thức về thuốc
$\bar{X} \pm SD$	16,94 \pm 3,41	2,87 \pm 1,34	5,91 \pm 1,49	5,11 \pm 1,57	2,63 \pm 1,10
Min	11	0	2	2	0
Max	27	6	9	8	6

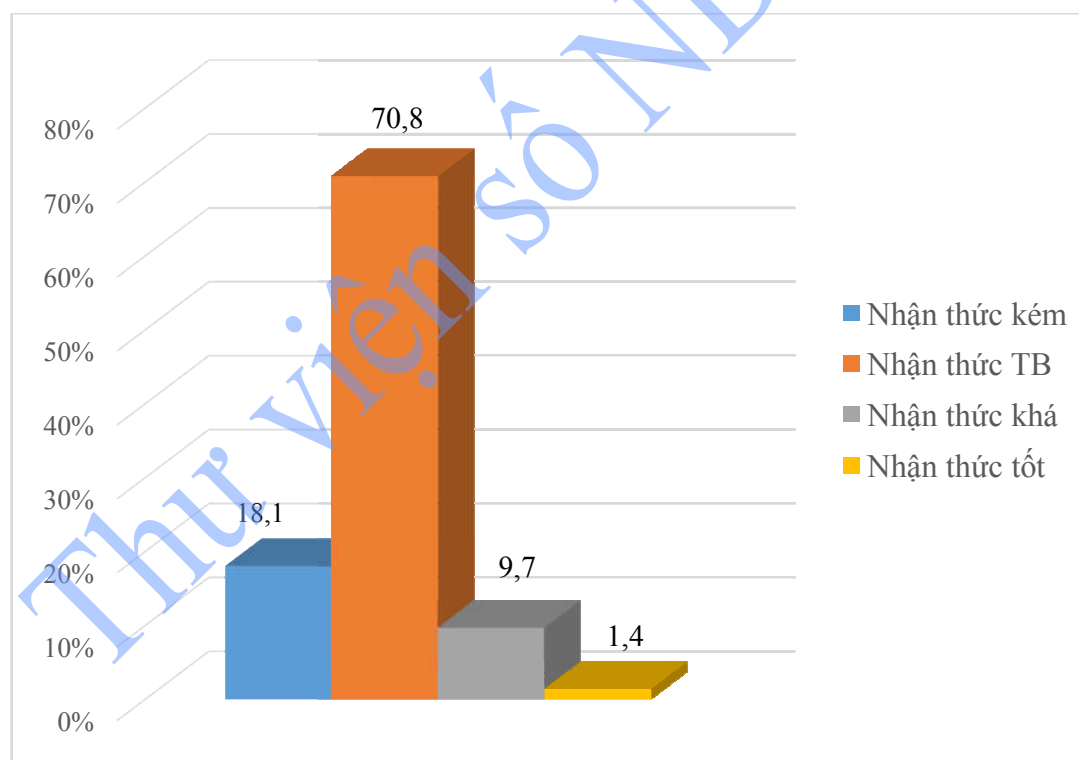
Điểm trung bình nhận thức về phòng tái phát bệnh trước can thiệp là $16,94 \pm 3,41$ với điểm thấp nhất là 11 và cao nhất là 27.

Điểm trung bình nhận thức chung về bệnh trước can thiệp là $2,87 \pm 1,34$ với điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 6.

Điểm trung bình nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh trước can thiệp là $5,91 \pm 1,49$ với giá trị nhỏ nhất là 2 và lớn nhất là 9.

Điểm trung bình nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh trước can thiệp là $5,11 \pm 1,57$ với điểm nhỏ nhất là 2 và lớn nhất là 8.

Tổng điểm các câu hỏi về sử dụng thuốc trước can thiệp là $2,63 \pm 1,10$ với giá trị nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 6.



Biểu đồ 3.5. Phân loại điểm nhận thức trước can thiệp (n=72)

Ở trước can thiệp số lượng người bệnh có kiến thức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,8% và số lượng người bệnh có kiến thức tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,4%.

3.3. Thay đổi nhận thức của NB về phòng tái phát loét DDTT sau can thiệp

3.3.1. Thay đổi nhận thức chung về bệnh sau can thiệp

Bảng 3.18. Thay đổi nhận thức về nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây loét DDTT

Nội dung \ Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%
Nguyên nhân chủ yếu	Do vi khuẩn Hp	25	34,7	60	83,3
	Do stress	9	12,5	2	2,8
	Do ăn uống	28	38,9	7	9,7
	Do di truyền	10	13,9	3	4,2
Các yếu tố nguy cơ	Làm việc căng thẳng	3	4,2	0	0
	Uống nhiều bia rượu	8	11,1	0	0
	Ăn chua, cay, nóng	21	29,2	7	9,7
	Cả 3 ý trên	40	55,5	65	90,3

Có 38,9% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây loét DDTT là do ăn uống và giảm xuống còn 9,7% sau can thiệp; có 34,7% cho rằng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* và tăng lên 83,3% sau can thiệp. Trước can thiệp có 55,5% NB trả lời đầy đủ về các yếu tố nguy cơ gây bệnh và tăng lên 90,3% sau can thiệp.

Bảng 3.19. Thay đổi nhận thức về triệu chứng, biến chứng của loét DDTT

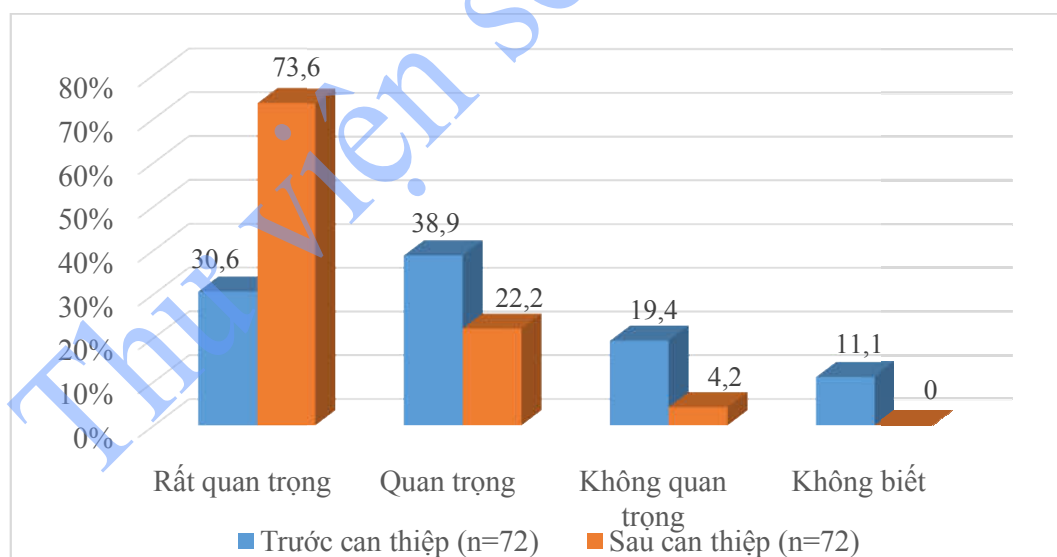
Nội dung \ Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%
Triệu chứng	Gây sút cân	5	6,9	0	0
	Đau bụng thượng vị	20	27,8	9	12,5
	Rối loạn tiêu hóa	15	20,8	5	6,9
	Cả 3 ý trên	32	44,5	58	80,6
Biến chứng	Thủng ổ loét	24	33,3	11	15,3
	Chảy máu tiêu hóa	22	30,6	51	70,8
	Ung thư hóa	19	26,4	10	13,9
	Hẹp môn vị	7	9,7	0	0

Từ bảng trên cho thấy số người trả lời đầy đủ về các triệu chứng của loét dạ dày tá tràng tăng từ 44,5% lên 80,6% sau can thiệp giáo dục. Ở trước can thiệp có 22 NB trả lời biến chứng hay gặp nhất của bệnh là chảy máu tiêu hóa chiếm 30,6% và tăng lên 51 NB chiếm 70,8% sau can thiệp.

Bảng 3.20. Thay đổi nhận thức về yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng

Yếu tố	Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Acid HCl, pepsin.	1	1,4	0	0	0	0
Các yếu tố bên ngoài	2	2,8	0	0	0	0
Các yếu tố bên trong: dịch mật	31	43,0	12	16,7	12	16,7
Lớp chất nhầy	38	52,8	60	83,3	60	83,3

Có 43,0% NB cho rằng các yếu tố bên trong như dịch mật là yếu tố bảo vệ và giảm xuống còn 16,7% sau can thiệp. Có 52,8% NB lựa chọn yếu tố bảo vệ dạ dày tá tràng là lớp chất nhầy và tăng lên 83,3% sau can thiệp.



Biểu đồ 3.6. Thay đổi nhận thức về vai trò của NB trong phòng bệnh tái phát

Trước can thiệp có 30,6% NB cho rằng bản thân NB có vai trò rất quan trọng trong công tác phòng bệnh tái phát và tăng lên 73,6% sau can thiệp giáo dục. Trước can thiệp có 14 NB (chiếm 19,4%) thấy vai trò của mình là không quan trọng và giảm xuống còn 3 NB (chiếm 4,2%) sau can thiệp.

3.3.2. Thay đổi nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh sau can thiệp

Bảng 3.21. Thay đổi nhận thức về sử dụng chất xơ và sử dụng trái cây của NB.

Nội dung \ Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%
Chế độ ăn	Giàu chất xơ	29	40,3	63	87,5
	Hạn chế chất xơ	30	41,6	7	9,7
	Không ăn chất xơ	4	5,6	2	2,8
	Không biết	9	12,5	0	0
Tần suất sử dụng trái cây	Luôn luôn	17	23,6	59	81,9
	Thỉnh thoảng	32	44,4	11	15,3
	Hiếm khi	21	29,2	2	2,8
	Không bao giờ	2	2,8	0	0

Trước can thiệp có 40,3% NB lựa chọn chế độ ăn giàu chất xơ và tăng lên 87,5% sau can thiệp. Trong đánh giá lần 1 có 23,6% NB luôn luôn ăn trái cây và tăng lên 81,9 % sau can thiệp.

Bảng 3.22. Thay đổi nhận thức về các loại rau NB sử dụng, tần suất sử dụng gia vị

Nội dung \ Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%
Các loại rau nên sử dụng	Măng khô	3	4,2	0	0
	Rau lá non các loại	53	73,6	69	95,8
	Các loại rau già nhiều xơ	15	20,8	3	4,2
	Không ăn rau	1	1,4	0	0
Tần suất sử dụng các gia vị	Sử dụng thường xuyên	1	1,4	0	0
	Sử dụng theo nhu cầu	16	22,2	7	9,7
	Hạn chế sử dụng	54	75	65	90,3
	Không biết	1	1,4	0	0

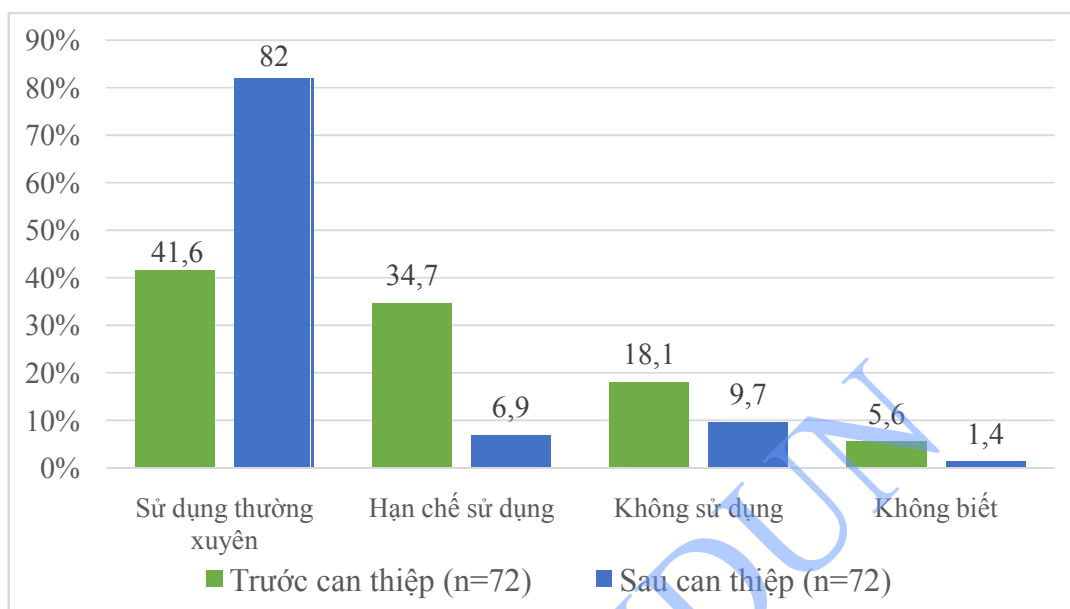
Có 20,8 % NB lựa chọn các loại rau già nhiều xơ và tỉ lệ này giảm xuống còn 4,2% sau can thiệp giáo dục. Có 73,6% NB lựa chọn rau lá non các loại và tăng lên 95,8% sau can thiệp. Trong đánh giá lần 1 có 75% NB lựa chọn việc hạn chế sử dụng các gia vị chua, cay, nóng và tăng lên 90,3% sau can thiệp.

Bảng 3.23. Thay đổi nhận thức về sử dụng thức ăn giàu đạm và các loại thịt NB nên sử dụng

Nội dung		Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%		
Mức độ sử dụng	Không sử dụng	6	8,3	3	4,2		
	Hạn chế sử dụng	27	37,5	11	15,3		
	Sử dụng theo nhu cầu năng lượng	21	29,2	57	79,1		
	Sử dụng nhiều	18	25	1	1,4		
Các loại thịt nên sử dụng	Thịt quay, rán, nướng.	7	9,7	3	4,2		
	Thịt ướp muối.	22	30,5	7	9,7		
	Xúc xích, dăm bông, lạp sườn	4	5,6	0	0		
	Xương băm nhỏ, sụn, thịt nhiều gân	1	1,4	0	0		
	Thịt, cá nạc được chế biến bằng cách luộc, hấp.	38	52,8	62	86,1		

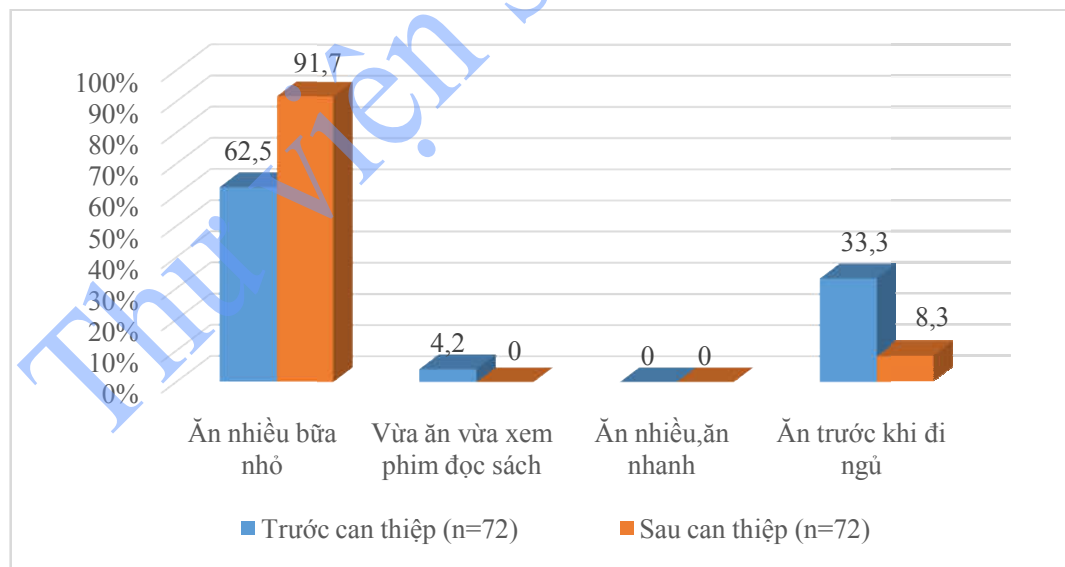
Trước can thiệp có 37,5% NB cho rằng nên ăn hạn chế chất đạm; 25% NB lựa chọn ăn nhiều chất đạm và có 8,3% cho rằng không nên ăn chất đạm. Sau can thiệp những con số này giảm xuống lần lượt là 15,3%; 1,4% và 4,2%.

