

Kết quả biểu đồ 6 cho thấy, cựu học viên đánh giá cao về sự hỗ trợ và vai trò của các giảng viên hướng dẫn nhà trường và vai trò của giảng viên nhà trường trong hội đồng bảo vệ luận văn (đạt điểm từ 80 đến 86%). Tuy nhiên vai trò của các giảng viên hỗ trợ trong quá trình làm luận văn chưa thực sự tốt, chỉ khoảng 1/3 cựu học viên cho rằng các giảng viên hỗ trợ đã giúp đỡ họ 1 cách hiệu quả trong quá trình làm luận văn.

Nhận định chung của cựu học viên về sự phù hợp chương trình với của công việc của cựu học viên

Sau khi tốt nghiệp chương trình đào tạo có 13 học viên trả lời đã chuyên công tác. Tuy nhiên, tỷ lệ học viên đánh giá chung về chương trình đào tạo phù hợp với công việc hiện tại khá cao ở cả 2 nhóm, 94,3% ở nhóm không chuyên công tác và 84,6% ở nhóm chuyên công tác.

KẾT LUẬN

Đa số cựu học viên trước và sau khi tốt nghiệp làm việc tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến TW.

Tỷ lệ học viên đánh giá chung về chương trình đào tạo phù hợp với công việc hiện tại khá cao, 94,3% ở nhóm không chuyên công tác và 84,6% ở nhóm chuyên công tác. Nhận định về kiến thức cung cấp vừa đủ trong các môn học lý thuyết chiếm tỷ lệ cao (>80%). 94% học viên đánh giá nội dung thực tập là phù hợp và phù hợp một phần.

Quá trình thực hiện luận văn được đánh giá là phù hợp với thời gian và qui trình đều rất cao trên 80% ở tất cả các địa điểm đào tạo.

Tỷ lệ cựu học viên đánh giá cao về vai trò và sự hỗ

trợ giảng viên hướng dẫn kiến tập bệnh viện (trên 85%). Các giảng viên hướng dẫn nhà trường và vai trò của giảng viên nhà trường trong hội đồng bảo vệ luận văn cũng được đánh giá cao (đạt điểm từ 80 đến 86%).

KHUYẾN NGHỊ

Tiếp tục duy trì chất lượng chương trình đào tạo, trong đó phối hợp với các bệnh viện nghiên cứu điều chỉnh chương trình kiến tập bệnh viện cho phù hợp và hiệu quả hơn.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Phillips, J., *Handbook of training evaluation and measurement methods* (2nd ed.). 1991, Houston: Gulf Publishing Company.
2. Stufflebeam, D.L., *Evaluation models*. 2001, San Francisco: Jossey-Bass.
3. Jain, S., *Methods Of Training Programmes Evaluation: A Review*. The Journal of Commerce, 2014. 6(2): p. 19-30.
4. Rouse, D.M.S.M.B.A.E.R., *Employing Kirkpatrick's Evaluation Framework to Determine the Effectiveness of Health Information Management Courses and Programs*. Perspectives in Health Information Management, 2011: p. 1-1c.
5. Erthal, M.J., *Management training program evaluation: Evaluation methods, use of results, and perceived barriers*. 1993, Southern Illinois University at Carbondale: Ann Arbor. p. 125-125 p.
6. 18. Phillips, J., *Handbook of Training Evaluation and Measurement Methods*. 1997, Houston, TX: Gulf.
7. Belfield, C., et al., *Measuring effectiveness for best evidence medical education: a discussion*. (1465-187X) (Electronic)).

DÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ ALBUMIN MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẶN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYỄN PHÁT NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

ĐẶNG THỊ VIỆT HÀ^{1,2}, HOÀNG ANH TUẤN²
¹Trường Đại học Y Hà Nội, ²Khoa Thận tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nồng độ albumin máu và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ albumin máu với các yếu tố lâm sàng, cặn lâm sàng ở bệnh nhân (BN) hội chứng thận hư (HCTH) nguyên phát người trưởng thành. Đôi tượng và phương pháp: Chứng tối thiểu hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 BN HCTH nguyên phát điều trị tại Khoa Thận Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả và kết luận: Nồng độ protein máu và nồng độ albumin máu trung bình lần lượt là $46 \pm 6,5$ g/L và $17,8 \pm 4,7$ g/L. Giảm albumin máu càng nặng thì phù cảng nặng và số lượng nước tiểu cảng giảm.

Chủ trách nhiệm: Đặng Thị Việt Hà

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dangvietha69@yahoo.com

Ngày nhận: 22/7/2016

Ngày phản biện: 23/8/2016

Ngày duyệt bài: 06/9/2016

Ngày xuất bản: 20/9/2016

Nồng độ albumin máu có mối tương quan thuận với nồng độ calci, protein máu và có mối tương quan nghịch với nồng độ Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, APTTs, Fibrogen máu và protein niệu 24 giờ.

Từ khóa: Nồng độ albumin máu, lâm sàng, cặn lâm sàng, hội chứng thận hư.

SUMMARY

ESTIMATING SERUM ALBUMIN CONCENTRATION AND SEARCHING THE RELATIONSHIP BETWEEN SERUM ALBUMIN CONCENTRATION WITH CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ADULT PATIENTS WITH NEPHROTIC SYNDROME

Objective: To estimate serum albumin concentration and searching the relationship between serum albumin concentration with clinical and subclinical characteristics of adult patients with primary nephrotic syndrome. Patients and method: 110 adult patients with primary nephrotic syndrome in Nephrology Department of Bach Mai Hospital were enrolled in this cross-sectional study. Results and

conclusions: Average serum protein and albumin concentrations are 46 ± 6.5 g/l and 17.8 ± 4.7 g/l respectively. The lesser serum albumin concentration the patient had leading to the more serious edema and the lesser urine volume the patient suffered. Serum albumin concentration had a positive correlation with serum calcium and protein concentration and it had a negative correlation with serum total cholesterol, Triglyceride, LDL-C, fibrinogen concentration, APTT time and 24-hours urine protein.

Keywords: Albumin concentration, clinical, subclinical, nephrotic syndrome.

ĐÁT VĂN ĐỀ

Hội chứng thận hư nguyên phát chiếm 31,5% số BN bị bệnh thận tiết niệu; 43,9% số BN bị bệnh cầu thận điều trị nội trú tại khoa Thận – Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai [1]. Nghiên cứu của Đỗ Gia Tuyên cho thấy nồng độ protein và albumin máu trung bình là 50.2 ± 9.0 (g/l) và 18.9 ± 6.5 (g/l), 95,2% và 92,8% số BN tăng Cholesterol và tăng Triglyceride. Nồng độ protein niệu 24 giờ trung bình là 9.5 ± 6.9 g/24h [2]. Nghiên cứu của R.D Barr và cộng sự, tuổi từ 15-20 chiếm tỷ lệ cao nhất 52% [3]. Nghiên cứu của Hồ Việt Hiếu, nồng độ Albumin máu có mối tương quan nghịch mức độ chất với nồng độ Cholesterol máu ($r = -0.557$; $p < 0.05$); LDL-C máu ($r = -0.513$; $p < 0.05$) [4]. Giảm Albumin máu cùng với protein niệu tăng cao là một trong những dấu hiệu sinh học đặc trưng và là nguồn gốc của các biến đổi lâm sàng và sinh học khác trong HCTH. Đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN HCTH nguyên phát tuy nhiên đặc điểm bệnh từng thời kỳ lại có những điểm riêng biệt. Vì vậy để góp phần nâng chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh nhân trong giai đoạn hiện nay được tốt hơn chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá nồng độ albumin máu và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân HCTH nguyên phát điều trị tại Khoa Thận – Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các BN từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định HCTH nguyên phát.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định HCTH [5]: 1) Phù; 2) Protein niệu $> 3,5$ g/24 giờ; 3) Protein máu < 60 g/l; albumin máu < 30 g/l; 4) Cholesterol máu tăng ≥ 6.5 mmol/l; 5) Có hạt mỡ lưỡng chiết, trú mỡ trong nước tiểu. Tiêu chuẩn 2, 3 là bắt buộc, các tiêu chuẩn khác có thể không đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: HCTH thứ phát sau các bệnh VCT lupus, hội chứng Scholein Henoch, dài tháo đường, ung thư, viêm gan B,C...