Khi được hỏi về các loại thịt nên sử dụng, có 52,8% NB lựa chọn thịt cá nạc được chế biến luộc, hấp và tăng lên 86,1% sau can thiệp.



Biểu đồ 3.7. Thay đổi nhận thức về cách sử dụng sữa

Trước can thiệp có lần lượt 34,7% và 18,1% NB hạn chế sử dụng và không sử dụng sữa. Sau can thiệp các con số này giảm xuống còn 6,9% và 9,7%. Có 41,6% NB sử dụng sữa thường xuyên và tăng lên 82% sau can thiệp.



Biểu đồ 3.8. Thay đổi nhận thức về thói quen khi ăn của người bệnh

Có 33,3% NB cho rằng nên ăn trước khi đi ngủ và giảm còn 8,3% sau can thiệp. Tại thời điểm đánh giá lần 1 có 62,5% cho rằng người bệnh loét DDTT nên ăn ít một, chia nhiều bữa nhỏ và tăng lên 91,7% trong đánh giá lần 2.

Bảng 3.24. Thay đổi nhận thức về thói quen uống nước và sử dụng tinh bột

Nội dung		Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%		
Thói quen uống nước	Uống 1 cốc nước trước bữa ăn 30'	40	55,5	65	90,3		
	Vừa ăn vừa uống	3	4,2	0	0		
	Ăn nhiều canh trong bữa cơm	18	25	5	6,9		
	Uống nhiều nước sau khi ăn xong	11	15,3	2	2,8		
Sử dụng tinh bột	Trả lời đúng	43	59,7	64	88,9		
	Trả lời sai	29	40,3	8	11,1		

Trước can thiệp có 55,5% NB cho rằng nên uống một cốc nước trước bữa ăn 30 phút và tăng lên 90,3% sau can thiệp. Có 25% NB cho rằng nên ăn nhiều canh trong bữa cơm và sau can thiệp con số này giảm còn 6,9%. Trước can thiệp có 40,3% NB cho rằng không nên ăn cơm nếp bánh chưng và giảm xuống 11,1% sau can thiệp.

Bảng 3.25. Thay đổi nhận thức về nhiệt độ để thức ăn dễ tiêu hóa, hấp thu và ảnh hưởng của nồng độ thức ăn tới kích thích dạ dày

Nội dung		Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%		
Nhiệt độ	10 ⁰ C - 20 ⁰ C	5	6,9	1	1,4		
	20 ⁰ C - 30 ⁰ C	18	25	11	15,3		
	40 ⁰ C - 50 ⁰ C	42	58,4	60	83,3		
	50 ⁰ C - 60 ⁰ C	7	9,7	0	0		
Quan hệ	Có ảnh hưởng	54	75	68	94,4		
	Không ảnh hưởng	18	25	4	5,6		

Trước can thiệp có tới 25% NB cho rằng nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa hấp thu là 20⁰C - 30⁰C và giảm xuống 15,3% sau can thiệp. Có 58,4% chọn nhiệt độ 40⁰C - 50⁰C và tăng lên 83,3% sau can thiệp. Có 75% NB cho rằng nồng

độ thức ăn có ảnh hưởng đến tiêu hóa ở dạ dày và tăng lên 94,4% sau can thiệp giáo dục.

3.3.3. Thay đổi nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh sau can thiệp

Bảng 3.26. Thay đổi nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh

Nhận thức Lối sống	Trước can thiệp (n=72)				Sau can thiệp (n=72)			
	Đúng		Sai		Đúng		Sai	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Cà phê không gây hại cho dạ dày.	27	37,5	45	62,5	6	8,3	66	91,7
NB có thể hút thuốc lá.	31	43,1	41	56,9	8	11,1	64	88,9
NB có thể hoạt động trí óc trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn.	34	47,2	38	52,8	13	18,1	59	81,9
NB nên hoạt động mạnh trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn	19	26,4	53	73,6	3	4,2	69	95,8
Tinh thần căng thẳng khiến bệnh tái phát.	43	59,7	29	40,3	67	93,1	5	6,9
Người bệnh nên ăn trước khi đi ngủ để dạ dày không bị rỗng.	39	54,2	33	45,8	15	20,8	57	79,2
Để phòng bệnh tái phát, NB cần chú ý giữ ấm vùng bụng.	57	79,2	15	20,8	69	95,8	3	4,2
Đảm bảo ăn uống vệ sinh giúp phòng tránh bệnh tái phát.	58	80,6	14	19,4	70	97,2	2	2,8

Trước can thiệp có 37,5% NB cho rằng cà phê không gây hại cho dạ dày; 43,1% cho rằng NB có thể hút thuốc lá; 47,2% lựa chọn việc hoạt động trí óc và

26,4% lựa chọn việc hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn. Sau can thiệp các con số này có sự thay đổi đáng kể lần lượt là 8,3%; 11,1%; 18,1% và 4,2%. Có 40,3% NB cho rằng tinh thần căng thẳng không làm bệnh tái phát và giảm xuống còn 6,9% sau can thiệp. Có 54,2% NB lựa chọn việc ăn trước khi đi ngủ và giảm xuống 20,8% trong đánh giá lần 2.

3.3.4. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh

Bảng 3.27. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh

Nội dung		Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Hành động khi các triệu chứng đã hết	Thôi thuốc	15	20,8	4	5,6		
	Tiếp tục dùng thuốc theo đơn	19	26,4	60	83,3		
	Dùng giảm liều	36	50	8	11,1		
	Không biết	2	2,8	0	0		
Hành động khi bị đau dạ dày trở lại	Đi khám lại	15	20,8	60	83,3		
	Không cần uống thuốc mà sẽ điều chỉnh chế độ ăn	22	30,6	6	8,3		
	Uống thuốc bắc	20	27,8	3	4,2		
	Uống thuốc theo đơn cũ	15	20,8	3	4,2		
Thông báo cho cán bộ y tế	Rất cần thiết	14	19,5	55	76,4		
	Cần thiết	27	37,5	15	20,8		
	Ít cần thiết	15	20,8	2	2,8		
	Không cần thiết	16	22,2	0	0		

Trước can thiệp có 50% NB cho rằng nên dùng giảm liều khi các triệu chứng đã hết; 30,6% NB nghĩ rằng khi bị đau dạ dày trở lại sẽ không phải dùng thuốc mà chỉ cần thay đổi chế độ ăn uống. Sau can thiệp các con số này giảm xuống còn 11,1% và 8,3%.

Trong đánh giá lần 1 có 19,5% NB cho rằng việc thông báo cho cán bộ y tế biết mình bị đau dạ dày khi phải dùng thuốc để điều trị các bệnh khác không liên quan đến dạ dày là rất cần thiết và tăng lên 76,4% sau can thiệp.

Bảng 3.28. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc NSAID

Nội dung		Nhận thức		Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tần suất sử dụng NSAID	Luôn luôn	17	23,6	0	0	0	0
	Thỉnh thoảng	28	38,9	11	15,3	11	15,3
	Hiếm khi	20	27,8	49	68,0	49	68,0
	Chưa bao giờ	7	9,7	12	16,7	12	16,7
Cách uống thuốc NSAID	Uống với 1 ngụm nước nhỏ	21	29,2	4	5,6	4	5,6
	Uống với 200-250ml nước	43	59,7	67	93,0	67	93,0
	Uống với càng ít nước càng tốt	2	2,8	0	0	0	0
	Không biết	6	8,3	1	1,4	1	1,4

Trước can thiệp có 23,6% NB luôn luôn sử dụng NSAID và giảm xuống 0% sau can thiệp. Có 29,2% NB uống thuốc NSAID với một ngụm nước nhỏ và giảm xuống còn 5,6% sau can thiệp. Có 59,7% NB uống thuốc NSAID với khoảng 200-250ml nước và tăng lên 93,0% sau can thiệp giáo dục.

Bảng 3.29. Thay đổi nhận thức về sử dụng một số thuốc NSAID

Nội dung		Nhận thức	Trước can thiệp (n=72)		Sau can thiệp (n=72)	
			SL	%	SL	%
Cách uống NSAID màng bao tan ở ruột	Nhai nát viên thuốc		20	27,8	5	6,9
	Cho viên thuốc vào ly nước chờ viên thuốc rã hết rồi uống		23	31,9	7	9,7
	Bê đôi viên thuốc		16	22,2	1	1,4
	Uống nguyên viên thuốc		13	18,1	59	82
Cách uống NSAID viên nén trần	Uống vào bữa ăn, sau khi ăn		32	44,4	58	80,5
	Uống thuốc trước bữa ăn 15'		20	27,8	13	18,1
	Uống thuốc khi đói		12	16,7	0	0
	Không biết		8	11,1	1	1,4

Trong đánh giá lần 1 có 31,9% NB cho rằng khi uống thuốc NSAID có màng bao tan nên cho viên thuốc vào một ly nước chờ viên thuốc rã hết rồi uống và giảm xuống 9,7% sau can thiệp. Có 18,1% NB cho rằng nên uống nguyên viên thuốc chiếm và tăng lên 82% sau can thiệp.

Có 44,4% NB cho rằng nên uống thuốc NSAID dạng viên nén trần vào thời điểm trong bữa ăn hoặc sau khi ăn và tăng lên 80,5% sau can thiệp. Có 16,7% cho rằng nên uống thuốc lúc đói và giảm xuống 0% sau can thiệp.

3.3.5. Thay đổi điểm trung bình nhận thức của người bệnh sau can thiệp

Bảng 3.30. Thay đổi điểm TB nhận thức về phòng tái phát bệnh sau can thiệp

Thông số	Nhận thức	Trước can thiệp (n=72)	Sau can thiệp (n=72)
$\bar{X} \pm SD$		16,94 ± 3,41	28,09 ± 1,92
Min		11	23
Max		23	32
p		< 0,01	

Sau can thiệp sự thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ với điểm số là $28,09 \pm 1,92$ so với trước can thiệp là $16,94 \pm 3,41$.

Bảng 3.35. Thay đổi điểm trung bình nhận thức chung về bệnh sau can thiệp

Nhận thức	Trước can thiệp (n=72)	Sau can thiệp (n=72)
Thông số		
$\bar{X} \pm SD$	$2,87 \pm 1,34$	$5,04 \pm 0,82$
Min	0	3
Max	6	6
p	$< 0,01$	

Sau can thiệp sự thay đổi nhận thức chung về bệnh có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ với điểm số là $5,04 \pm 0,82$ so với trước can thiệp là $2,87 \pm 1,34$.

Bảng 3.36. Thay đổi điểm trung bình nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh

Nhận thức về chế độ ăn	Trước can thiệp (n=72)	Sau can thiệp (n=72)
Thông số		
$\bar{X} \pm SD$	$5,91 \pm 1,49$	$8,90 \pm 1,08$
Min	2	6
Max	9	10
p	$< 0,01$	

Sau can thiệp sự thay đổi nhận thức chung về bệnh có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ với điểm số là $8,90 \pm 1,08$ so với trước can thiệp là $5,91 \pm 1,49$.

Bảng 3.37. Thay đổi điểm TB nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh

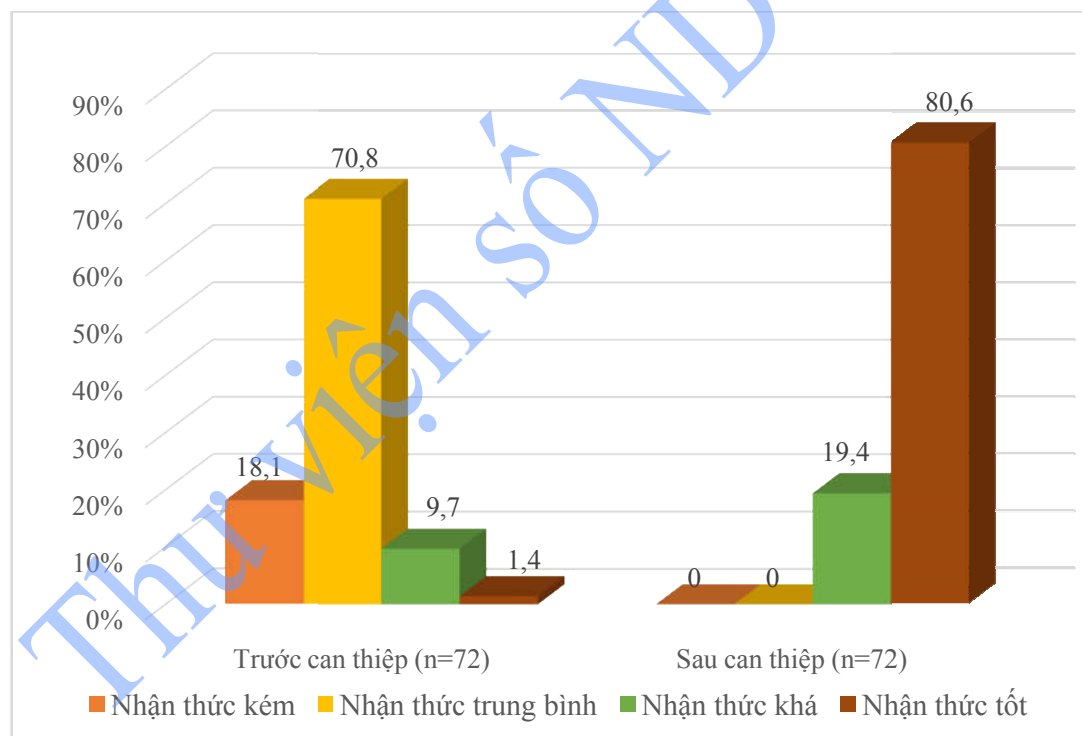
Nhận thức về lối sống	Trước can thiệp (n=72)	Sau can thiệp (n=72)
Thông số		
$\bar{X} \pm SD$	$5,11 \pm 1,57$	$7,23 \pm 0,70$
Min	2	6
Max	8	8
p	$< 0,01$	

Sau can thiệp sự thay đổi nhận thức về lối sống có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ với điểm số là $7,23 \pm 0,70$ so với trước can thiệp là $5,11 \pm 1,57$.

Bảng 3.38. Thay đổi điểm TB nhận thức về dùng thuốc phòng tái phát bệnh.

Thông số \ Nhận thức	Trước can thiệp (n=72)	Sau can thiệp (n=72)
$\bar{X} \pm SD$	2,63 ± 1,10	6,04 ± 0,86
Min	0	4
Max	6	7
p	< 0,01	

Tổng điểm các câu hỏi về sử dụng thuốc trước can thiệp có giá trị trung bình là $2,63 \pm 1,10$ và tăng lên thành $6,04 \pm 0,86$ sau can thiệp. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

**Biểu đồ 3.9. Phân loại điểm nhận thức trước và sau can thiệp**

Trước can thiệp có 70,8% NB có kiến thức trung bình và giảm xuống 0% sau can thiệp giáo dục. Số NB có kiến thức tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,4% và tăng lên 80,6% trong đánh giá sau can thiệp giáo dục.

Chương 4

BÀN LUẬN

Từ kết quả thu được chúng tôi xin bàn luận một số vấn đề sau:

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành trên 72 người bệnh loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong khoảng thời gian 3 tháng từ tháng 02 đến hết tháng 04 năm 2017. Trong số 72 NB tham gia, tỷ lệ NB nam chiếm 56,9% nhiều hơn NB nữ (43,1%). Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh và cs năm 2011 có tỷ lệ tương ứng là 59,61% /40,39% [10]. Nhưng thấp hơn nghiên cứu của Shahnooshi Javad F & Anita Dadollahi Sarab năm 2014 với tỷ lệ nam/nữ là 72,22% / 27,78% [42]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Shahnooshi Javad F & Anita Dadollahi Sarab tiến hành tại Ấn Độ. Tại đây có sự chênh lệch giới tính cao hơn ở Việt Nam.

Loét dạ dày tá tràng là căn bệnh phổ biến thường gặp phải ở mọi lứa tuổi nhưng trong đó người cao tuổi với nếp sinh hoạt không ổn định cùng với sự hoạt động kém hiệu quả và suy giảm chức năng của hệ tiêu hóa nên dễ mắc hơn. Phù hợp với lý luận trên trong nghiên cứu của chúng tôi NB chủ yếu tập trung ở nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 47,2%. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Shahnooshi Javad F & Anita Dadollahi Sarab năm 2014 có 69,45% người bệnh trong độ tuổi từ 40 - 59 tuổi [42]. Nghiên cứu của Abidullah và cộng sự trên 72 người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Pakistan năm 2012, người bệnh tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 21 – 40 tuổi chiếm 52,77% [21]. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh và cs năm 2011 tại Tây Ninh người bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 46 – 60 tuổi chiếm 51,9% [10].

Ngày nay cùng với sự phát triển của xã hội, đời sống của nhân dân ngày càng được nâng cao. Do đó người dân cũng quan tâm tới sức khỏe của mình hơn và luôn có xu hướng tìm tới những trung tâm chăm sóc sức khỏe có uy tín và chất lượng. Trong nghiên cứu này có tới 62,5% người bệnh sống ở khu vực nông thôn.

Kết quả từ bảng 3.2 về phân bố người bệnh loét dạ dày tá tràng theo trình độ học vấn cho thấy số người bệnh ở các cấp học có tỷ lệ gần tương đương nhau. Cụ thể có 29,2% NB có trình độ tiểu học; 26,4% NB có trình độ trung học cơ sở; 25% NB có trình độ phổ thông cơ sở và 19,4% NB có trình độ từ trung cấp trở lên. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Minh Hồng năm 2013 có 51,6% NB có trình độ từ trung học phổ thông trở lên [7]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Lê Minh Hồng tiến hành tại Bệnh viện 199 là bệnh viện của Bộ Công an đóng quân tại Đà Nẵng nên đối tượng chủ yếu là cán bộ chiến sỹ công an có trình độ từ trung cấp trở lên. Còn nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định là bệnh viện công lập phục vụ cho mọi đối tượng nên số NB phân đều cho các trình độ khác nhau.

Trong số 72 người bệnh tham gia nghiên cứu có tới 24 NB là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%; có 13 NB là viên chức chiếm tỷ lệ thấp nhất 18,1%. Điều đó hoàn toàn phù hợp với sự phân bố NB theo khu vực sống chủ yếu ở nông thôn. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Lê Minh Hồng năm 2013 tại bệnh viện 199. Tỷ lệ mắc bệnh của nhóm lao động tự do là 38,7%; cán bộ nhân viên là 32,3%, hưu trí là 12,9% [7]. Có thể giải thích sự khác nhau này là do ĐTNC của Lê Minh Hồng có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên chiếm tỷ lệ khá cao 51,6% còn ĐT trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 19,4% có trình độ từ trung cấp trở lên. Hơn nữa NC của Lê Minh Hồng tiến hành tại Bệnh viện 199 của Bộ Công an có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho cán bộ chiến sỹ công an nên chỉ có 38,7% NB làm nghề tự do, còn lại là cán bộ nhân viên và hưu trí.

Thời gian mắc bệnh có liên quan đến độ trầm trọng của bệnh cũng như phác đồ điều trị và tình trạng sức khỏe của người bệnh. Trong NC này số người bệnh mắc bệnh trong khoảng 1 năm là 9,7% trong khi đó có tới 52,8% NB có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Hồng với số NB mắc bệnh trong khoảng thời gian dưới 1 năm là 41% trong đó dưới 6 tháng có 12,9% NB. Loét dạ dày tá tràng nguy hiểm không phải bởi tỷ lệ từ

vong cao mà bởi bệnh rất hay tái phát và rất dễ biến chứng. Theo khảo sát của Bộ Y Tế Việt Nam, trong phần lớn các trường hợp thì loét sẽ tự lành sẹo sau 2-3 tháng nhưng tỉ lệ tái phát bệnh trong 2 năm đầu tương đối cao chiếm trên 50% các trường hợp, tần suất tái phát trung bình là 2 - 3 năm [17]. Phù hợp với kết quả của khảo sát trên, đa số NB trong nghiên cứu của chúng tôi đã bị tái phát bệnh từ 2 lần trở lên chiếm 48,6%.

4.2. Nhận thức về phòng bệnh tái phát của NB loét DDTT trước can thiệp

4.2.1. Nhận thức chung về bệnh của NB loét DDTT trước can thiệp

Nhận thức chung về loét dạ dày tá tràng của người bệnh là một trong những yếu tố quan trọng góp phần giúp họ phòng tái phát bệnh có hiệu quả và giúp việc điều trị của họ đạt kết quả tốt nhất. Theo tài liệu hướng dẫn của Tổ chức Tiêu hóa thế giới năm 2010 nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* chiếm 75 – 85% các trường hợp. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 34,7% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây bệnh là do Hp và có tới 38,9% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây bệnh là do ăn uống. Kết quả này khác với nghiên cứu “*A study to assess the effectiveness of structured teaching programme on risk factors and prevention of peptic ulcer among middle age population in selected rural areas at Kolar district*” của Ms. Sherlin Sheela.D (2008) trên 50 người bệnh bị loét dạ dày tại Bangalore cho thấy 76% nghĩ rằng thói quen ăn uống kém là nguyên nhân gây ra bệnh tật của họ và 16% liên quan đến di truyền [43]. Nhận thức sai lầm về nguyên nhân gây bệnh dẫn đến kết quả 29,2% NB cho rằng chỉ những người thích ăn chua, cay, nóng mới có nguy cơ bị loét dạ dày tá tràng; 11,1% NB cho rằng chỉ những người uống nhiều bia rượu mới có nguy cơ bị bệnh và 4,2% NB cho rằng chỉ những người làm việc căng thẳng mới có nguy cơ bị bệnh. Kết quả này chứng tỏ nhận thức của người bệnh về các yếu tố nguy cơ gây bệnh là chưa đầy đủ.

Khi hỏi về triệu chứng của loét DDTT có 6,9% trả lời là gầy sút cân; 27,8% trả lời đau bụng vùng thượng vị; 20,8% trả lời rối loạn tiêu hóa và 44,5% trả lời cả 3 triệu chứng trên. Kết quả này gần tương đồng với một số nghiên cứu trong nước.

Theo nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh và cs năm 2011 tại Tây Ninh biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau thượng vị và đầy bụng. Đau nhiều ở nhóm tuổi 16-45 tuổi (76%). Triệu chứng rối loạn tiêu hóa xuất hiện nổi bật là đầy bụng (44,4-72%). Sút cân thường gặp ở nhóm người bệnh lớn tuổi kèm với chán ăn chiếm 51,8% [10]. Nghiên cứu của Đỗ Văn Dung và Chu Thị Trà Giang (2014) về đặc điểm lâm sàng và nội soi của 228 người bệnh viêm loét dạ dày trên 60 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị (88,6%), đầy bụng (60,1%), ợ hơi (46,1%), ăn kém (46,1%), cồn cào nóng rát thượng vị (39,5%), sút cân (28,9%), ợ chua (25,9%), buồn nôn (22,4%), nôn (14,5%), ỉa phân đen (11,7%), nôn máu (5,7%) [11]. Không có sự chênh lệch nhiều giữa số NB trả lời biến chứng hay gặp nhất của loét DDTT là thủng ổ loét, chảy máu tiêu hóa và ung thư hóa với tỷ lệ lần lượt là 33,3% - 30,6% - 26,4%. Theo Phạm Thị Hạnh và cs biến chứng xuất huyết tiêu hóa chiếm 8 – 11% trong đó do uống rượu có 2 ca; hẹp môn vị chiếm 2 trường hợp (7,4%) ở nhóm tuổi 46 – 60 tuổi [10].

4.2.2. Nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh trước can thiệp.

Thuốc được xem là lựa chọn hàng đầu trong điều trị loét dạ dày tá tràng, chế độ ăn giữ vai trò hỗ trợ nhưng không kém phần quan trọng. Có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa chế độ ăn, các yếu tố nguy cơ với diễn tiến của bệnh [18]. Vì thế người bệnh cần phải tuân thủ một số nguyên tắc về chế độ ăn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo người bệnh loét dạ dày - tá tràng nên có chế độ ăn giàu chất xơ khoảng 20-30g/ngày, vì nó hoạt động như bộ đệm, làm giảm nồng độ của các axit mật trong dạ dày và giảm thời gian tiêu hóa. Chế độ ăn giàu chất xơ có thể làm giảm nguy cơ phát triển vết loét mới và tăng tốc độ chữa lành các vết loét đang tồn tại [40]. Trong nghiên cứu này có 40,3% NB lựa chọn chế độ ăn giàu chất xơ và 41,6% NB lựa chọn chế độ ăn hạn chế chất xơ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Santa M (2014) về chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng tại Brazil đã chỉ ra rằng phần lớn người bệnh loét dạ dày - tá tràng có chế độ ăn nghèo chất xơ và chất chống oxy hóa [40]. Chất xơ được cung cấp

chủ yếu qua rau xanh và hoa quả tươi. Giá trị của rau và hoa quả là cung cấp cho cơ thể các chất dinh dưỡng có hoạt tính sinh học cao, đặc biệt là vitamin C, chất khoáng và vi khoáng có tác dụng nâng cao sức khỏe và phòng chống các bệnh mạn tính không lây. Ăn ít rau và hoa quả được xem là nguyên nhân của 1,7 triệu trường hợp tử vong, chiếm 2,8% tổng số ca tử vong trên thế giới, là nguyên nhân của 19% số ung thư dạ dày ruột, 31% các bệnh thiếu máu cục bộ, 11% số trường hợp đột quỵ [19]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 17 NB luôn luôn sử dụng trái cây chiếm 23,6%. Có thể lý giải điều này do hiện nay việc sử dụng hóa chất trong sản xuất và bảo quản thực phẩm rất phổ biến nên một số người lo lắng trái cây không đảm bảo về an toàn thực phẩm và hạn chế sử dụng. Kết quả này khác với nghiên cứu của Shahnooshi Javad F & Anita Dadollahi Sarab trên 178 NB tại bệnh viện MVJ - Ấn Độ năm 2014 cho thấy có 11 NB luôn sử dụng trái cây [42].

Theo khuyến cáo của Bộ Y Tế, NB loét dạ dày tá tràng nên tránh các loại thức ăn gây cọ xát làm tổn thương niêm mạc như rau già nhiều xơ (mướp, rau bí đỏ, đậu quả, rau muống, bắp cải, măng khô...). NB nên kiêng ăn quá nhiều gia vị chua, cay, nóng như giấm, chanh, ớt, tiêu, gừng; các loại thịt quay, thịt muối, các món sốt, xào có nhiều gia vị. NB không nên ăn các loại thịt nguội chế biến sẵn như dăm bông, Lạp sườn, xúc xích; những thức ăn cứng, dai gây cọ sát niêm mạc dạ dày như thịt nhiều gân, sụn, xương băm nhỏ. Các thực phẩm ngâm muối sẽ làm cho dạ dày “vắt vả” hơn trong khâu xử lý. Hơn nữa chúng còn chứa một số chất gây ung thư nên NB cần hạn chế, không nên ăn [15].

Mặc dù ăn các loại rau già nhiều xơ có thể gây xoắn ruột, tắc ruột do bã thức ăn, cọ sát gây chảy máu, hoặc làm viêm loét thêm nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 20,8% NB cho rằng NB loét dạ dày tá tràng nên ăn các loại rau già nhiều xơ và 73,6% NB lựa chọn rau lá non các loại. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Minh Hồng có số NB lựa chọn các loại rau non luộc chiếm tỷ lệ cao với 83,9%. Các gia vị như chua, cay, nóng sẽ gây kích thích niêm mạc dạ dày làm tổn thương dạ dày do đó NB loét dạ dày tá tràng nên hạn chế sử dụng. Hầu hết

các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều nắm được kiến thức này chiếm 75% nhưng vẫn còn tới 22,2% NB cho rằng có thể sử dụng các gia vị trên theo nhu cầu.

Hiện nay việc áp dụng các kỹ thuật khác nhau để chế biến thực phẩm như hun khói, chiên rán, quay, nướng, khử trùng nhiệt độ cao... có thể nâng cao tính thẩm mỹ của thực phẩm, tăng mùi vị của thực phẩm. Nhưng các quá trình chế biến này cũng gây ra những thay đổi về thành phần thực phẩm, như quá trình chiên, rán, quay, nướng, hun khói thông thường có thể làm cho axit amin trong thực phẩm, protein, đường, hydrat cacbon, xenluloza, lipit bị giảm thiểu đáng kể, thậm chí còn tạo ra những chất độc hại có thể gây ung thư như chất PAHs, các amin dị vòng và N-nitrosamin. Trong nghiên cứu này vẫn còn 9,7% NB lựa chọn thịt quay, rán, nướng và 5,6% NB lựa chọn xúc xích, dăm bông, lạp sườn.

Theo Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo nhu cầu bổ sung muối hàng ngày trung bình khoảng 6g/người/ngày (tương đương với một thìa cà phê). Chế độ ăn nhiều muối sẽ làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày. Muối có thể gây tổn thương niêm mạc dạ dày tạo cơ hội cho vi khuẩn *H. pylori* hoạt động và phát triển [50]. Chế độ ăn có nhiều nitrat ở trong những loại thực phẩm được bảo quản bằng cách ướp muối. Khi ăn, nitrat được chuyển thành nitrit và cuối cùng là nitrosamin. Đây là những chất gây ung thư mạnh. Có tới 30,5% đối tượng cho rằng NB loét DDTT nên ăn thịt ướp muối.

Trong lịch sử quan điểm về việc người bệnh loét dạ dày tá tràng nên dùng sữa hay không có sự thay đổi qua các giai đoạn. Năm 1828, sữa được dùng làm thực phẩm chủ yếu trong chế độ ăn của bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng. Đến năm 1900, nhịn ăn được chú trọng. Phương thức này bao gồm: nhịn đói trong thời gian đầu của bệnh nhằm tránh kích thích sự tiết dịch vị của dạ dày, nhưng không kéo dài nhằm tránh những ảnh hưởng xấu của tình trạng rối loạn dinh dưỡng trong việc lành các vết loét. Sau năm 1900, phương pháp “Sippy” được chú trọng. Phương pháp này bao gồm những bữa ăn thường xuyên với sữa, trứng, kem kèm với những chất kiềm (hoặc bột Sippy). Cơ sở lý luận của phương pháp này là làm loãng và

làm mất tác dụng của acid dịch vị một cách hằng định. Thời gian thực hiện của phương pháp này là 12- 18 tháng. Tuy nhiên, phương pháp “Sippy” cũng có khá nhiều điều cần bàn cãi: Mặc dù sữa có tác dụng đệm, nhưng sữa cũng làm tăng tiết acid trong dạ dày do sữa có chứa nhiều protein (đạm) và calcium. Mức độ chất béo và cholesterol cao trong phương pháp Sippy có thể dẫn đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Những người kém dung nạp lactose sẽ không thể áp dụng phương pháp này. Phương pháp này có thể dẫn đến tình trạng kiềm máu cấp tính gây ra suy giảm chức năng thận tạm thời. Đến giai đoạn hiện nay các chuyên gia dinh dưỡng khuyến cáo người bệnh loét dạ dày tá tràng nên sử dụng sữa và thức ăn giàu đạm vì sữa được xem là lớp áo khoác bảo vệ niêm mạc dạ dày, còn thức ăn giàu đạm được xem là chất đệm tạm thời để trung hòa các chất tiết của dạ dày, nhưng nó cũng kích thích sự tiết gastrin và pepsin. Do đó người bệnh không nên sử dụng quá nhiều [18]. Trong nghiên cứu này có 8,3% NB cho rằng không nên sử dụng thức ăn giàu đạm; 37,5% NB cho rằng nên hạn chế sử dụng thức ăn giàu đạm và 18,1 % NB trả lời không nên sử dụng sữa.