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. Thời gian từ 1/2015 – 11/2015.

- Các bước tiến hành: Các BN được hỏi, khám bệnh theo mẫu bệnh án thông nhất. Lập các xét nghiệm chẩn đoán HCTH và xét nghiệm để loại trừ HCTH thứ phát.

- Khám lâm sàng: Đo mạch, nhiệt độ, HA, cân nặng, theo dõi nước tiểu (số lượng, màu sắc). Khám

phát hiện các triệu chứng: phù, tràn dịch các màng (màng bụng, màng phổi, màng tinh hoàn...), đau bụng, thiếu máu, dấu hiệu tắc mạch ngoại vi, tình trạng nhiễm trùng các cơ quan...

- Thăm dò cản lâm sàng: Được thực hiện tại Khoa Huyết Học, Khoa Hòa Sinh, Khoa Vi Sinh, Trung tâm Dị ứng - miễn dịch lâm sàng và Khoa CDHA Bệnh viện Bạch Mai.

- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, đông máu cơ bản (PT%, fibrinogen, APTT), sinh hóa máu (creatinin, protein, albumin, lipid máu, điện giải đồ...), vi sinh (marker viêm gan B, C, cây máu khi cần), miễn dịch (KTKN, kháng thể kháng chuỗi kép Ds DNA...)

- Xét nghiệm nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu, protein niệu 24h, tê bảo niệu, cấy nước tiểu khi cần.

- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Mức độ phù: Phù nhẹ: Phù không kèm tràn dịch các màng. Phù vừa và nặng: Phù + Tràn dịch ≥ 1 mảng [6].

- Mức độ rối loạn SL nước tiểu: Thiểu niệu: $100 \leq SLNT < 400$ ml/24h. Vô niệu: $SLNT < 100$ ml/24h [6].

- Chẩn đoán THA: Theo JNC 7 – 2003.

- Chẩn đoán rối loạn lipid máu: Theo NCEP ATP III 2001.

- Chẩn đoán thiếu máu: Theo KDIGO 2012 và VNUA 2013.

- Xử lý số liệu. Theo phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 110 BN. Tuổi trung bình: 29.8 ± 11.3 , Thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 55 tuổi. Tuổi từ 16 - 25 chiếm tỷ lệ cao nhất: 54,5%. Về giới tính, nam có 78 BN chiếm 79%, nữ có 32 BN chiếm 21%, tỷ lệ Nam/Nữ là 2,44/1.

Phù là triệu chứng hay gặp nhất: 99,1% BN, tràn dịch đa mảng: 55,5% BN, tăng huyết áp (THA): 31,8% BN, thiểu niệu: 14,5% BN. Thiểu máu: 18,2% BN. Fibrinogen máu trung bình: 5.3 ± 1.5 g/l. Tăng fibrinogen > 4 g/l: 80% BN.

Protein máu trung bình 46 ± 6.5 (g/l); albumin máu trung bình: 17.8 ± 4.7 (g/l); protein niệu trung bình: 11.8 ± 6.5 (g/24h). Tăng cholesterol TP máu (> 5.2 mmol/l): 96,4% BN; tăng triglyceride máu (> 2.26 mmol/l): 75,5% BN; tăng LDL-C (> 3.4 mmol/l): 91,8% BN; Nồng độ creatinin máu trung bình: 136 ± 98 μ mol/l. Bảng 1. Phân bố nồng độ Albumin máu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
$25 \leq Alb < 30$ (g/l)	12	10,91
$20 \leq Alb < 25$ (g/l)	15	13,64
$Alb < 20$ (g/l)	83	75,45
Tổng	110	75,5

Tỷ lệ BN giảm albumin máu nặng dưới 20g/l: 75,45%

2. Mối liên quan giữa nồng độ albumin máu với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Khi nồng độ albumin máu giảm nặng dưới 20g/l, nguy cơ gặp biến chứng cao hơn rõ rệt [7], [8], bởi vậy chúng tôi lấy điểm cắt nồng độ albumin máu là 20 g/l.