Chúng ta thường có thói quen uống nước lọc hoặc nước hoa quả trong bữa ăn. Theo các chuyên gia dinh dưỡng đây là thói quen cực kì có hại bởi vì khi có quá nhiều chất lỏng và thức ăn trong dạ dày sẽ làm tăng kích thích của dạ dày khiến quá trình tiêu hóa chậm lại. Tương tự như vậy, thói quen ăn nhiều canh trong bữa cơm sẽ khiến chúng ta lười nhai hơn, nuốt nhanh hơn, thức ăn vào dạ dày vẫn còn ở dạng cứng, dạ dày phải làm việc nhiều hơn để tiêu hóa thức ăn. Nếu ăn quá nhanh sẽ khiến thức ăn không được tiêu hóa kỹ ở khoang miệng, trực tiếp chuyển đến dạ dày khi vẫn ở dạng thô để tiêu hóa tiếp. Điều này sẽ trực tiếp làm hại niêm mạc dạ dày, tăng gánh nặng và thời gian làm việc cho dạ dày và giảm nhu động dạ dày [20]. Hệ tiêu hóa được tạo bởi ống tiêu hóa (là một chuỗi các cơ quan rộng nối dài với nhau thành một ống uốn lượn từ miệng cho đến hậu môn) và các cơ quan khác, giúp cơ thể cắt nhỏ và hấp thu thức ăn. Sự phối hợp của hệ thống thần kinh, hormon, hệ thống mạch máu và các cơ quan hệ tiêu hóa điều khiển công việc tiêu hóa và hấp thu dưỡng chất từ thức ăn, thức uống mà chúng ta

đưa vào cơ thể mỗi ngày. Vào giờ ăn, máu sẽ được đưa đến cơ quan tiêu hóa nhiều hơn để giúp tiêu hóa và hấp thu thức ăn. Thói quen đọc sách trong khi ăn sẽ làm máu tập trung lên não nhiều hơn xuống dạ dày nên quá trình tiêu hóa sẽ bị chậm lại. Sự tiết men tiêu hóa theo đó cũng giảm, do hệ thần kinh tập trung vào việc đọc sách hơn là tiêu hóa thức ăn. Chưa kể thức ăn có thể chưa được nhai nhuyễn trước khi nuốt. Thói quen này sẽ gây ảnh hưởng không tốt tới dạ dày. Vào ban đêm khi chúng ta ngủ các cơ quan đều rơi vào trạng thái nghỉ ngơi, não không cung cấp đủ máu cho dạ dày hoạt động nên thức ăn không được tiêu hóa hết gây phân hủy và lên men trong dạ dày, dẫn tới đầy bụng và đau dạ dày. Tuy nhiên trong nghiên cứu này vẫn còn một số người bệnh có những thói quen không đúng trên. Cụ thể: 4,2% NB cho rằng nên vừa ăn vừa uống; 25% NB cho rằng nên ăn nhiều canh trong bữa cơm; 4,2% NB lựa chọn việc vừa ăn vừa xem phim đọc sách và 33,3% NB lựa chọn ăn trước khi đi ngủ.

Nhiệt độ thức ăn cũng ảnh hưởng đến kích thích dạ dày, ví dụ như thức ăn lạnh quá làm co bóp mạnh cơ dạ dày, thức ăn nóng quá lại làm cho niêm mạc xung huyết và co bóp mạnh hơn. Do vậy nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa và hấp thu là 40-50⁰C. Nồng độ thức ăn cũng ảnh hưởng tới tiêu hóa: Nếu ăn đặc quá thì dịch vị rất khó thấm vào giữa khối thức ăn, nhưng nếu ăn lỏng và nhiều nước quá thì dịch vị sẽ bị pha loãng làm giảm khả năng tiêu hóa [15],[16]. Kết quả có 25% NB lựa chọn nhiệt độ từ 20 - 30⁰C; 6,9% lựa chọn nhiệt độ từ 10 - 20⁰C; 9,7% lựa chọn nhiệt độ 50 - 60⁰C; 25% cho rằng nồng độ thức ăn không ảnh hưởng đến kích thích dạ dày.

4.2.3. Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh trước can thiệp.

Theo hướng dẫn của Bộ Y Tế, NB loét DDTT cần phải thay đổi lối sống để phòng bệnh tái phát. Cụ thể là không sử dụng các chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá... bởi vì hút thuốc khiến mạch máu trong đó có mạch máu hệ tiêu hóa bị co lại, ảnh hưởng tới việc cung cấp máu cho tế bào thành dạ dày, khiến sức đề kháng của niêm mạc dạ dày giảm. Hút thuốc làm niêm mạc tăng nhạy cảm, giảm những yếu tố bảo vệ niêm mạc hoặc tạo môi trường thuận lợi hơn với nhiễm H.

pylori. Thuốc lá làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo do ức chế yếu tố tăng trưởng niêm mạc dạ dày tá tràng [7]. Không nên hoạt động trí óc hay hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn vì lúc này não bộ đang tập trung điều khiển dồn toàn bộ năng lượng cơ thể để thực hiện việc tiêu hóa thức ăn một cách hiệu quả nhất, nếu có những hoạt động khác thì cơ thể sẽ có sự “chia sẻ” năng lượng nhất định khiến dạ dày hoạt động quá tải, kém hiệu quả. Hệ thống tiêu hóa được điều khiển bởi hệ thống thần kinh ruột. Stress sẽ kích thích thần kinh làm giảm lưu lượng máu tới dạ dày gây thiếu máu niêm mạc dạ dày. Điều đó dẫn đến H^+ không thể trung hòa làm tăng khuếch tán Hydrogen niêm mạc. Trong khi đó HCO_3^- sẽ bị giảm sản xuất làm thay đổi hàng rào niêm mạc dạ dày. Ngoài ra tình trạng thiếu máu niêm mạc dạ dày còn dẫn đến giảm bài tiết chất nhầy, giảm tái tạo niêm mạc dạ dày gây loét [12]. Chính vì vậy người bệnh loét DDTT cần sắp xếp thời gian nghỉ ngơi hợp lý, giải tỏa stress, luôn giữ tâm lý thoải mái, vui vẻ để phòng bệnh tái phát. Bên cạnh đó, NB cũng cần đảm bảo ăn uống vệ sinh, rửa tay sạch trước khi ăn, ăn chín uống sôi nhằm hạn chế vi khuẩn xâm nhập gây bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy ăn uống điều độ đúng giờ sẽ hình thành phản xạ có điều kiện, hỗ trợ bài tiết tuyến tiêu hóa và rất có lợi cho tiêu hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 37,5% đối tượng cho rằng NB loét DDTT vẫn có thể sử dụng cà phê; 43,1% cho rằng có thể hút thuốc lá; 47,2% cho rằng có thể hoạt động trí não trong khoảng thời gian 30’ sau bữa ăn; 40,3% cho rằng tinh thần căng thẳng không làm tăng sản sinh acid dạ dày; 19,4% cho rằng việc đảm bảo vệ sinh ăn uống không giúp phòng bệnh tái phát. Kết quả này khác với nghiên cứu của Shahnooshi JF và Anita DS (2014) có 10,55% NB không sử dụng thuốc lá; 17,22% không sử dụng rượu bia; 9,44% thường xuyên uống trên 3 cốc cà phê trong một ngày và 49,44% thường xuyên uống trên 3 cốc sữa trong một ngày [42].

4.2.4. Nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh trước can thiệp.

Các thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng thường sử dụng trong khoảng 4 – 6 tuần. Mà thời gian nằm viện của người bệnh trung bình khoảng 7 ngày. Cho nên sau khi ra viện người bệnh vẫn cần tiếp tục dùng thuốc điều trị củng cố theo đơn.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 26,4% NB lựa chọn việc tiếp tục dùng thuốc theo đơn sau khi ra viện. Có tới 20,8% NB cho rằng nên thôi thuốc; 50% NB cho rằng nên dùng giảm liều khi các triệu chứng đã hết. Việc không tuân thủ đúng liệu trình điều trị sẽ tạo cơ hội cho vi khuẩn trở nên kháng thuốc mạnh mẽ. Hậu quả là bệnh sẽ nhanh chóng tái phát, dai dẳng và nặng nề hơn.

Thói quen của rất nhiều người khi bị bệnh nói chung và bị loét dạ dày tá tràng nói riêng là tự ý mua thuốc về điều trị hoặc mua thuốc theo đơn cũ nếu thấy có các triệu chứng tương tự. Tuy nhiên, có rất nhiều bệnh gây ra các triệu chứng giống với loét DDTT như trào ngược dạ dày thực quản hay ung thư dạ dày... Và có rất nhiều nguyên nhân gây loét DDTT như do nhiễm khuẩn, do lạm dụng thuốc giảm đau chống viêm nhóm NSAID... và việc điều trị cũng phải dựa trên nguyên nhân. Vì vậy nếu tự chẩn đoán và mua thuốc dùng sẽ dẫn đến sai phương hướng điều trị khiến bệnh ngày càng nặng lên. Phù hợp với thực tế trên, trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 20,8% NB cho rằng khi bị đau dạ dày trở lại nên uống thuốc theo đơn cũ và 30,6% cho rằng không cần phải dùng thuốc mà sẽ điều chỉnh chế độ ăn. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Chuyển và cs (2007) với tỷ lệ người tự mua thuốc cao chiếm 59,09%; số người dùng thuốc theo đơn chiếm tỷ lệ thấp 40,9% [13]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Đối tượng trong nghiên cứu của Lê Chuyển là người dân phường Thủy Dương - Hương Thủy - Thừa Thiên Huế bao gồm cả những đối tượng bị loét DDTT và cả những đối tượng chưa bị loét DDTT nên họ chưa có nhiều kiến thức về bệnh. Còn đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là những người bị loét DDTT nên ít nhiều họ cũng đã có sự tìm hiểu và kiến thức nhất định về bệnh. Trong nghiên cứu định tính của Moynul Hasan và cs năm 2015 trên 300 đối tượng về thói quen ăn uống, kiến thức đầy hơi, cách sử dụng thuốc trong tình trạng dạ dày đó cũng cho kết quả cao hơn với 90% đối tượng tự dùng thuốc trong điều trị và chỉ có 2-3% sử dụng thuốc đủ liều [35].

Một trong những nguyên nhân gây loét DDTT là lạm dụng thuốc NSAID. Đó là thuốc giảm đau chống viêm không steroid được sử dụng trong điều trị các

bệnh về xương khớp, các chứng đau, viêm cấp hoặc mạn tính. Tuy nhiên các NSAID đều có đặc tính chung là các dẫn chất acid có độ tan kém. Các dẫn chất này khi ở trong môi trường acid của dạ dày lại rất khó tan, sẽ kết tụ lại từng đám trong dạ dày, tinh thể acid trong dạ dày sẽ kích thích trực tiếp gây loét. Do đó bệnh nhân loét DDTT sử dụng NSAID có nguy cơ làm ổ loét lâu lành hoặc ổ loét sẽ bị tái đi tái lại nhiều lần hoặc xuất hiện ổ loét mới và thậm chí gây xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày [30]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23,6% NB luôn luôn sử dụng NSAID; chỉ có 9,7% không sử dụng. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Shahnooshi JF và Anita DS (2014) có 3 NB trong tổng số 178NB không bao giờ sử dụng NSAID [42]. Trong nghiên cứu của Dr. Rafi Abul Hasnath Siddique có tới 87,2% NB sử dụng NSAID [39]. Nghiên cứu của Musyoka K (2013) cho kết quả tỷ lệ người bệnh có thói quen sử dụng NSAID là 75,5% [36]. Nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh và cs năm 2011 cho thấy trong các yếu tố nguy cơ, chiếm tỷ lệ cao nhất là dùng NSAID với 57,79% [10]. Từ các chỉ số trên cho thấy tình hình sử dụng NSAID trong nhân dân rất là phổ biến. Do đó cần phải có những chương trình giáo dục để nhân dân thấy được tác hại của việc lạm dụng NSAID với cơ thể nói chung và với dạ dày nói riêng để họ thay đổi hành vi trên. Để NSAID phát huy tác dụng tối đa ngoài việc uống theo chỉ định của bác sỹ thì phải biết uống thuốc đúng cách. Với một số thuốc NSAID đã được bào chế đặc biệt bằng cách tạo màng bao tan ở ruột để ngăn không cho hoạt chất kích ứng dạ dày ví dụ như viên aspirin pH8 cần phải uống nguyên viên thuốc. Tuyệt đối không được nhai, bẻ cắt đôi viên thuốc vì nếu làm như thế sẽ phá vỡ cấu trúc vỏ thuốc, làm mất tác dụng bảo vệ dạ dày của thuốc. Đối với các NSAID có dạng bào chế là viên nén trần (tức là không có màng bao đặc biệt) phải uống thuốc vào bữa ăn hoặc sau khi ăn (lúc no) để giảm kích ứng dạ dày và phải uống với nhiều nước, ít nhất là 200ml. Đối với loại thuốc này, cần nhai nát viên thuốc hoặc cho viên thuốc vào một ly nước, chờ viên thuốc rã hết rồi uống, để giúp chúng chóng hòa tan và trôi nhanh xuống ruột. Trong mọi trường hợp khác cần lưu ý là uống thuốc nhóm NSAID với càng nhiều nước càng tốt. Lượng nước

uống kèm viên thuốc từ 200-250ml, tức là phải uống với một cốc nước to. Tuyệt đối không được uống rượu trong quá trình dùng thuốc vì các NSAID sử dụng cùng với rượu gây nguy cơ chảy máu dạ dày [49]. Trong nghiên cứu này có 27,8% NB cho rằng khi uống NSAID có dạng màng bao tan ở ruột nên nhai nát viên thuốc; 27,8% NB cho rằng nên uống thuốc NSAID dạng viên nén trần trước bữa ăn 15' và 29,2% NB cho rằng nên uống NSAID với một ngụm nước nhỏ.

4.3. Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh sau can thiệp

Chúng tôi phân loại nhận thức của người bệnh dựa trên nghiên cứu của Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al (2013) thành 4 mức: kém, trung bình, khá và tốt [38]. Kết quả trước can thiệp có 18,1% NB có nhận thức kém; 70,8% NB có nhận thức trung bình; 9,7% NB có nhận thức khá và 1,4% NB có nhận thức tốt. Sau khi đánh giá nhận thức của người bệnh về phòng tái phát bệnh loét DDTT, chúng tôi tiến hành giáo dục sức khỏe cho từng đối tượng những kiến thức mà họ còn thiếu, yếu và phát tờ rơi kèm theo. Trước khi NB ra viện 1 ngày, chúng tôi tiến hành đánh giá lại và kết quả thu được như sau: không có NB nào có nhận thức kém và trung bình; 19,4% NB có nhận thức khá và 80,6% NB có nhận thức tốt. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al (2013) tại Bangalore - Ấn Độ cho thấy tỉ lệ người có kiến thức về bệnh viêm dạ dày phân bố như sau: 34% có kiến thức kém (có số điểm <40% tổng số điểm), 60% có kiến thức trung bình (có số điểm từ 40-60% tổng số điểm), 6% có kiến thức khá (có số điểm từ 61-80% tổng số điểm) và không có đối tượng nào có kiến thức tốt (có số điểm từ 81-100% tổng số điểm).

Sự thay đổi nhận thức thể hiện ở tất cả các mặt. Đầu tiên là nhận thức cơ bản về bệnh có sự thay đổi tích cực trước và sau can thiệp.

4.3.1. Thay đổi nhận thức chung về bệnh sau can thiệp

Trước can thiệp điểm trung bình của NB là $2,87 \pm 1,34$ với giá trị nhỏ nhất là 0 và cao nhất là 6. Sau can thiệp điểm này tăng lên thành $5,04 \pm 0,82$, giá trị nhỏ nhất là 3 và giá trị cao nhất là 6. Sự thay đổi về giá trị trung bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trước can thiệp có 34,7% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây bệnh là do Hp và có tới 38,9% NB cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây bệnh là do ăn uống. Sau can thiệp đã có sự thay đổi đáng kể các con số này với 83,3% NB chọn nguyên nhân gây bệnh do Hp và 9,7% NB chọn nguyên nhân do ăn uống. Nhận thức sai lầm về nguyên nhân gây bệnh dẫn đến kết quả 29,2% NB cho rằng chỉ những người thích ăn chua, cay, nóng mới có nguy cơ bị loét dạ dày tá tràng và 11,1% NB cho rằng chỉ những người uống nhiều bia rượu mới có nguy cơ bị bệnh. Tuy nhiên, sau can thiệp đã có sự cải thiện đáng kể với 90,3 % trả lời đầy đủ về các yếu tố nguy cơ gây bệnh. Khi hỏi về triệu chứng của loét DDTT có 6,9% trả lời là gầy sút cân; 27,8% trả lời đau bụng vùng thượng vị; 20,8% trả lời rối loạn tiêu hóa và 44,5% trả lời cả 3 triệu chứng trên. Sau can thiệp có 80,6% NB trả lời chính xác các triệu chứng của bệnh.

4.3.2. Thay đổi nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh sau can thiệp

Nhận thức về chế độ ăn là một trong những mảng kiến thức quan trọng giúp người bệnh phòng bệnh tái phát có hiệu quả. Trước can thiệp điểm trung bình nhận thức về chế độ ăn của NB tương đối thấp là $5,91 \pm 1,49$, sau can thiệp điểm trung bình này tăng lên thành $8,90 \pm 1,08$. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Với mỗi nội dung đánh giá có sự thay đổi khác nhau. Cụ thể là: Có 40,3% NB lựa chọn chế độ ăn giàu chất xơ và tăng lên 87,5% sau can thiệp giáo dục. Số NB lựa chọn chế độ ăn hạn chế chất xơ chiếm tỷ lệ cao (41,6%) và giảm xuống 9,7% sau can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 17 NB luôn luôn sử dụng trái cây và tăng lên 63 NB sau can thiệp. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Shahnooshi Javad F & Anita Dadollahi Sarab trên 178 NB tại bệnh viện MVJ - Ấn Độ năm 2014 cho thấy có 11 NB luôn sử dụng trái cây và sau can thiệp con số này đã tăng lên 99 NB [42]. Có tới 20,8 % NB cho rằng NB loét dạ dày tá tràng nên ăn các loại rau già nhiều xơ và giảm xuống 4,2 % sau can thiệp giáo dục. Số NB lựa chọn rau lá non các loại chiếm tỷ lệ 73,6 % và tăng lên 95,8 % sau can thiệp. Có 22,2% NB cho rằng có thể sử dụng các gia vị trên theo nhu cầu và giảm xuống 9,7% sau can thiệp. Trong nghiên cứu này vẫn còn 9,7% NB lựa

chọn thịt quay, rán, nướng ; 5,6% NB lựa chọn xúc xích, dăm bông, lạp sườn. Sau can thiệp chỉ còn 4,2% NB lựa chọn thịt quay, rán, nướng và không còn ai lựa chọn xúc xích, dăm bông, lạp sườn. Có tới 30,5% cho rằng NB loét DDTT nên ăn thịt ướp muối và giảm xuống 9,7% sau can thiệp giáo dục. Trong nghiên cứu này có 8,3% NB cho rằng không nên sử dụng thức ăn giàu đạm; 37,5% NB cho rằng nên hạn chế sử dụng thức ăn giàu đạm và 18,1 % NB trả lời không nên sử dụng sữa. Sau can thiệp có 4,2% lựa chọn không sử dụng thức ăn giàu đạm; 15,3% lựa chọn chế độ ăn hạn chế chất đạm và 9,7% trả lời không nên sử dụng sữa. Trước can thiệp có 4,2% NB cho rằng nên vừa ăn vừa uống; 25% NB cho rằng nên ăn nhiều canh trong bữa cơm; 4,2% NB lựa chọn việc vừa ăn vừa xem phim đọc sách và 33,3% NB lựa chọn ăn trước khi đi ngủ. Sau can thiệp giáo dục sức khỏe còn 11,1% lựa chọn việc ăn nhiều canh trong bữa cơm; 8,3% lựa chọn ăn trước khi đi ngủ và không còn ai lựa chọn việc vừa ăn vừa uống và vừa ăn vừa xem phim, đọc sách. Khi hỏi về nhiệt độ thích hợp nhất để tiêu hóa và hấp thu thức ăn, có 25% NB lựa chọn nhiệt độ từ 20 - 30°C, 6,9% lựa chọn nhiệt độ từ 10 - 20°C và 9,7% lựa chọn nhiệt độ 50 - 60°C. Sau khi được can thiệp giáo dục sức khỏe chỉ còn 15,3% lựa chọn nhiệt độ từ 20 - 30 °C và 1,4% lựa chọn nhiệt độ từ 10 - 20°C.

4.3.3. Thay đổi nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh sau can thiệp.

Bên cạnh việc thay đổi chế độ ăn thì việc thay đổi lối sống cũng rất cần thiết với NB loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thức của NB về lối sống phòng tái phát bệnh vẫn chưa cao với điểm trung bình trước can thiệp là $5,11 \pm 1,57$ và tăng lên thành $7,23 \pm 0,70$ sau can thiệp. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 37,5% đối tượng cho rằng NB loét DDTT vẫn có thể sử dụng cà phê; 43,1% cho rằng có thể hút thuốc lá; 47,2% cho rằng có thể hoạt động trí não trong khoảng thời gian 30' sau bữa ăn; 40,3% cho rằng tinh thần căng thẳng không làm tăng sản sinh acid dạ dày; 19,4% cho rằng việc đảm bảo vệ sinh ăn uống không giúp phòng bệnh tái phát. Sau can thiệp giáo

dục đã có sự thay đổi đáng kể các chỉ số trên lần lượt là 8,3%; 11,1%; 18,1%; 6,9% và 2,8%.

Theo nghiên cứu của Shahnooshi JF và Anita DS (2014) trước can thiệp giáo dục chỉ có 10,55% NB không sử dụng thuốc lá; 17,22% không sử dụng rượu bia; 9,44% thường xuyên uống trên 3 cốc cà phê trong một ngày và 49,44% thường xuyên uống trên 3 cốc sữa trong một ngày. Sau can thiệp, số người bệnh không sử dụng thuốc lá tăng lên 21,11%; không uống bia rượu là 26,11%; thường xuyên uống trên 3 cốc cà phê trong một ngày giảm xuống 9,44% và thường xuyên uống trên 3 cốc sữa trong một ngày giảm còn 17,22% [42]. Sở dĩ có sự khác biệt này là do thời điểm đánh giá lại khác nhau. Nếu như nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá lần 2 trong thời gian nằm viện thì nghiên cứu của Shahnooshi JF và Anita DS tiến hành đánh giá lại sau can thiệp giáo dục sức khỏe 7 tháng. Thời gian đánh giá lại cách xa thời điểm giáo dục sức khỏe nên bệnh nhân cũng quên nhiều hơn những nội dung đã được giáo dục.

4.3.4. Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh.

Một trong những nguyên nhân khiến loét dạ dày tá tràng tái phát là không tuân thủ chế độ dùng thuốc diệt Hp và lạm dụng thuốc giảm đau kháng viêm không steroid. Kiến thức của NB về sử dụng thuốc trong nghiên cứu này từ $2,63 \pm 1,10$ tăng lên thành $6,04 \pm 0,86$ sau can thiệp. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26,4% NB lựa chọn việc tiếp tục dùng thuốc theo đơn sau khi ra viện và tăng lên 83,3% sau can thiệp giáo dục. Có tới 20,8% NB cho rằng nên thôi thuốc; 50% NB cho rằng nên dùng giảm liều khi các triệu chứng đã hết. Sau can thiệp có sự thay đổi đáng kể các con số trên. Cụ thể còn 5,6% NB lựa chọn việc thôi thuốc và 11,1% NB lựa chọn dùng thuốc giảm liều. Có 20,8% NB cho rằng khi bị đau dạ dày trở lại nên uống thuốc theo đơn cũ và 30,6% cho rằng không cần phải dùng thuốc mà sẽ điều chỉnh chế độ ăn. Sau can thiệp chỉ còn 4,2% lựa chọn việc uống thuốc theo đơn cũ và 8,3% lựa chọn việc thay đổi chế độ ăn thay cho việc dùng thuốc trong điều trị bệnh. Có 9,7% NB

không sử dụng NSAID và tăng lên 16,7% sau can thiệp. Kết quả này khác với nghiên cứu của Shahnooshi JF và Anita DS (2014): Sau can thiệp giáo dục, có sự thay đổi đáng kể trong việc sử dụng NSAID đặc biệt ở nhóm tuổi thanh niên (không bao giờ sử dụng NSAID tăng từ 3 lên 30 người bệnh) [42]. Trong nghiên cứu này có 27,8% NB cho rằng khi uống NSAID có dạng màng bao tan ở ruột nên nhai nát viên thuốc; 27,8% NB cho rằng nên uống thuốc NSAID dạng viên nén trần trước bữa ăn 15' và 29,2% NB cho rằng nên uống NSAID với một ngụm nước nhỏ. Sau can thiệp các chỉ số này lần lượt là 6,9%; 18,1% và 5,6%. Như vậy đã có sự thay đổi đáng kể trong nhận thức của người bệnh về sử dụng thuốc NSAID đúng cách.

Nhìn chung, nhận thức của NB sau can thiệp đã tăng lên ở tất cả các khía cạnh. Điều đó chứng tỏ can thiệp giáo dục sức khỏe đã có hiệu quả bước đầu và qua đó thấy được sự cần thiết của tư vấn, GDSK cho NB trong thời gian họ nằm viện. Thật vậy, theo Thông tư số 07/2011/TT-BYT về “*Hướng dẫn công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện*” thì một trong những nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc của Điều dưỡng là tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian người bệnh nằm viện và sau khi ra viện. Nội dung chăm sóc NB được Thông tư 07/2011/TT-BYT quy định dựa trên cơ sở tham khảo một số lý thuyết điều dưỡng thịnh hành, trong đó có lý thuyết Tự chăm sóc của Dorothea Orem. Theo lý thuyết này, người điều dưỡng cần đưa ra những hành động chăm sóc để thỏa mãn nhu cầu chăm sóc của người bệnh và những hành động chăm sóc này phụ thuộc vào nhu cầu của mỗi người. Mặt khác, người điều dưỡng cần nhận định mức độ hạn chế tự chăm sóc của người bệnh để phát hiện nhu cầu chăm sóc của họ mà đáp ứng. Nhân viên y tế cần hiểu các thành phần tạo nên sự chăm sóc y tế bao gồm: Con người là đối tượng chăm sóc, bao gồm cả thể chất, tinh thần, niềm tin, yếu tố xã hội và kiến thức y học của mỗi cá nhân, gia đình hoặc cộng đồng. Môi trường tác động lên con người bao gồm cả yếu tố bên trong của mỗi người và yếu tố bên ngoài tác động nên tình trạng sức khỏe của mỗi người. Sức khỏe: là tình trạng khỏe mạnh hoặc ốm đau mà mỗi con người trải qua.

Chăm sóc điều dưỡng là những hành động, những đặc tính và thái độ của người chăm sóc. Khi chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần nhận định người bệnh và phân cấp chăm sóc, mỗi người bệnh thuộc 1 trong 3 cấp độ sau: Phụ thuộc hoàn toàn: Điều dưỡng phải thực hiện các hoạt động chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn bộ cho người bệnh. Phụ thuộc một phần: Điều dưỡng thực hiện các hoạt động điều trị là chính, hỗ trợ những hoạt động chăm sóc mà người bệnh không tự chăm sóc được. Tự chăm sóc: Người bệnh tự chăm sóc nhưng vẫn cần sự hỗ trợ trong điều trị, chăm sóc khi cần và họ cần được hướng dẫn, giáo dục sức khỏe để tự chăm sóc và phòng ngừa biến chứng, phòng ngừa mắc bệnh khác [8].

Do sự hạn chế về nhân lực và thời gian trong khuôn khổ đề tài luận văn nên chúng tôi chỉ tiến hành GDSK được một lần nên hiệu quả chưa cao. Tuy nhiên can thiệp của chúng tôi cũng mang lại thành quả nhất định trong việc nâng cao nhận thức về phòng bệnh tái phát cho NB loét dạ dày tá tràng và cũng tạo tiền đề để các nghiên cứu sau tiến hành can thiệp GDSK với quy mô lớn hơn nhằm đem lại hiệu quả cao hơn.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu.

- Thời gian nằm viện của người bệnh loét dạ dày tá tràng là khác nhau đối với mỗi người bệnh, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 10 ngày. Mà thời điểm để đánh giá lại nhận thức của ĐTNC là 1 ngày trước khi người bệnh ra viện. Do đó sẽ có sự khác nhau giữa những người bệnh nằm viện dài ngày so với những người bệnh nằm viện ngắn ngày hơn.

- Tâm lý người bệnh: Người bệnh trong nghiên cứu này bao gồm nhiều độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và nơi sinh sống khác nhau, một số đối tượng có thể có tâm lý ngại tham gia. Do đó, nhóm nghiên cứu sẽ mất nhiều thời gian trong việc giải thích mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu để người bệnh hiểu và tự nguyện hợp tác trong quá trình can thiệp và đánh giá.

- Do hạn chế về thời gian thực hiện một luận văn thạc sỹ, nghiên cứu chưa đánh giá được mức độ duy trì nhận thức lâu dài can thiệp, nghiên cứu của luận văn chưa thể đánh giá được tính bền vững của can thiệp.

- Nghiên cứu về thay đổi nhận thức trong phòng tái phát của người bệnh loét dạ dày tá tràng chưa được tiến hành tại Việt Nam. Các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào khảo sát thực trạng, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng hoặc nghiên cứu tác dụng của một chế phẩm nào đó trong điều trị loét dạ dày tá tràng do nhiễm *Helicobacter pylori*. Do đó nghiên cứu sẽ gặp khó khăn trong việc so sánh với các kết quả trước đó.

Thư viện số NDUN

Chương 5

KẾT LUẬN

Từ kết quả thu được chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

5.1. Thực trạng nhận thức phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017 trước can thiệp

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng về nhận thức phòng tái phát bệnh của NB loét dạ dày tá tràng còn thấp với 70,8% NB có kiến thức trung bình.

- Nhận thức cơ bản về bệnh: 34,7% nhận thức đúng về nguyên nhân chủ yếu gây bệnh và 30,6% trả lời đúng về biến chứng hay gặp nhất của người bệnh
- Nhận thức về chế độ ăn uống phòng tái phát bệnh: 40,3% NB lựa chọn chế độ ăn giàu chất xơ và 30,5% cho rằng nên ăn thịt ướp muối.
- Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh: 37,5% NB cho rằng chỉ có rượu bia, chè đặc mới gây hại cho dạ dày còn cà phê không gây hại cho dạ dày; 43,1% cho rằng NB có thể hút thuốc lá.
- Nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh: 50% NB cho rằng nên dùng giảm liều khi các triệu chứng đã hết. Đa số NB đã sử dụng NSAID và chưa biết cách sử dụng một số loại NSAID đặc biệt.

5.2. Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017 sau can thiệp

Sau can thiệp có sự cải thiện rõ rệt trong nhận thức về phòng tái phát bệnh của NB loét DDTT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ với số NB có kiến thức tốt tăng lên 80,6%.