Bảng 2: Phân bố mức độ phù theo mức độ giảm albumin máu.

Mức độ	Albumin (g/l)	Albumin < 20 (n = 83)		Albumin ≥ 20 (n = 27)		p
		Số BN	%	Số BN	%	
Phù nhẹ	7	8,4		18	66,7	
Phù vừa và nặng	76	91,6		9	33,3	p < 0,01

Tỷ lệ BN phù vừa và nặng ở nhóm Albumin < 20 g/l cao hơn ở nhóm Albumin ≥ 20 (g/l) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3: Phân bố số lượng nước tiểu theo mức độ albumin máu.

Mức độ	Albumin máu (g/l)	Albumin < 20 (n = 83)		Albumin ≥ 20 (n = 27)		p
		Số BN	%	Số BN	%	
Thiểu niệu (< 400ml/24h)	16	19,3		0	0	p < 0,05
Tiểu ≥ 400ml/24h	67	80,7		27	100	

Tỷ lệ BN thiểu niệu ở nhóm Albumin < 20 g/l cao hơn nhóm Albumin ≥ 20 g/l có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối tương quan giữa nồng độ Albumin máu với một số thông số lâm sàng và cận lâm sàng

		Hội chứng thận hư (n = 110)		p
		Thông số đánh giá	Albumin máu	
Lâm sàng	HA tâm thu (mmHg)	0,288		p < 0,01
	SL nước tiểu 24h (ml)	0,375		
	Hemoglobin (g/l)	-0,172		
	Tiểu cầu (Gf)	-0,003		
	Protein máu (g/l)	0,647		
	Cholesterol TP (mmol/l)	-0,462		
	Triglyceride (mmol/l)	-0,322		
	LDL-C (mmol/l)	-0,479		
	HDL-C (mmol/l)	0,000		
	Creatinin (μmol/l)	0,073		
XN máu	K (mmol/l)	-0,033		p > 0,05
	Ca (mmol/l)	0,422		
	Fibrinogen (ng/ml)	-0,268		
	APTTs	-0,307		
	Protein niệu 24h (g)	-0,409		

Nồng độ Albumin máu có mối tương quan thuận mực độ vừa với số lượng nước tiểu 24 giờ; nồng độ calci máu và có mối tương quan thuận mực độ chật với nồng độ Protein máu ($p < 0,01$). Nồng độ Albumin máu có mối tương quan nghịch mực độ vừa với nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C, APTTs và Protein niệu 24 giờ ($p < 0,01$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình $29,8 \pm 11,3$ tuổi. Thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 55 tuổi. Trong đó tuồi từ 16 – 25 chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5% số bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước như Đỗ Gia Tuyên, R.D. Barr và cộng sự [2,3].

Về giới tính, tỷ lệ Nam/Nữ là 2,44/1 cao hơn các nghiên cứu của một số tác giả khác khi tỷ lệ Nam/Nữ xấp xỉ nhau. Sự khác nhau này có thể do sự khác nhau về phân bố giới tính của từng thời kỳ khác nhau.