- Thay đổi nhận thức cơ bản về bệnh tăng từ $2,87 \pm 1,34$ trước can thiệp lên thành $5,04 \pm 0,82$ sau can thiệp ($p < 0,01$).
- Thay đổi nhận thức về chế độ ăn uống phòng tái phát bệnh: điểm trung bình trước can thiệp là $5,91 \pm 1,49$ và tăng lên $8,90 \pm 1,08$ sau can thiệp.
- Thay đổi nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và điểm trung bình tăng từ $5,11 \pm 1,57$ lên $7,23 \pm 0,70$ sau can thiệp.
- Thay đổi nhận thức về sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và điểm trung bình tăng từ $2,63 \pm 1,10$ lên $6,04 \pm 0,86$.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả của nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau:

1. Nghiên cứu bước đầu cho thấy kết quả tích cực trong việc cải thiện nhận thức của người bệnh, đây cũng là một trong các nhiệm vụ của người điều dưỡng và cần duy trì.

2. Mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn để đánh giá hiệu quả can thiệp, có những điều chỉnh hợp lý, từ đó nhân rộng và thực hiện thường quy.

Thư viện số NDUN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Ngọc Ánh (2016). Loét hành tá tràng do stress: tiếp cận và phòng ngừa. *Hội nghị tim mạch toàn quốc 2016*.
2. Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn phòng tái phát bệnh loét dạ dày tá tràng, <<http://moh.gov.vn/news/pages/tinyhoccotruyen.aspx?ItemID=38>>, truy cập ngày 10/9/2016.
3. Ngô Quý Châu (2012). *Bệnh học nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 24 - 29.
4. Ngô Quý Châu và Nguyễn Quốc Anh (2012). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 483 - 486.
5. Lê Chuyển và cs (2007). Nghiên cứu tình hình viêm loét dạ dày tá tràng và thuốc điều trị trong nhân dân Thủy Dương – Hương Thủy – Thừa Thiên Huế. *Thư viện y khoa*, 10-11
6. Chử thập đồ (2015). Thói quen tai hại mà mọi người thường mắc khi ngồi ăn cơm, <<http://chuthapdo.org.vn/thoi-quen-tai-hai-ma-moi-nguoi-thuong-mac-khi-ngoi-an-com-10023.html>>, truy cập ngày 10/5/2017.
7. Cục an toàn thực phẩm (2016). Phòng tránh đau dạ dày qua chế độ ăn hợp lý, <<http://www.vfa.gov.vn/thuc-pham-va-suc-khoe/phong-tranh-dau-da-day-qua-che-do-an-hop-ly.html>>, truy cập ngày 9/9/2016.
8. Đỗ Văn Dung và Chu Thị Trà Giang (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nội soi của người bệnh viêm, loét dạ dày trên 60 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. *Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình*, 7-9.
9. Phan Thị Đường (2012). *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng tại khoa nội, Bệnh viện đa khoa huyện Võ Nhai tỉnh Thái Nguyên năm 2012*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học dược Hà Nội.
10. Phạm Thị Hạnh và cs (2011). Khảo sát dịch tễ học, lâm sàng, tỉ lệ nhiễm Helicobacter pylori và hình ảnh nội soi bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa Hòa Thành, Tây Ninh năm 2011. *Tạp chí y học thực hành*, 9, 48-53.

11. Lê Minh Hồng (2013). *Khảo sát sự hiểu biết về chế độ ăn của người bệnh loét dạ dày tá tràng tại khoa nội bệnh viện 199*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học dân lập Duy Tân.
12. Vũ Đức Nam (2014). *Xác định người bệnh tái nhiễm và tái phát Helicobacter pylori sau quá trình điều trị*, Luận văn thạc sĩ khoa học, Viện sinh thái và tài nguyên sinh vật.
13. Vĩnh Khánh, Phạm Ngọc Doanh, Đặng Ngọc Quý Huệ và cs (2011). Nghiên cứu hiệu quả điều trị của phác đồ Ractm ở người bệnh loét dạ dày có Helicobacter pylori. *Tạp chí Y học thực hành*, 306, 25-28.
14. Lương Ngọc Khuê và Phạm Đức Mục (2014). *Tài liệu đào tạo liên tục chăm sóc người bệnh toàn diện*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 5 - 6.
15. Sở Y tế Tiền Giang (2015). Loét dạ dày tá tràng, <<http://soytetiengiang.gov.vn/SYT/41/659/1093/87614/Thong-tin-can-biet/Loet-da-day---ta-trang.aspx>>, truy cập ngày 10/9/2016.
16. Trung tâm dinh dưỡng (2016). Dinh dưỡng trong bệnh loét dạ dày tá tràng, <<http://ttdinhduong.org/tailieudinhduong/bshuong.doc>>, truy cập ngày 10/9/2016.
17. Nguyễn Xuân Trường (2009). *Giải phẫu và sinh lý người*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 172 - 182.
18. Đỗ Đình Xuân và Lê Gia Vinh (2009). *Giải phẫu sinh lý*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 245 - 258.
19. Viện dinh dưỡng (2015). Giá trị của rau và hoa quả trong bữa ăn gia đình, <<http://viendinhduong.vn/news/vi/726/12/gia-tri-cua-rau-va-hoa-qua-trong-bua-an-gia-dinh.aspx>>, truy cập ngày 9/5/2017.
20. Viện y học ứng dụng (2016). Bí quyết giúp tránh tái phát viêm loét dạ dày, <<http://vienyhocungdung.vn/song-khoe/bi-quyet-giup-tranh-tai-phat-viem-loet-da-day-20160701083411223.htm>>, truy cập ngày 10/9/2016.

TIẾNG ANH

21. Abidullah&et al (2012). Pharmacotherapeutical study of peptic ulcer disease, *Impact Journal*, Vol. 1, Issue 3.

22. Arthritis (2014). Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, <https://www.arthritisact.org.au/fact-sheets/vi/VI_NSAID.pdf>, truy cập ngày 8/5/2017.
23. Bertleff MJ, Lange JF (2010). Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg*,27,161–169.
24. Byron C & Kenneth W (2014). Gastrointestinal ulcers, role of aspirin, and clinical outcomes: pathobiology, diagnosis, and treatment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 137-146.
25. Charpignon C, Lesgourgues B, Pariente A & et al (2013). Peptic ulcer disease: one in five is related to neither *Helicobacter pylori* nor aspirin/NSAID intake. *Ailment Pharmacol Ther*, 38(8), 946-954.
26. Consensus Action on Salt & Health (2012). Why eat less salt, <<http://www.actiononsalt.org.uk/less/Health/>>, truy cập ngày 8/5/2017.
27. Fu-Wei W, Ming ST, Guang M & et al (2011). Prevalence and risk factors of asymptomatic peptic ulcer disease in Taiwan, *World J Gastroenterology*, 17(1199), 1199– 1203.
28. Gregory Lockrey and Lucy Lim (2011). Peptic ulcer disease in older people, *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 41, 213-222.
29. Kang JM, Seo PJ, Kim N & et al (2012). Analysis of direct medical care costs of peptic ulcer disease in a Korean tertiary medical center. *Scand J Gastroenterol*, 47, 36–42.
30. Kenneth T, Jon A, Jan T & et al (2013). Epidemiology of perforated peptic ulcer: Age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. *World J Gastroenterology*, 19(347), 347–354.
31. Kim JJ, Kim N, Lee BH, et al (2010). Risk factors for development and recurrence of peptic ulcer disease. *Korean J Gastroenterol*,56, 220–228.
32. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM (2009). Guidelines for prevention of NSAID related ulcer complications. *Am J Gastroenterol*, 104(3), 638-728.
33. Lau JY, Sung J, Hill C & et al (2011). Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, 84, 102–113.

34. Maria Polocka M, Anna Molinska K, Bartosz C & et al (2016). Education of patients suffering from chronic gastric and duodenal ulcer disease. *Praca Oryginalna*, 48, 231 - 237.
35. Medeiros J.A (2011). Evaluation of Helicobacter pylori eradication by triple therapy plus Lactobacillus acidophilus compared to triple therapy alone. *European journal of clinical microbial infectious diseases*, 30(4), 555 – 559.
36. Milosavljevic T, Kostić-Milosavljević M, Jovanović I, Krstić M (2011). Complications of peptic ulcer disease. *Dig Dis*, 29, 491 - 493.
37. Moynul H, Jannatul F, Mahmudul I (2015). Flatulence awareness among the masses and its affinity with daily foods along with anti-ulcerant drugs in Bangladesh, *Asian Pac J Trop Dis*, 6(5), 380-384.
38. Musyoka K (2013). *Factors associated with Peptic ulcers among adult patients attending St. Michael digestive diseases and medical care in Nairobi county*, Bachelor of Science in food, nutrition and dietetics thesis, University of Nairobi.
39. Naveen N & Avijeet M (2014). A Clinical Study of Peptic Ulcer Disease and its Complications in Rural Population. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 2(4E), 1484-1490.
40. Padmavathi GV, Nagaraju B, Shampalatha SP & et al (2013). Knowledge and Factors Influencing on Gastritis among Distant Mode Learners of Various Universities at Selected Study Centers Around Bangalore City With a View of Providing a Pamphlet. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 1(2), 101-110.
41. Rafi S (2013). Prevalence of Peptic Ulcer Disease among the Patients with Abdominal Pain Attending the Department Of Medicine in Dhaka Medical College Hospital, Bangladesh. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 13(9), 05-20.
42. Santa M (2014). Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig*, 27(4), 298–302.
43. Seo JH & et al (2016). Long-Term Recurrence Rates of Peptic Ulcers without Helicobacter pylori. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 12, 10-15.

44. Shahnooshi JF & Anita DS (2014). Effectiveness of life style education in peptic ulcer patient. *World journal of pharmaceutical research*, 2, 2880-2887.
45. Sherlin Sheela.D (2008). *A study to assess the effectiveness of structured teaching programme on risk factors and prevention of peptic ulcer among middle age population in selected rural areas at Kolar district*, Synopsis proforma for registration of subject for dissertation, Rajivgandhi University of health sciences Bangalore.
46. Shim YK and Kim N (2016). Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug and Aspirin – induced peptic ulcer disease. *The Korean Journal of Gastroenterology*, 67(6), 300-312.
47. Song HJ, Kwon JW, Kim N, Park YS (2013). Cost effectiveness associated with Helicobacter pylori screening and eradication in patients taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs and/or aspirin. *Gut Liver*,7, 182–189.
48. Thorsen K, Glomsaker TB, Von MA (2011). Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg*, 15, 1329–1335.
49. Yoon H, Kim SG, Jung HC & et al (2013). High Recurrence Rate of Idiopathic Peptic Ulcers in Long-Term Follow-up. *Gut Liver*,7, 175–181.
50. Zelickson MS, Bronder CM, Jonhson BL & et al (2011). Helicobacter pylori is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. *Am Surg*,77, 1054–1060.

Phụ lục 1: Bộ câu hỏi phỏng vấn

Đánh giá lần thứ:

Ngày đánh giá:

Để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh loét dạ dày - tá tràng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017*”. Rất mong ông/bà trả lời chính xác các câu hỏi sau đây:

THÔNG TIN CHUNG

STT	Câu hỏi	Trả lời	Mã số
1	Họ và tên	
2	Năm sinh	
3	Giới tính	Nam Nữ	1 2
4	Nơi ở hiện tại của ông/bà	Thành thị Nông thôn	1 2
5	Trình độ học vấn	Tiểu học Trung học cơ sở Phổ thông cơ sở Trung cấp, cao đẳng, đại học	1 2 3 4
6	Nghề nghiệp chính của ông/bà hiện nay	Viên chức Công nhân Nông dân Khác:	1 2 3 4
7	Thời gian mắc bệnh	< 1 năm 1 - 5 năm > 5 năm	1 2 3
8	Số lần tái phát bệnh	0 1 ≥ 2	1 2 3

Phần 1: Nhận thức chung về loét dạ dày tá tràng

C101: Theo ông/bà nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng là

- A. Do vi khuẩn *Helicobacter pylori*
- B. Do stress
- C. Do ăn uống
- D. Do di truyền

C102: Theo ông/bà nhóm người nào sau đây có nguy cơ bị loét dạ dày tá tràng?

- A. Những người làm việc căng thẳng
- B. Những người uống nhiều bia, rượu
- C. Những người thích ăn chua, cay, nóng
- D. Cả 3 ý trên

C103: Theo ông/bà, triệu chứng của loét dạ dày tá tràng là

- A. Gây sút cân
- B. Đau bụng vùng thượng vị
- C. Rối loạn tiêu hóa
- D. Cả 3 ý trên

C104: Theo ông bà, biến chứng hay gặp nhất của loét dạ dày tá tràng là

- A. Thủng ổ loét
- B. Chảy máu tiêu hóa
- C. Ung thư hóa
- D. Hẹp môn vị

C105: Theo ông/bà yếu tố nào sau đây không thuộc nhóm yếu tố gây loét

- A. Acid HCl, pepsin.
- B. Các yếu tố bên ngoài: Thuốc, rượu, HP...
- C. Các yếu tố bên trong: dịch mật
- D. Lớp chất nhầy.

C106: Theo ông/bà, người bệnh LDDTT có vai trò như thế nào trong phòng bệnh tái phát?

- A. Rất quan trọng
- B. Quan trọng
- C. Ít quan trọng
- D. Không quan trọng

Phần 2: Nhận thức về chế độ ăn phòng tái phát bệnh

C201: Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên có chế độ ăn như thế nào?

- A. Giàu chất xơ
- B. Hạn chế chất xơ
- C. Không ăn chất xơ
- D. Không biết

C202: Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên ăn rau gì?

- A. Măng khô
- B. Rau lá non các loại
- C. Các loại rau già nhiều xơ
- D. Không ăn rau

C203: Theo ông/bà người bệnh nên sử dụng trái cây với tần suất như thế nào?

- A. Luôn luôn
- B. thỉnh thoảng
- C. Hiếm khi
- D. Không bao giờ

C204: NB nên sử dụng các 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 năng lượng
- D. Sử dụng nhiều

C205: Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên sử dụng các loại thịt gì?

- A. Thịt quay, rán, nướng
- B. Thịt ướp muối.
- C. Xúc xích, dăm bông, lạp sườn.
- D. Xương băm nhỏ, sụn...
- E. Thịt, cá nạc được chế biến bằng cách luộc, hấp.

C206: Người bệnh nên sử dụng sữa như thế nào?

- A. Sử dụng thường xuyên
- B. Hạn chế sử dụng
- C. Không sử dụng
- D. Không biết

C207: Người bệnh loét dạ dày tá tràng không nên ăn cơm nếp, bánh chưng vì những thực phẩm này khó tiêu

- A. Đúng
- B. Sai

C208: NB nên sử dụng các gia vị chua, cay, nóng (chanh, ớt, gừng...) như thế nào?

- A. Sử dụng thường xuyên
- B. Sử dụng theo nhu cầu
- C. Hạn chế sử dụng
- D. Không biết

C209: Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên có thói quen

- A. Uống 1 cốc nước trước bữa ăn 30' B. Ăn nhiều canh trong bữa cơm
C. Uống nhiều nước sau khi ăn xong D. Vừa ăn vừa uống

C210: Nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa và hấp thu là bao nhiêu?

- A. 10⁰C - 20⁰C C. 40⁰C - 50⁰C
B. 20⁰C - 30⁰C D. 50⁰C - 60⁰C

C211: Theo ông/bà nồng độ thức ăn có ảnh hưởng đến kích thích dạ dày hay không?

- A. Có B. Không

C212: Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên ăn như thế nào?

- A. Ăn ít một và chia nhiều bữa nhỏ C. Ăn nhiều, ăn nhanh
B. Vừa ăn vừa xem phim, đọc sách D. Ăn trước khi đi ngủ

Phần 3: Nhận thức về lối sống phòng tái phát bệnh

Ông/bà hãy cho biết những câu sau đây là đúng hay sai

Câu	Nội dung	Đúng	Sai
		1	2
C301	Chỉ có rượu, bia và chè đặc mới gây hại cho dạ dày còn cà phê không gây hại cho dạ dày.		
C302	Người bệnh loét dạ dày tá tràng có thể hút thuốc lá.		
C303	Người bệnh loét dạ dày tá tràng có thể hoạt động trí óc trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn.		
C304	Người bệnh loét dạ dày tá tràng nên hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn để tiêu hóa thức ăn.		
C305	Tinh thần căng thẳng, stress làm tăng sản sinh acid dạ dày khiến loét dạ dày tá tràng tái phát.		
C306	Người bệnh nên ăn trước khi đi ngủ để dạ dày không bị rỗng.		
C307	Để phòng bệnh tái phát, người bệnh cần chú ý giữ ấm vùng bụng.		
C308	Việc đảm bảo ăn uống vệ sinh, rửa tay sạch trước khi ăn, ăn chín uống sôi giúp phòng tránh bệnh tái phát.		

Phần 4: Nhận thức về cách sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh

C401: Theo ông/bà, khi người bệnh đang trong quá trình điều trị nhưng các triệu chứng đã hết thì người bệnh nên làm gì?

- A. Thôi thuốc
- B. Tiếp tục dùng thuốc theo đơn
- C. Dùng giảm liều
- D. Không biết

C402: Theo ông/bà khi bị đau dạ dày trở lại người bệnh nên làm gì?

- A. Đi khám lại
- B. Không cần dùng thuốc mà sẽ điều chỉnh chế độ ăn uống
- C. Uống thuốc bắc
- D. Uống thuốc theo đơn cũ

C403: Khi phải dùng thuốc để điều trị một bệnh nào đó không liên quan đến dạ dày, NB có cần phải thông báo cho cán bộ y tế biết mình đã bị LDDTT hay không?

- A. Rất cần thiết
- B. Cần thiết
- C. Ít cần thiết
- D. Không cần thiết

C404: Ông/bà nên sử dụng thuốc giảm đau không steroid (NSAID) như aspirin, diclofenac, ibuprofen, piroxicam.... với tần suất như thế nào?

- A. Luôn luôn
- B. thỉnh thoảng
- C. Hiếm khi
- D. Không sử dụng

C405: Theo ông/bà khi sử dụng một số thuốc NSAID có màng bao tan như viên aspirin pH8, người bệnh cần phải uống như thế nào?

- A. Nhai nát viên thuốc
- B. Cho viên thuốc vào một ly nước, chờ viên thuốc rã hết rồi uống.
- C. Bẻ đôi viên thuốc
- D. Uống nguyên viên thuốc

C406: Theo ông/bà khi sử dụng một số thuốc NSAID có dạng bào chế là viên nén trần, người bệnh cần phải uống như thế nào?

- A. Uống thuốc vào bữa ăn hoặc sau khi ăn
- B. Uống thuốc trước bữa ăn 15 phút
- C. Uống thuốc khi đói
- D. Không biết

C407: Theo ông/bà khi dùng thuốc nhóm NSAID, người bệnh nên uống với bao nhiêu nước?

- A. Uống thuốc với một ngụm nước nhỏ.
- B. Uống thuốc với khoảng 200-250ml nước
- C. Uống thuốc với càng ít nước càng tốt.
- D. Không biết

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của ông/bà!

Thư viện số NDUN

Phụ lục 2: Nội dung giáo dục sức khỏe

Tên đề tài: Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.

1. Nhận thức chung về bệnh [1]

• Nguyên nhân gây bệnh

Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng nhưng thực tế lâm sàng cho thấy 3 nguyên nhân chính:

- Loét do *Helicobacter pylori*: là nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng. 90% trường hợp loét dạ dày và 95% trường hợp loét tá tràng có sự hiện diện của HP.
- Các thuốc kháng viêm giảm đau NSAID và aspirin: hiện là một trong những nhóm thuốc dùng hết sức phổ biến. Người bệnh sử dụng các thuốc này có thể bị loét cấp tính và thường là nhiều ổ.
- Loét do stress: thường gặp ở người bệnh nằm cấp cứu như: bỏng, thở máy, viêm tụy cấp, suy gan... Những người bệnh này có tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa dao động từ 10 - 20% và những biến chứng này làm tăng thêm bệnh chính và làm tăng thêm tỷ lệ tử vong.

• Cơ chế bệnh sinh

Dạ dày luôn chịu tác động của 2 nhóm yếu tố:

- Nhóm yếu tố gây loét:
 - + Acid HCl, pepsin.
 - + Các yếu tố bên ngoài: Thuốc, rượu, HP...
 - + Các yếu tố bên trong: dịch mật, lysolecithin.
- Nhóm yếu tố bảo vệ tế bào:
 - + Lớp chất nhầy và bicacbonat bao phủ trên bề mặt niêm mạc dạ dày còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ nhất.
 - + Lớp tế bào biểu mô bề mặt còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ hai.
 - + Dòng máu tưới cho lớp niêm mạc của dạ dày tá tràng còn được gọi là hàng rào bảo vệ thứ ba.

Trong trường hợp các yếu tố gây loét tăng lên hoặc các yếu tố bảo vệ yếu đi, hậu quả là lớp tế bào biểu mô bị tổn thương. Nếu quá trình phục hồi và tạo tế bào biểu mô không đủ để làm lành thì tổn thương cấp tính sẽ được hình thành và tiếp theo là sự xuất hiện của các ổ loét.

- **Triệu chứng lâm sàng**

Thường có 2 thể:

Thể điển hình

- Đau bụng chủ yếu ở vùng thượng vị là triệu chứng gần như hằng định của bệnh này. Đau có thể từ mức độ khó chịu, âm ỉ đến dữ dội. Tùy thuộc vào vị trí ổ loét mà tính chất đau có ít nhiều khác biệt:
- + Loét hành tá tràng: thường xuất hiện lúc đói hoặc sau bữa ăn 2 – 3 giờ, đau trội lên về đêm, ăn vào hoặc sử dụng các thuốc trung hòa acid thì đỡ đau nhanh.
- + Loét dạ dày: tùy vị trí ổ loét mà vị trí và hướng lan của tính chất đau có thể khác nhau. Thường đau sau ăn trong khoảng vài chục phút đến vài giờ. Đáp ứng với bữa ăn và các thuốc trung hòa acid cũng kém hơn loét hành tá tràng.
- Đau âm ỉ, kéo dài hoặc thành cơn nhưng có tính chất chu kỳ trong ngày và trong năm thường đau vào mùa hoặc tháng nhất định, thí dụ: thường đau vào mùa rét hoặc nóng. Đau kéo dài trong vòng 1 – 3 tuần rồi tự nhiên hết đa
- 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: có thể nôn hoặc buồn nôn, cảm giác nóng rát, đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau, gầy sút cân, đại tiện phân táo hoặc lỏng, 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...

- **Biến chứng**

- ***Chảy máu tiêu hóa*** (hay gập nhất): người bệnh nôn ra máu và/hoặc ỉa phân đen, tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.

- **Thủng ổ loét:** người bệnh đột nhiên đau bụng dữ dội thượng vị, đau như dao đâm, khám thấy bụng cứng như gỗ, về sau các biểu hiện sốc xuất hiện.
- **Ung thư hóa** (chỉ gặp ở loét dạ dày đơn thuần): người bệnh đau nhiều, không có tính chất chu kì, kèm theo có nôn, thể trạng gầy sút nhiều.
- **Hẹp môn vị:** người bệnh ăn không tiêu, buồn nôn rồi nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày ăn trước có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men, khám bụng có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng óc ách lúc đói.

2. Chế độ ăn phòng tái phát bệnh loét dạ dày tá tràng

- Nguyên tắc thực hiện chế độ ăn:

- + Nấu chín, ninh nhừ thức ăn, không nên dùng thực phẩm ăn sống.
- + Nhai kỹ, ăn chậm.
- + Không ăn quá no một lúc mà chia thành nhiều bữa (4-5 bữa), ăn nhiều bữa để thường xuyên có tác dụng trung hòa acid, mỗi bữa nên ăn nhẹ để khỏi gây căng dạ dày vì căng dạ dày dễ kích thích tiết nhiều acid.
- + Không nên ăn quá nhiều canh dùng với bữa cơm.
- + Ăn xong không nên lao động nặng, chạy nhảy ngay.
- + Không vừa ăn vừa uống, tốt nhất hãy uống 1 cốc nước trước bữa ăn 30 phút và sau khi ăn chỉ nên uống thêm một vài ngụm nước nhỏ.

- Những thức ăn nên dùng:

- + Sữa, trứng có tác dụng đệm trung hòa acid trong dạ dày: Sữa bò, sữa hộp, bơ, pho mát.
- + Thực phẩm giàu đạm (thịt, cá nạc nên chế biến luộc, hấp, om thì dễ hấp thu).
- + Rau củ dùng rau non luộc hoặc nấu dạng súp, các loại rau củ phải ăn chín.
- + Thực phẩm ít mùi vị như tinh bột (cơm nát, cơm nếp nát, bánh mì, các loại khoai củ, cháo).
- + Dầu ăn sống có tác dụng làm giảm bài tiết dịch vị (với số lượng ít).
- + Các thức ăn có tác dụng bọc, hút, thấm niêm mạc như cơm nếp, bánh chưng, bánh mì, bánh quy, bánh xốp...

- Những thực phẩm không nên dùng

- + Tránh các loại thức ăn gây cọ xát làm tổn thương niêm mạc: rau già nhiều xơ (mướp, rau bí đỏ, đậu quả, rau muống, bắp cải, măng khô...)
 - + Kiêng ăn quá nhiều gia vị chua, cay, nóng như giấm, chanh, ớt, tiêu, gừng, riềng; các loại thịt quay, thịt muối, nước luộc thịt, các món sốt, xào có nhiều gia vị.
 - + Các loại thịt nguội chế biến sẵn: Dăm bong, lạp xường, xúc xích và các loại nước sốt, nước thịt cá đậm đặc.
 - + Những thức ăn cứng, dai gây cọ sát niêm mạc dạ dày như: Thịt nhiều gân, sụn, xương băm nhỏ.
 - + Thực phẩm ngâm muối: trong các thực phẩm ướp chứa nhiều muối cũng làm cho dạ dày “vắt vả” hơn trong khâu xử lý. Hơn nữa, chúng còn chứa một số chất gây ung thư, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra khi ăn các loại thức ăn có chứa nitrates và nitrites như thịt hun khói, thịt ướp cá muối, cũng như rau, cà, dưa muối... nên cần hạn chế, không nên ăn.
- Những điều cần chú ý khi chế biến chế độ ăn:**
- + Nhiệt độ thức ăn cũng ảnh hưởng đến kích thích dạ dày, ví dụ như thức ăn lạnh quá làm co bóp mạnh cơ dạ dày, thức ăn nóng quá lại làm cho niêm mạc xung huyết và co bóp mạnh hơn. Do vậy nhiệt độ thích hợp để thức ăn dễ tiêu hóa và hấp thu là 40-50⁰C.
 - + Nồng độ thức ăn cũng ảnh hưởng tới tiêu hóa: Nếu ăn đặc quá thì dịch vị rất khó thấm vào giữa khối thức ăn, nhưng nếu ăn lỏng và nhiều nước quá thì dịch vị sẽ bị pha loãng làm giảm khả năng tiêu hóa.
 - + Tránh quá đói, quá no: Nếu ăn quá no làm dạ dày căng to, co bóp yếu ảnh hưởng đến quá trình nhào trộn thức ăn. Đói quá (dạ dày rỗng) làm dạ dày co bóp mạnh hơn gây đau.
 - + Khi ăn cần ăn chậm nhai kỹ, tránh ăn vội nhai dỗi, tránh vừa ăn vừa tập trung những việc khác như tranh thủ đọc sách, báo khi ăn... vì nếu ăn chậm, nhai kỹ bộ răng sẽ giúp cắt, xé, nghiền thức ăn ra rất nhỏ, kết hợp với dịch nước bọt

giúp khi vào dạ dày thức ăn đã trở nên nhỏ mịn và đồng nhất hơn, khả năng tiêu hóa dễ dàng hơn.

3. Lối sống phòng tái phát bệnh

- Tránh các chất kích thích: không hút thuốc, bởi vì hút thuốc khiến mạch máu trong đó có mạch máu hệ tiêu hóa bị co lại, ảnh hưởng tới việc cung cấp máu cho tế bào thành dạ dày, khiến sức đề kháng của niêm mạc dạ dày giảm. Hút thuốc làm niêm mạc tăng nhạy cảm, giảm những yếu tố bảo vệ niêm mạc hoặc tạo môi trường thuận lợi hơn với nhiễm *H. pylori*. Thuốc lá làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo do ức chế yếu tố tăng trưởng niêm mạc dạ dày tá tràng.^[7]
- Không nên hoạt động trí óc hay hoạt động thể lực mạnh trong khoảng thời gian 30 phút sau bữa ăn vì lúc này não bộ đang tập trung điều khiển toàn bộ năng lượng cơ thể để thực hiện việc tiêu hóa thức ăn một cách hiệu quả nhất, nếu bạn có những hoạt động khác thì cơ thể sẽ có sự “chia sẻ” năng lượng nhất định khiến dạ dày hoạt động quá tải, kém hiệu quả.
- Bối căng thẳng, stress, áp lực chính là nguyên nhân làm tăng sản sinh axit dạ dày và tiêu hóa chậm. Chính vì vậy bạn cần sắp xếp thời gian nghỉ ngơi hợp lý, giải tỏa stress, luôn giữ cho mình tâm lý thoải mái, vui vẻ.
- Chú ý giữ ấm vùng bụng: vùng bụng sau khi bị lạnh sẽ khiến chức năng dạ dày kém đi.
- Cần đảm bảo ăn uống vệ sinh, rửa tay sạch trước khi ăn, ăn chín uống sôi nhằm hạn chế vi khuẩn xâm nhập gây bệnh.
- Ăn uống điều độ: nghiên cứu cho thấy ăn uống điều độ đúng giờ sẽ hình thành phản xạ có điều kiện, hỗ trợ bài tiết tuyến tiêu hóa, có lợi cho tiêu hóa.

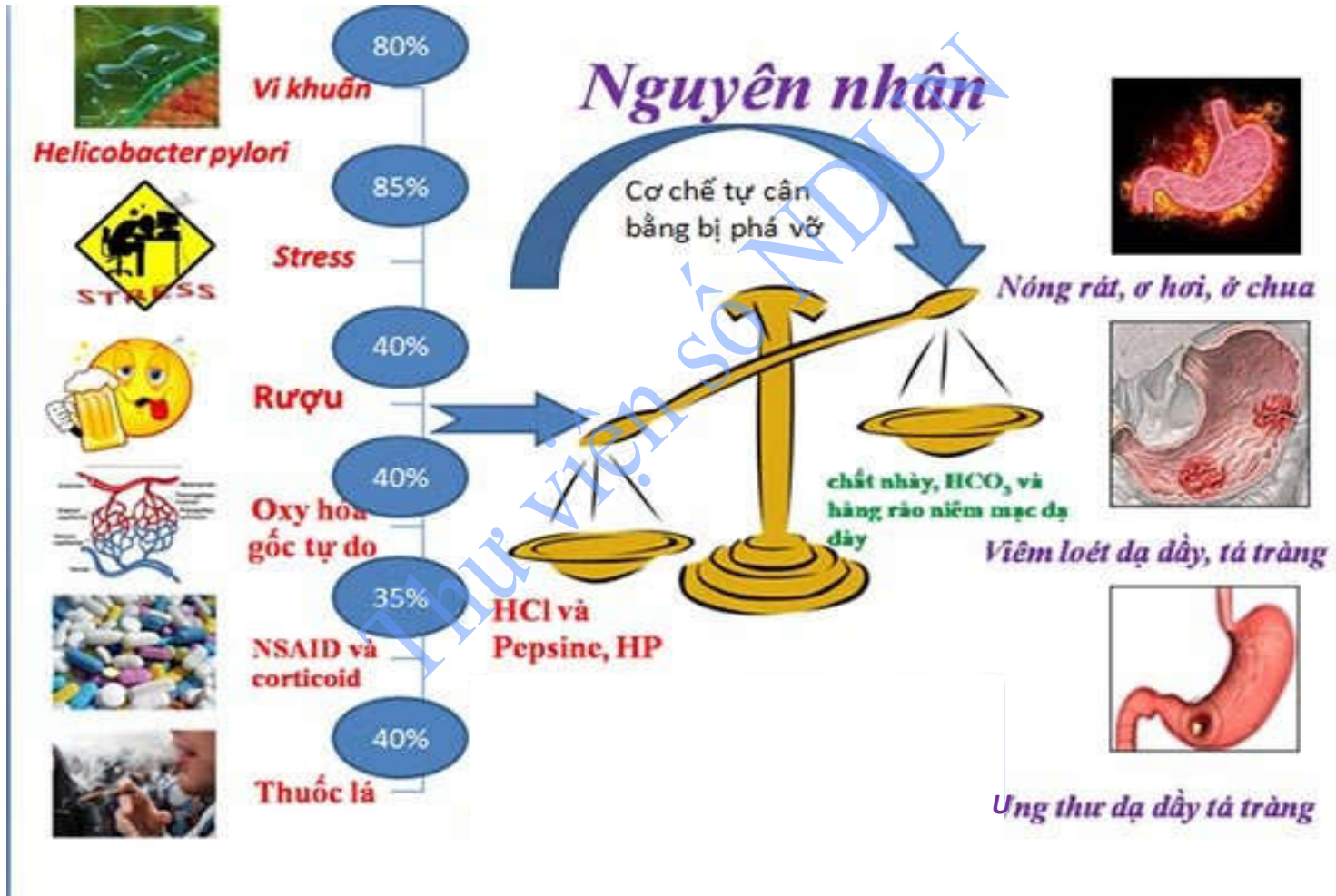
4. Nhận thức về cách sử dụng thuốc phòng tái phát bệnh

- Tiếp tục dùng đúng và đủ các thuốc điều trị củng cố theo đơn, không tự ý thôi thuốc hoặc lạm dụng thuốc.
- Khi phải dùng thuốc để điều trị một bệnh nào đó phải thông báo cho cán bộ y tế biết mình đã bị loét dạ dày tá tràng, và nếu phải sử dụng thuốc phải tuân thủ sự

chỉ dẫn về cách dùng thuốc nhất là các thuốc giảm đau có corticoit hoặc non-steroit.