2. Nồng độ albumin máu và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Giảm Albumin máu < 30 (g/l) là một trong những tiêu chuẩn bắt buộc để chẩn đoán xác định HCTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ albumin máu trung bình là $17,8 \pm 4,7$ (g/l). Trong đó 13,64% bệnh nhân có albumin < 25 (g/l) và 75,45% bệnh nhân có albumin máu giảm nặng dưới 20 (g/l). Kết quả này cũng phù hợp với lý thuyết kinh điển của HCTH là giảm albumin máu do mất qua nước tiểu và tương tự với nghiên cứu của Đỗ Gia Tuyên, nồng độ albumin

máu trung bình $18,9 \pm 6,5$ (g/l), và có 64,4% BN có nồng độ albumin máu giảm nặng dưới 20 (g/l) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN phù vừa và nặng và tỷ lệ BN thiểu niệu ở nhóm albumin máu < 20 (g/l) cao hơn nhóm albumin máu ≥ 20 (g/l) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,05$). Số lượng nước tiểu 24 giờ có mối tương quan thuận mực độ vừa với nồng độ albumin máu ($r = 0,375$; $p < 0,01$) (Bảng 4). Điều này cũng dễ hiểu vì khi nồng độ albumin máu thấp, áp lực keo huyết tương giảm làm thoát dịch ra khoảng kẽ và vào các mảng dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn, giảm dòng máu qua thận, giảm áp lực lọc cầu thận và hậu quả là giảm số lượng nước tiểu và ngược lại.

Chúng tôi nhận thấy huyết áp tâm thu có mối tương thuận với với nồng độ Albumin máu ($r = 0,288$; $p < 0,05$) (Bảng 4). Mối tương quan giữa nồng độ albumin máu và chỉ số HA tâm thu trong nghiên cứu của chúng tôi là không chặt chẽ, nhưng qua đó cũng cho chúng ta thấy rằng khi nồng độ albumin máu giảm càng nặng thì các thông số HA giảm càng nặng dẫn đến nguy cơ tụt HA do giảm thể tích tuần hoàn. Theo Dorhout và Mess, tỷ lệ giảm thể tích tuần hoàn trong HCTH là 33% [9].

Theo kết quả thu được, nồng độ fibrinogen máu có xu hướng tăng khi nồng độ albumin máu giảm ($r = 0,268$; $p < 0,01$) (Bảng 4) góp phần vào cơ chế tăng đông máu nguy cơ tắc mạch ở BN HCTH. Kết quả này cũng phù hợp với lý thuyết về HCTH mà một số tác giả đã đề cập, khi nồng độ albumin máu giảm, gan sẽ tăng

cường sản xuất một số chất trong đó có fibrinogen đồng thời fibrinogen có trọng lượng phân tử lớn hơn albumin nên khó mất qua nước tiểu hơn [10].

Nồng độ Albumin máu trong nghiên cứu có mối tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ Cholesterol TP ($r = -0,462$; $p < 0,001$); nồng độ LDL-C ($r = -0,322$; $p < 0,01$) và nồng độ Triglyceride ($r = -0,479$; $p < 0,01$) (Bảng 4) tương tự nghiên cứu của Hồ Việt Hiếu, Baxter và CS. Nồng độ Albumin máu có mối tương quan nghịch mức độ vừa với lượng Protein niệu 24 giờ ($r = -0,409$; $p < 0,01$) nghĩa là khi protein niệu 24 giờ càng cao thì nồng độ albumin máu càng giảm và ngược lại tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu vì khi protein máu mất càng nhiều qua nước tiểu thì nồng độ protein máu càng giảm và nồng độ albumin máu càng giảm.

Rối loạn điện giải máu rất hay gặp trong HCTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có nồng độ Calci máu có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ Albumin máu ($r = 0,422$; $p < 0,01$) còn nồng độ Na⁺ và K⁺ máu không có mối tương quan tuyến tính với nồng độ Albumin máu (Bảng 4). Điều đó nghĩa là khi nồng độ albumin máu càng giảm thì nồng độ Calci máu càng giảm do mất các protein liên kết Calci qua nước tiểu. Điều này rất có ý nghĩa trong thực hành điều trị HCTH: khi chúng ta muốn nâng nồng độ Calci máu thì ngoài việc bổ sung các chế phẩm chứa Calci và vitamin D chúng ta cần phải nâng cao nồng độ protein máu đặc biệt là albumin máu và giảm lượng protein niệu 24 giờ thì mới đạt được hiệu quả mong muốn.

KẾT LUẬN

Giảm albumin máu là dấu hiệu quan trọng ở bệnh nhân HCTH. Nó là hậu quả của sự mất protein qua nước tiểu do tổn thương cầu thận gây ra. Giảm albumin máu có mối liên quan mật thiết với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân HCTH. Giảm albumin máu càng nặng thì phù càng nặng và số lượng nước tiểu càng giảm. Nồng độ albumin máu có mối tương quan thuận với nồng độ calci, protein máu

và có mối tương quan nghịch với nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C, APTTs, Fibrinogen máu và protein niệu 24 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Chất và Nguyễn Thị Thịnh (1996). Tình hình bệnh nhân tiết niệu điều trị nội trú tại khoa thận Bệnh viện Bạch Mai (1991 – 1995). *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai 1995 – 1996*, (2), 181 - 186.

2. Đỗ Gia Tuyển, Lê Văn Bình và Nguyễn Trần Kiên (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát điều trị tại Khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Thông tin y dược*, (2), 31 - 34.

3. R.D.Barr, P.H.Rees, P.E.Cordy et al (1972). Nephrotic syndrome in adult africans in Nairobi. *Br Med J*, 5806 (2), 131 - 134.

4. Hà Việt Hiếu và Nguyễn Hữu Châu Đức (2006). Nghiên cứu rối loạn lipid máu trong hội chứng thận hư ở trẻ em. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10,

5. Hà Phan Hải An (2012). Hội chứng thận hư. *Nhà xuất bản Y học*.

6. Bộ môn Nội (2012). Nội khoa cơ sở. *Nhà xuất bản Y học*.

7. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Hà Hoàng Kiệm (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng nephritis tắc mạch ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người lớn. *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, 37(4), 82 - 85.

8. Gigante A, Barbano B, Sardo L et al (2014). Hypercoagulability and nephrotic syndrome. *Curr Vasc Pharmacol*, 12(3), 512-517.

9. Dorhout Mess E.J, Geers A.B and Koeman H.A (1984). Blood Volume and Sodium Retention in the Nephrotic Syndrome: A Controversial Pathophysiological Concept. *Nephron journal*, 36, 201.

10. Vaziri N.D, Gonzales E, Barton CH et al (1991). Factor XIII and its substrates, fibronectin, fibrinogen, and alpha 2-antiplasmin, in plasma and urine of patients with nephrotic. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 117(2), 152 - 156.

TỈ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH CAO: THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TÁC ĐỘNG

DINH HUY DƯƠNG - Tổng cục dân số - Kế hoạch hóa gia đình
BÙI THỊ THU HÀ, ĐOÀN THỊ THỦY DƯƠNG, BÙI THỊ MỸ ANH
Trường Đại học Y tế Cộng đồng

TÓM TẮT

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) là một chỉ số dân

số học thể hiện các đặc điểm về sự quá độ dân số, bình đẳng giới trong xã hội cũng như những thách thức và trở ngại mà các nhà hoạch định chính sách dân số - xã hội quan tâm. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) để 1) Mô tả thực trạng và xu hướng mất cân bằng TSGTKS trên thế giới và tại Việt Nam; 2) Phân tích một số yếu tố tác động làm tăng TSGTKS trên thế giới và ở Việt Nam. Tình đến năm 2013, TSGTKS ở Việt Nam là 113,8 tương đương với TSGTKT của Ấn Độ, là quốc gia có TSGTKS đã tăng lên từ 20 năm trước. Các nghiên cứu về TSGTKS đã chỉ ra các yếu

Chủ trách nhiệm: Đinh Huy Dương
Địa chỉ: Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình
Email: dinhhuyduong63@yahoo.co.uk
Ngày nhận: 26/7/2016
Ngày phản biện: 23/8/2016
Ngày duyệt bài: 06/9/2016
Ngày xuất bản: 20/9/2016