- Một số lưu ý khi sử dụng thuốc giảm đau không steroid (NSAID) như aspirin, diclofenac, ibuprofen, piroxicam:
 - + Một số thuốc NSAID đã được bào chế đặc biệt bằng cách tạo màng bao tan ở ruột để ngăn không cho hoạt chất kích ứng dạ dày ví dụ như viên aspirin pH8 cần phải uống nguyên viên thuốc. Tuyệt đối không được nhai, bẻ cắt đôi viên thuốc vì nếu làm như thế sẽ phá vỡ cấu trúc vỏ thuốc, làm mất tác dụng bảo vệ dạ dày của thuốc. Đối với các NSAID có dạng bào chế là viên nén trần (tức là không có màng bao đặc biệt) phải uống thuốc vào bữa ăn hoặc sau khi ăn (lúc no) để giảm kích ứng dạ dày và phải uống với nhiều nước, ít nhất là 200ml. Đối với loại thuốc này, cần nhai nát viên thuốc hoặc cho viên thuốc vào một ly nước, chờ viên thuốc rã hết rồi uống, để giúp chúng chóng hòa tan và trôi nhanh xuống ruột.
 - + Trong mọi trường hợp khác cần lưu ý là uống thuốc nhóm NSAID với càng nhiều nước càng tốt. Lượng nước uống kèm viên thuốc từ 200-250ml, tức là phải uống với một cốc nước to. Điều này tưởng chừng đơn giản nhưng rất nhiều người hay quên và thường chỉ uống thuốc với một ngụm nước nhỏ, rất có hại cho dạ dày, nhất là khi dùng thuốc NSAID đường uống. Tuyệt đối không được uống rượu trong quá trình dùng thuốc vì các NSAID sử dụng cùng với rượu gây nguy cơ chảy máu dạ dày.

Phụ lục 3: Tài liệu phát tay cho đối tượng nghiên cứu



Ăn xong đã vội đi ngủ, thức ăn chưa kịp tiêu hóa hết sẽ phân hủy và lên men trong dạ dày, dẫn tới đầy bụng và đau dạ dày.



Thức ăn lạnh sẽ khiến các mạch máu trong dạ dày bị co lại, làm giảm khả năng co bóp và tiết men tiêu hóa thức ăn.



- Vừa ăn vừa hoạt động Não sẽ tập trung cho các việc khác và không "chỉ huy" dạ dày thực hiện tốt quá trình tiêu hoá được.



Những thói quen xấu gây hại dạ dày của bạn

Tác động của các thuốc giảm đau sẽ làm mỏng lớp niêm mạc dạ dày, gây viêm hoặc chảy máu ở dạ dày.



Ăn quá nhanh, dạ dày không tiết dịch và co bóp kịp cho quá trình tiêu hóa thức ăn sẽ gây đầy hơi, khó tiêu, ...



Thức ăn không vệ sinh, ăn cùng mâm, gắp chung, ..., sẽ dễ bị lây nhiễm vi khuẩn Hpylori chiếm đến 90% trường hợp viêm loét dạ dày tá tràng, bệnh đường ruột, gây đầy bụng, buồn nôn, ...



Ăn không đúng bữa, dạ dày tiết acid lúc bụng còn trống sẽ gây viêm loét dạ dày



Chất nicotine trong thuốc lá làm thu hẹp các mạch máu ở dạ dày và gây tổn thương niêm mạc dạ dày.



Chất cồn trong bia rượu sẽ phá hoại lớp chất nhầy bảo vệ niêm mạc dạ dày.



Ăn chua, cay, nóng sẽ kích thích tiết acid dạ dày, làm hồng lớp niêm mạc, có thể gây viêm loét, xuất huyết dạ dày.

Ngoài việc chọn lựa thức ăn thì cách ăn uống ở người đang bị đau dạ dày là rất quan trọng

thức ăn ấm
dễ tiêu hóa.



Thức ăn lạnh khiến dạ
dày co bóp mạnh

Thực phẩm nên nấu chín kỹ,
thái nhỏ, nghiền nát,
nấu mềm



Thức ăn không
nên quá khô,
quá lỏng



Nên luộc,
hấp, om thay
cho chiên xào

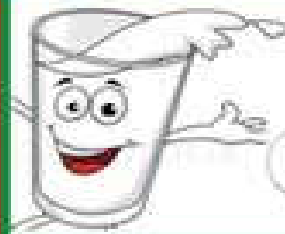


Người đau
dạ dày

Cần bổ sung vitamin A,
D, B12, K, acid folic,
canxi, sắt, kẽm

Không nhịn đói

không
ăn
quá
no



Sữa, trứng giúp
trung hòa acid dạ dày



Ăn chậm nhai kỹ
Ăn xong không
nên lao động,
làm việc ngay



sẽ giúp cho vết viêm loét tiến triển chậm và mau chóng hồi phục hơn

Phụ lục 4: Phiếu đồng thuận

Họ và tên: Tuổi

Địa chỉ:

Tôi được mời tham gia nghiên cứu “*Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017*”

Tôi được nhà nghiên cứu trình bày các thông tin liên quan đến nghiên cứu này bao gồm các nội dung chính sau đây:

Mục đích của nghiên cứu: Nhằm góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh loét dạ dày tá tràng nói riêng và cộng đồng nói chung.

Quy trình thực hiện nghiên cứu: Chúng tôi mời ông/bà trả lời các câu hỏi trong phiếu điều tra. Nội dung chính bao gồm nhận thức về chế độ ăn uống, lối sống và chế độ sử dụng thuốc để phòng tái phát loét dạ dày - tá tràng.

Lợi ích khi tham gia nghiên cứu: Ông/bà được GDSK về phòng bệnh tái phát.

Những rủi ro có thể xảy ra khi tham gia nghiên cứu: Chúng tôi chỉ tiến hành can thiệp giáo dục nên không có nguy hại gì đến sức khỏe của ông/bà.

Đảm bảo bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu: Mọi thông tin trong nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Những thông tin có thể nhận dạng ông/bà sẽ không xuất hiện khi chúng tôi trình bày kết quả NC.

Sự tình nguyện tham gia và rút khỏi nghiên cứu của đối tượng: Việc tham gia nghiên cứu của ông/bà là hoàn toàn tự nguyện. Ông/bà có quyền từ chối tham gia nghiên cứu mà không có điều gì ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của ông/bà.

Sau khi được nghe và đọc các thông tin liên quan đến nghiên cứu như đã được trình bày trong bản đồng thuận này, tôi hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Nam Định, ngày.....tháng.....năm 2017

Đối tượng tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 5: Danh sách người bệnh tham gia nghiên cứu

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Ngày vào viện	Địa chỉ
1	Vũ Đình Ân	113/32/17/4274	12/2/2017	Vụ Bản - Nam Định
2	Trần Thị M	113/32/17/4520	19/02/2017	Giao Thủy-Nam Định
3	Nguyễn Thị N	113/32/17/4871	22/02/2017	Văn Miếu – TP ND
4	Trần Quang K	113/32/17/4872	22/02/2017	Trần Đăng Ninh- TP
5	Bùi Văn G	113/32/17/5020	23/02/2017	Vụ Bản - Nam Định
6	Trần Văn D	113/32/17/5011	23/02/2017	Văn Miếu- TP ND
7	Phạm Danh T	113/32/17/5123	24/02/2017	Nam Trực - Nam Định
8	Trần Thành C	113/32/17/5310	26/02/2017	Xuân Trường - ND
9	Hoàng Mạnh H	113/32/17/5647	1/3/2017	Hải Hậu - Nam Định
10	Nguyễn Thị Đ	113/32/17/5662	2/3/2017	TP Nam Định
11	Nguyễn Đức C	113/32/17/5831	3/3/2017	Vụ Bản - Nam Định
12	Phan Mạnh H	113/32/17/5350	5/3/2017	TP Nam Định
13	Mai Thị H	113/32/17/6315	5/3/2017	Nam Trực- Nam Định
14	Đoàn Thị T	113/32/17/6026	6/3/2017	Nam Trực- Nam Định
15	Phạm Văn H	113/32/17/6322	8/3/2017	Hải Hậu – Nam Định
16	Nguyễn Thị G	113/32/17/6333	8/3/2017	Hải Hậu – Nam Định
17	Vũ Thị B	113/32/17/6287	8/3/2017	Mỹ Lộc - Nam Định
18	Nguyễn Thị T	113/32/17/6459	9/3/2017	Ý Yên – Nam Định
19	Vũ Thị T	113/32/17/6513	10/3/2017	Ý Yên – Nam Định
20	Phạm Thị H	113/32/17/6757	13/03/2017	Bà Triệu–Tp ND
21	Phạm Ngọc Q	113/32/17/7222	16/03/2017	Giao Thủy – ND
22	Nguyễn Đình N	113/32/17/7472	20/03/2017	Trường Thi - TPND
23	Nguyễn Văn H	113/32/17/7614	21/03/2017	Mỹ Lộc - Nam Định
24	Vũ Đình D	113/32/17/7720	21/03/2017	Ý Yên – Nam Định

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Ngày vào viện	Địa chỉ
25	Trần Trung T	113/32/17/7872	23/03/2017	Trường Chinh-Tp ND
26	Nguyễn Khắc P	113/32/17/7925	23/03/2017	Ý Yên – Nam Định
27	Phạm Văn Đ	113/32/17/8049	24/03/2017	Trực Ninh – Nam Định
28	Trần Việt T	113/32/17/7482	24/03/2017	Vụ Bản - Nam Định
29	Trần Quốc T	113/32/17/8028	24/03/2017	Trường Chinh-Tp ND
30	Trịnh T. Quỳnh N	113/32/17/8124	24/03/2017	Trường Thi – Tp ND
31	Trần Quang T	113/32/17/8075	24/03/2017	Lý Nhân- Hà Nam
32	Vũ Thị N	113/32/17/8542	24/03/2017	Vụ Bản - Nam Định
33	Nguyễn Thị L	113/32/17/8313	24/03/2017	Nam Trực - Nam Định
34	Lương Thị T	113/32/17/8201	26/03/2017	Vụ Bản - Nam Định
35	Vũ Văn T	113/32/17/8347	27/03/2017	Nam Trực - Nam Định
36	Nguyễn Thị S	113/32/17/8540	27/03/2017	Năng Tĩnh - TPND
37	Đình Thị T	113/32/17/8319	27/03/2017	Trần Quang Khải - TP
38	Nguyễn Thị X	113/32/17/9145	27/03/2017	Vụ Bản - Nam Định
39	Trần Thị N	113/32/17/8250	27/03/2017	Trực Ninh - Nam Định
40	Trần Thị L	113/32/17/8781	31/03/2017	Lý Nhân – Hà Nam
41	Vũ Thị S	113/32/17/8868	1/4/2017	Ý Yên – Nam Định
42	Đình Thị T	113/32/17/8907	2/4/2017	Vụ Bản - Nam Định
43	Nguyễn Ngọc C	113/32/17/8985	3/4/2017	Cửa Bắc – Tp ND
44	Hoàng Văn T	113/32/17/9086	3/4/2017	Hải Hậu - Nam Định
45	Phan Như H	113/32/17/9066	3/4/2017	Xuân Trường - ND
46	Trần Bình Đ	113/32/17/9192	4/4/2017	Lý Nhân – Hà Nam
47	Phạm Văn T	113/32/17/9190	4/4/2017	Ý Yên – Nam Định
48	Trần Hữu H	113/32/17/9693	4/4/2017	Lý Nhân- Hà Nam
49	Nguyễn Việt Đ	113/32/17/9385	6/4/2017	Xuân Phú-Xuân Trường

STT	Họ và tên	Số hồ sơ	Ngày vào viện	Địa chỉ
50	Nguyễn Thị P	113/32/17/9760	7/4/2017	Nghĩa Hưng - ND
51	Đình Thị M	113/32/17/9695	9/4/2017	Hải Hậu - Nam Định
52	Tổng Văn H	113/32/17/9828	10/4/2017	Nam Trực – ND
53	Nguyễn Thị T	113/32/17/9794	10/4/2017	Vụ Bản - Nam Định
54	Vũ Văn T	113/32/17/9767	10/4/2017	Nam Trực – ND
55	Vũ Thị T	113/32/17/9768	10/4/2017	Vân Miếu-TP Nam Định
56	Trần Thị C	113/32/17/10048	12/4/2017	Trương Thi- TP ND
57	Hoàng Văn T	113/32/17/10039	12/4/2017	Nghĩa Hưng - ND
58	Trần Văn Q	113/32/17/10204	13/04/2017	Lộc Hòa – Nam Định
59	Nguyễn Văn Q	113/32/17/10248	13/04/2017	Nghĩa Hưng - ND
60	Tổng Thị H	113/32/17/10415	15/04/2017	Giao Nhân-Giao Thủy-ND
61	Cao Trọng B	113/32/17/10470	16/04/2017	Trần Huy Liệu-TP ND
62	Nguyễn Thanh D	113/32/17/10654	17/04/2017	Nam Trực-ND
63	Trần Thế V	113/32/17/10585	17/04/2017	Nghĩa Hưng-ND
64	Nguyễn Văn T	113/32/17/10957	19/04/2017	Nam Mỹ-Nam Trực-ND
65	Đặng Thị T	113/32/17/10946	19/04/2017	Lộc Hòa-TP Nam Định
66	Trần Văn K	113/32/17/11266	22/04/2017	Nghĩa An-Nam Trực-ND
67	Vũ Tuấn L	113/32/17/11260	22/04/2017	Trương Chinh- Tp ND
68	Phạm Thị B	113/32/17/11280	22/04/2017	Yên Tân-Ý Yên-ND
69	Đỗ Thị L	113/32/17/11349	24/04/2017	Trần Huy Liệu-TP ND
70	Đoàn Văn T	113/32/17/11511	24/04/2017	Nam Trực-Nam Định
71	Trần Ngọc T	113/32/17/11563	25/04/2017	Cửa Nam-TP Nam Định
72	Nguyễn Thị T	113/32/17/11316	25/04/2017	Trực Ninh-Nam Định